

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

JEANINE RIBEIRO CLAPER

**COLÔNIA AGRÍCOLA PARA ALIENADOS NO RIO DE JANEIRO (1890-1924):
DISCURSOS, PROJETOS E PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO ALIENADO**

Rio de Janeiro
2020

JEANINE RIBEIRO CLAPER

**COLÔNIA AGRÍCOLA PARA ALIENADOS NO RIO DE JANEIRO (1890-1924):
DISCURSOS, PROJETOS E PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO ALIENADO**

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Gisele Porto Sanglard

Rio de Janeiro
2020

JEANINE RIBEIRO CLAPER

**COLÔNIA AGRÍCOLA PARA ALIENADOS NO RIO DE JANEIRO (1890-1924):
DISCURSOS, PROJETOS E PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO ALIENADO**

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

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Gisele Porto Sanglard

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz) – Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria Renilda Nery Barreto

Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais (CEFET/RJ)

Prof. Dr. Pedro Felipe Neves Muñoz

Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica (PUC/Rio de Janeiro)

Prof.^a Dr.^a Ana Teresa Acatauassú Venancio

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz)

Prof. Dr. Renato da Gama-Rosa Costa

Programa de Pós-Graduação em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural (COC/Fiocruz)

Suplentes:

Prof.^a Dr.^a Maria Raquel de Gomensoro Frões da Fonseca

(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz))

Prof.^a Dr.^a Ana Lucia Lana Nemi

Programa de Pós-Graduação em História e Historiografia (UNIFESP)

Rio de Janeiro
2020

Ficha Catalográfica

C588c Claper, Jeanine Ribeiro.

Colônia agrícola para alienados no Rio de Janeiro (1890-1924) : discursos, projetos e práticas na assistência ao alienado / Jeanine Ribeiro Claper ; orientada por Gisele Porto Sanglard. – Rio de Janeiro : s.n., 2020.
272 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2020.
Bibliografia: 256-265f.

1. Psiquiatria Comunitária. 2. Assistência à Saúde Mental. 3. História do Século XIX. 4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 616.89

*À Ulyseia (em lembrança),
que me ensinou que obstáculos
são para serem ultrapassados,*

&

*Lawrence e Juliana,
pelo amor e compreensão.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Gisele Porto Sanglard, pelo carinho, apoio e pela competente orientação nos caminhos da História e do Patrimônio da Saúde.

À minha banca de defesa, Profa. Dra. Ana Teresa Acatauassú Venancio, Profa. Dra. Maria Raquel de Gomensoro Fróes da Fonseca, Profa. Dra. Maria Renilda Nery Barreto, Prof. Dr. Pedro Felipe Neves Muñoz, Prof. Dr. Renato Gama-Rosa Costa e Profa. Dra. Ana Lucia Lana Nemi, pela inspiração de uma relevante produção teórica.

À Profa. Dra. Simone Kropf, Prof. Dr. Gilberto Hochman e aos Profs. Joel Howell, MD, Ph.D. e Profa. Laura Hirshbein, MD, Ph.D., pela oportunidade, apoio e supervisão no doutorado-sanduiche na Universidade de Michigan.

À Elizabeth Martins e à Profa. Sueann Caulfield, Ph.D., por todo o suporte no LACS e no Departamento de História da Universidade de Michigan, além de uma calorosa recepção em Ann Arbor, Michigan.

À Casa de Oswaldo Cruz FIOCRUZ, em especial ao diretor, Prof. Dr. Paulo Elian, e ao PDSE/CAPES, pelo apoio e oportunidade de adquirir novos conhecimentos.

Aos amigos da Secretaria Acadêmica do PPGHCS/COC, Sandro Hilário, Maria Claudia Cruz, Amanda Gutierrez e Paulo Chagas, pelo constante auxílio e boa vontade.

À direção do Instituto Municipal Nise da Silveira, coparticipante nesta tese, Paula Barros, Daniele Ribeiro e a todos os outros membros dessa instituição que viabilizaram sempre com boa vontade e competência a minha pesquisa.

A Mario Brum e a todos os outros integrantes do ITERJ, e ao Prof. Dr. Almir Leal de Oliveira, pelo suporte e disponibilidade de diálogo sobre a Colônia de Alienados de Vargem Alegre.

À minha família, pelo carinho e uma precisa e sempre ajuda, em especial à minha mãe, Maria Nélia, e ao meu irmão, Claudio, pelos conselhos acadêmicos.

À minha amiga Rita Amaral, pelos debates que me ajudaram a adentrar e trilhar os caminhos da História.

À Polly & Millie, pela companhia constante nos momentos de reflexão.

A todas as pessoas que me foram essenciais na elaboração desta tese, sem as quais teria sido impossível a tarefa.

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO 1	34
ASSISTÊNCIA AO ALIENADO NO RIO DE JANEIRO NA PERSPECTIVA DA COLÔNIA PARA ALIENADOS: LIBERDADE, TRABALHO, AUTODISCIPLINA COMO SOLUÇÃO TERAPÊUTICA	34
1.1 A institucionalização da loucura: a filantropia alcança o louco pobre urbano	38
1.2 O colapso do asilo fechado, a ressignificação da assistência ao doente mental	48
1.3 A organização da assistência ao alienado pobre centralizada, no Distrito Federal, sob a ótica de um sistema de colônias agrícolas	57
1.3.1 O protagonismo do médico João Augusto Rodrigues Caldas na implantação da Colônia de Alienados de Jacarepaguá	65
1.3.2 Quem eram os internos homens do trabalho agrícola? Uma análise da movimentação entre o Hospício Nacional de Alienados e as Colônias de Alienados da Ilha do Governador	70
1.4 A organização da assistência ao alienado na província e no antigo estado do Rio de Janeiro	83
1.4.1 O início da assistência ao alienado: a implantação do Hospício anexo ao Hospital São João Batista em Niterói	83
1.4.2. A decisão por uma instituição expressão da moderna psiquiatria: a reforma do Asilo-Colônia de Vargem Alegre e a criação da Colônia de Alienados de Vargem Alegre	90
CAPÍTULO 2	96
A TRANSFORMAÇÃO URBANA NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: A IMPOSSIBILIDADE DA CONVIVÊNCIA DO INDIVÍDUO LOUCO COM O GOSTO PELO BELO E PELOS BONS COSTUMES	96
2.1 Onde a loucura na cidade do Rio de Janeiro encontra o pensamento sociológico de Georg Simmel?	97
2.2 A desterritorialização do indivíduo louco pobre na cidade do Rio de Janeiro	106
2.2.1 Estudo de um fenômeno: a negação do passado colonial e da pobreza na perspectiva urbana da capital federal	106
2.2.2 A higiene, o saneamento e o belo como ideologia na cidade dos noventa: um modelo excludente de modernidade da urbe	112
2.3 Quem era o indivíduo louco pobre internado nas colônias para alienados na cidade do Rio de Janeiro e de onde ele vinha?	121

CAPÍTULO 3	131
COLÔNIAS PARA ALIENADOS NO RIO DE JANEIRO: A ORGANIZAÇÃO E A ESTRUTURAÇÃO DOS ESPAÇOS DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS PERCEBIDAS PELA PRÁTICA CIENTÍFICA	131
3.1 A filosofia da comunidade de Gheel como influência na concepção das colônias para alienados em diversos países	133
3.2 O Romantismo como acesso ao consciente e alinhado à sustentabilidade pelo trabalho na concepção das colônias para alienados no Rio de Janeiro	145
3.2.1 As Colônias de Alienados da Ilha do Governador (1888-1924): Conde de Mesquita e de São Bento	150
3.2.2 Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1904 -1921)	167
3.2.3 Colônia de Alienados de Jacarepaguá: instituição-modelo da moderna psiquiatria	175
3.3 Colônias agrícolas para alienados na cidade do Rio de Janeiro: instituições da prática do conhecimento científico e, também, do trabalho criativo	182
CAPÍTULO 4	188
UMA HISTÓRIA CRUZADA SOBRE COLÔNIAS PARA ALIENADOS: AS DIFERENTES RECEPÇÕES DO MODELO EUROPEU NO RIO DE JANEIRO E EM MICHIGAN	188
4.1 O contexto referencial do modelo europeu original Colônia de Alt-Scherbitz: as diferentes recepções nacionais – colônias para alienados no Rio de Janeiro e a <i>Colony Farm</i> do Michigan Asylum for the Insane, em Michigan.	190
4.1.1 O contexto referencial do modelo original Alt-Scherbitz – 1876	193
4.1.2 O contexto referencial da assistência em Michigan e no Rio de Janeiro	201
4.2 Os padrões científicos de concepção das instituições: <i>colony farm</i> em Kalamazoo e colônias agrícolas de alienados no Rio de Janeiro	210
4.2.1 A colony farm do Michigan Asylum em Kalamazoo: o modelo europeu nos Estados Unidos	214
4.2.2 <i>O sistema open-door: um tom de mudança na visão do doente e da doença mental</i>	222
4.3 A chegada do modelo ao Rio de Janeiro e a Michigan e as práticas locais observadas	224
4.3.1 O papel do hospital-colônia no modelo: solução ou adaptação?	226
4.3.2 Um acesso não tão fácil das colônias agrícolas ao hospital urbano no modelo de Juliano Moreira	230
4.3.3 O regime de tratamento livre (open-door): a controvérsia entre conter e não conter o doente mental	232
4.3.4 A assistência familiar, uma aspiração idealizada nas colônias do Rio de Janeiro, mas até aqui não concretizada	236

CONSIDERAÇÕES FINAIS	241
REFERÊNCIAS	247
Notícias de Jornal disponíveis na Hemeroteca da Biblioteca Nacional	247
Fontes Bibliográficas	247
Referências Bibliográficas	256
ANEXO A	266
Lista de circunscrição ou distrito policial por área de abrangência	267
Lista de Diagnóstico, agrupada, e com período de incidência nos prontuários	268
ANEXO B	269
Tabelas com demandas por melhorias nas colônias de alienados do Rio de Janeiro	269

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1.1 - VISTA DA FACHADA FRONTAL DO HOSPÍCIO DE PEDRO II, <i>CA. DE 1890</i>	44
FIGURA 1.2 - VISTA PANORÂMICA DA NOVA MAISON CHARENTON, PARIS.	45
FIGURA 1.3 - DIRETOR DR. JOÃO AUGUSTO RODRIGUES CALDAS E PACIENTES – COLÔNIA DE SÃO BENTO.....	66
FIGURA 1.4 - DIRETOR DR. JOÃO AUGUSTO RODRIGUES CALDAS E EMPREGADOS DAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR.	67
FIGURA 1.5 - DOENTES DAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR.	68
FIGURA 1.6 - VISITA DE COMITIVA, EM 14 FEV. 1915, ÀS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR	69
1. JULIANO MOREIRA, 2. RODRIGUES CALDAS, 3. BRAULE PINTO, 4. GUSTAVO RIEDEL, 5. JEFERSON DE LEMOS, 6. JOÃO DE MELLO MATTOS, 7. MARIO PINHEIRO, 8. AUGUSTO MARQUES DE SOUZA, 9. WALDEMAR DE ALMEIDA.....	69
FIGURA 1.7 - ARTIGO QUE REFORÇA O DESENHO DA ASSISTÊNCIA PENSADO POR JULIANO MOREIRA.	69
GRÁFICO 1.1 - NÚMERO DE DOENTES TRANSFERIDOS DO HNA PARA AS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR.....	75
GRÁFICO 1.2 - NÚMERO DE DOENTES, POR COR ANOTADA NO PRONTUÁRIO, TRANSFERIDOS PARA AS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR.....	76
GRÁFICO 1.3 - CAUSA DE ÓBITOS DESCRITA NO PRONTUÁRIO NO PERÍODO DE 1890 A 1919.....	77
GRÁFICO 1.4 - PERCENTUAL DE DOENTES DAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR POR DIAGNÓSTICO POR PERÍODO DE 1890 A 1901.....	78
GRÁFICO 1.5 - PERCENTUAL DE DOENTES DAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR POR DIAGNÓSTICO POR PERÍODO DE 1902 A 1919.....	79
GRÁFICO 1.6 - TEMPO DE PERMANÊNCIA POR NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS DE ALIENADOS DA ILHA DO GOVERNADOR.....	80
TABELA 1.1 - IDADE DOS DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS DE ALIENADOS DA ILHA DO GOVERNADOR.....	82
GRÁFICO 1.7 - MOVIMENTAÇÃO DE DOENTES INTERNADOS NO HOSPÍCIO ANEXO AO HSJB, PROVENIENTES DE MUNICÍPIOS DA PROVÍNCIA DO RIO DE JANEIRO.	87
GRÁFICO 1.8 - NÚMERO DE HOMENS E NÚMERO DE MULHERES EM TRATAMENTO NO HOSPÍCIO ANEXO AO HSJB, PERÍODO DE 1885-1887, POR MUNICÍPIO DE PROCEDÊNCIA.	88
GRÁFICO 1.9 - NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS POR TIPO DE DIAGNÓSTICO NO HOSPÍCIO ANEXO AO HSJB, PERÍODO DE 1878-1889.	89
FIGURA 1.8 - CENTRO AGRÍCOLA DE VARGEM ALEGRE, ONDE ESTAVA SITUADO O ASILO-COLÔNIA.	92
FIGURA 1.9 - COMITIVA DE REINAUGURAÇÃO DA COLÔNIA DE ALIENADOS DE VARGEM ALEGRE..	94
GRÁFICO 1.10 - MOVIMENTAÇÃO DE DOENTES INTERNADOS NA COLÔNIA DE ALIENADOS DE VARGEM ALEGRE PROVENIENTES DE MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO E DA PENITENCIÁRIA DO ESTADO.....	95
FIGURA 2.1 - <i>AMERICAN NERVOUSNESS, ITS CAUSES AND CONSEQUENCES BY GEORGE M. BEARD (1881)</i> ; GRÁFICO CRIADO POR BEARD PARA APRESENTAR A PROGRESSÃO DOS SINTOMAS ATRIBUÍDOS À NEURASTENIA.....	104
FIGURA 2.2 - MAPA LEVANTADO PELO SARGENTO-MOR DE ENGENHEIROS FRANCISCO JOSÉ ROSEIO, EM 1769, E APRESENTADO EM 6 DE JANEIRO DE 1770, COM O FIM DE LEVANTAR UMA TRINCHEIRA DE FORTIFICAÇÃO À CIDADE DO RIO DE JANEIRO.	109

FIGURA 2.3 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO URBANA E SUBURBANA/RURAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.	110
FIGURA 2.4 - CRESCIMENTO POPULACIONAL NOS DISTRITOS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO ENTRE 1906 E 1920.	118
FIGURA 2.5 - FOTOGRAFIA AÉREA DO CENTRO DO RIO DE JANEIRO: RUA DO SACRAMENTO (ATUAL AVENIDA PASSOS), ANTES DO PROLONGAMENTO; AO FUNDO, O MORRO DE SANTO ANTÔNIO.	119
FIGURA 2.6 - FOTOGRAFIA AÉREA DAS DEMOLIÇÕES NA RUA DO SACRAMENTO DEPOIS DO PROLONGAMENTO.	120
FIGURA 2.7 – NO CENTRO DA FOTOGRAFIA O PREFEITO PEREIRA PASSOS NA INAUGURAÇÃO DAS OBRAS NA ÁREA CENTRAL	120
GRÁFICO 2.1 - NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR, NO PERÍODO 1890-1919, DISTRIBUÍDOS POR COR E POR CIRCUNSCRIÇÃO URBANA E DISTRITO DE PROCEDÊNCIA DE REGISTRO POLICIAL.	123
GRÁFICO 2.2 - NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR, DISTRIBUÍDOS POR INSTITUIÇÕES DE PROCEDÊNCIA SEM CORRELAÇÃO COM A ÁREA URBANA.	124
GRÁFICO 2.3 - NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR NO PERÍODO 1890-1919, DISTRIBUÍDOS POR IDADE E POR DISTRITO DE PROCEDÊNCIA DE REGISTRO POLICIAL.	125
GRÁFICO 2.4 - NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR, NO PERÍODO 1890-1919, DISTRIBUÍDOS POR DIAGNÓSTICO E POR DISTRITO DE PROCEDÊNCIA DE REGISTRO POLICIAL.	126
GRÁFICO 2.5 - NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS DA ILHA DO GOVERNADOR, NO PERÍODO 1890-1919, DISTRIBUÍDOS POR PROFISSÃO E POR DISTRITO DE PROCEDÊNCIA DE REGISTRO POLICIAL	127
GRÁFICO 2.6 – DISTRIBUIÇÃO DO TOTAL DOS PRONTUÁRIOS COM ANOTAÇÃO DE ALTA OU SEM ANOTAÇÃO DE ALTA.	129
GRÁFICO 2.7 - NÚMERO DE DOENTES INTERNADOS NAS COLÔNIAS AGRÍCOLAS, DISTRIBUÍDOS POR ALTAS ENTRE 1911-1919, E POR DISTRITO DE PROCEDÊNCIA DE REGISTRO POLICIAL.	129
FIGURA 3.1 - DESENHO DA IGREJA DE SANTA DYPHNA; S/DATA.	134
FIGURA 3.2 – PLANTA BAIXA DO KIRKBRIDE PLAN.	137
FIGURA 3.3 - PLANTA DE SITUAÇÃO DO ASILO DE ALT-SCHERBITZ, 1876.....	143
FIGURA 3.4 - ALDEIA SUPERIOR E FIGURA 3.5 - ADMINISTRAÇÃO.....	144
FIGURA 3.6 - MAPA DA ILHA DO GOVERNADOR, FOLHA OESTE, RIO DE JANEIRO; SERVIÇO GEOGRÁFICO MILITAR, 1922	151
FIGURA 3.7 - FACHADA DA COLÔNIA DE SÃO BENTO; S/DATA.	155
FIGURA 3.8 - FACHADA DA COLÔNIA DE SÃO BENTO; S/DATA.	155
FIGURA 3.9 - PLANTA BAIXA DA COLÔNIA DE SÃO BENTO; S/DATA.	156
FIGURA 3.10 - PLANTA BAIXA DA COLÔNIA DE SÃO BENTO; S/DATA.	156
FIGURA 3.11 - VISTA DA PONTA DO GALEÃO; AO FUNDO, A COLÔNIA CONDE DE MESQUITA.	157
FIGURA 3.12 - VISTA AÉREA DO MORRO DE SÃO BENTO E DA COLÔNIA DE SÃO BENTO.	157
FIGURA 3.13 - VISTA DO DESEMBARQUE DE SUPRIMENTOS NAS COLÔNIAS.	158
FIGURA 3.14 - VISTA DA LANCHA <i>ESQUIROL</i> , DA DIRETORIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-LEGAL A ALIENADOS	158
FIGURA 3.15 - TRANSPORTE DE EMPREGADOS E DIRETORIA DAS COLÔNIAS.	159

FIGURA 3.16 - VISTA PARCIAL DAS INSTALAÇÕES E INTERNOS DA COLÔNIA CONDE DE MESQUITA.	160
FIGURA 3.17 - TRABALHO DE PECUÁRIA INTERNO NA COLÔNIA CONDE DE MESQUITA; S/IDENTIFICAÇÃO.....	160
FIGURA 3.18 - VISTA INTERNA DA VARANDA DA COLÔNIA DE SÃO BENTO; SENTADO, O ALIENISTA JÉFERSON DE LEMOS.	161
FIGURA 3.19 - VISTA EXTERNA DO JARDIM DA COLÔNIA DE SÃO BENTO.	161
FIGURA 3.20 - INTERNOS NO TRABALHO AGRÍCOLA NA COLÔNIA DE SÃO BENTO.	164
FIGURA 3.21 - INTERNOS TRABALHANDO NO AVIÁRIO DA COLÔNIA CONDE DE MESQUITA.	164
FIGURA 3.22 - VISITA À INSTALAÇÃO DA FARMÁCIA DA COLÔNIA DE SÃO BENTO.	165
FIGURA 3.23 - VISTA GERAL DO EDIFÍCIO CENTRAL ANTES DA REMODELAÇÃO; CASA DE FAZENDA COLONIAL ADAPTADA (1904).	168
FIGURA 3.24 - VISTA GERAL DO EDIFÍCIO CENTRAL APÓS A REMODELAÇÃO DE 1921.....	169
FIGURA 3.25 - PAVILHÃO JOÃO FRANCISCO DE SOUZA E APIÁRIO.	171
FIGURA 3.26 - FACHADA DO EDIFÍCIO CENTRAL APÓS A REMODELAÇÃO.	171
FIGURA 3.27 - FACHADA LATERAL DA SEÇÃO FEMININA.	172
FIGURA 3.28 - FACHADA LATERAL – REFEITÓRIO E COZINHA; SEÇÃO MASCULINA.	172
FIGURA 3.29 - PAVILHÃO VISCONDE DE PRADOS.	173
FIGURA 3.30 - PAVILHÃO JULIANO MOREIRA.....	173
FIGURA 3.31 - VISTA DA FAZENDA DO ENGENHO NOVO, EM JACAREPAGUÁ; S/DATE.	178
FIGURA 3.32 - PROJETO DA FACHADA DOS REFEITÓRIOS; FIRMA J. POLEY.....	181
FIGURA 3.33 - FOLDER DO CONSTRUTOR DA COLÔNIA DE JACAREPAGUÁ, A EMPRESA J. POLEY...	181
FIGURA 3.34 - CASAS CONSTRUÍDAS PELO INTERNO AZUL VIEIRA DE CARVALHO NA COLÔNIA CONDE DE MESQUITA.	185
FIGURA 3.35 - O INTERNO AZUL VIEIRA DE CARVALHO EM SUA OFICINA.	185
FIGURA 3.36 - OTAVIO DINIZ JUNQUEIRA, POETA, MÚSICO E PINTOR.	186
FIGURA 3.37 - CASA CONSTRUÍDA POR INTERNO S/IDENTIFICAÇÃO NA COLÔNIA CONDE DE MESQUITA.....	186
FIGURA 3.38 - CASA CONSTRUÍDA POR INTERNO S/IDENTIFICAÇÃO NA COLÔNIA CONDE DE MESQUITA.....	187
FIGURA 3.39 - TRABALHOS DO INTERNO JOÃO GRAMICHER NA COLÔNIA CONDE DE MESQUITA..	187
FIGURA 4.1 - VISTA AÉREA DAS DUAS PARTES DA INSTITUIÇÃO ALT-SCHERBITZ, DIVIDIDA PELA ESTRADA.	195
FIGURA 4.2 – PLANTA BAIXA E FACHADA DA CASA DE DETENÇÃO; INSTITUIÇÃO PRINCIPAL.	197
FIGURA 4.3 - FOTO DO DEPARTAMENTO FECHADO – CLASSE III; INSTITUIÇÃO PRINCIPAL.	198
FIGURA 4.4 – PLANTA BAIXA E FACHADA DO DEPARTAMENTO FECHADO – CLASSE III; INSTITUIÇÃO PRINCIPAL.	198
FIGURA 4.5 - VILA DE DOENTES; COLÔNIA AGRÍCOLA.	199
FIGURA 4.6 – PLANTA BAIXA E FACHADA DA ESTAÇÃO DE OBSERVAÇÃO; INSTITUIÇÃO PRINCIPAL.	200
FIGURA 4.7 - VISTA FRONTAL DO <i>MICHIGAN ASYLUM</i> (ASILO FECHADO) EM KALAMAZOO, NA ÉPOCA DA INAUGURAÇÃO, EM 1859.....	210
FIGURA 4.8 - VISTA DA FACHADA FRONTAL DO STATE PSYCHOPATHIC HOSPITAL, ANN ARBOR, MICHIGAN, ANTES DE 1907.	212
FIGURA 4.9 - FACHADA DO <i>COTTAGE</i> DA BROOK FARM.	215
FIGURA 4.10 – PLANTAS BAIXAS DO PRIMEIRO E SEGUNDO ANDAR DO <i>COTTAGE</i> DA BROOK FARM.	215

FIGURA 4.11 - MAPA DO MICHIGAN ASYLUM, EM 1896; ESTÃO ASSINALADAS AS ÁREAS DA BROOK FARM E DA COLONY FARM EM KALAMAZOO.....	218
FIGURA 4.12 - VISTA DA ÁREA EXTERNA DO MICHIGAN ASYLUM; DEPARTAMENTO FEMININO.....	219
FIGURA 4.13 - VISTA DA ÁREA EXTERNA DO MICHIGAN ASYLUM; DEPARTAMENTO MASCULINO.....	219
FIGURA 4.14 - VISTA INTERNA DO DORMITÓRIO DO VAN DEUSEN COTTAGE.....	220
FIGURA 4.17 - VISTA DO PRATT COTTAGE.....	222
FIGURA 4.18 - PROJETO DA COLÔNIA DE ALIENADOS DE JACAREPAGUÁ; PAVILHÃO ESPECIAL PARA TUBERCULOSOS.....	229
FIGURA 4.19 - PAVILHÃO ÁLVARO RAMOS; PEQUENAS CIRURGIAS.....	229
FIGURA 4.20 - EDIFÍCIO CENTRAL.....	230
TABELA 4.1 - MÉDIA POR TIPO DE CONTENÇÃO (<i>RESTRAINED</i>) APLICADA NOS DOENTES DO MICHIGAN ASYLUM.....	235
TABELA 3.1 - COLÔNIA DE ALIENADOS DE JACAREPAGUÁ: DEMANDAS POR MELHORIAS PARA ATENDER ÀS FUNÇÕES TERAPÊUTICAS E DE USO.....	270
TABELA 3.2 - COLÔNIAS DE ALIENADOS DA ILHA DO GOVERNADOR: DEMANDAS POR MELHORIAS PARA ATENDER ÀS FUNÇÕES TERAPÊUTICAS E DE USO.....	271

LISTA DE ABREVIATURAS

AMSAII – *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane*

APERJ – Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro

BCC – *Board of Corrections and Charities*

CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

COC – Casa de Oswaldo Cruz

COVID-19 – *Corona Virus Disease 2019* (novo coronavírus)

DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HSJB – Hospital São João Batista

HNA – Hospício Nacional de Alienados (1890 – 1911); Hospital Nacional de Alienados (após 1911)

HPII – Hospício de Pedro II

IMASJM – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

IMASNS - Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira

ITERJ – Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro

LACS – *Center for Latin American and Caribbean Studies – Brazil Initiative*

PPGHCS – Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde

SCMRJ – Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

RESUMO

Adotando como referências o discurso científico e político, a interpretação de linguagens e impressões visuais, a tese apresenta o resultado da investigação sobre a concepção e implantação das Colônias de Alienados da Ilha do Governador (1888-1924) e Colônia de Alienados de Jacarepaguá (1920-1924), na capital federal, e do asilo-colônia de Vargem Alegre (1904) e Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1921), em Barra do Piraí, no antigo estado do Rio de Janeiro. Destaca o protagonismo do psiquiatra baiano Juliano Moreira na concretização de um modelo de assistência ao alienado comprometido com uma filosofia humanista e uma nova visão da ciência psiquiátrica que mudaram a perspectiva sobre a doença e o doente mental. Além disso, mostra o médico João Carlos Rodrigues Caldas como o realizador da ideia do psiquiatra baiano de implantar um modelo de colônia agrícola para alienados no âmbito da política de assistência do governo federal. Consta que, desde 1878, havia na província do Rio de Janeiro, em Niterói, uma estrutura de assistência para receber alienados provenientes de diversos municípios da província. A assistência estadual teve seu ápice com a (re)inauguração da Colônia de Alienados de Vargem Alegre, o que revelou a influência científica de Juliano Moreira na construção de uma assistência ao alienado estadual nos moldes da do governo federal. Apresenta o processo de urbanização que atingiu o indivíduo louco pobre que habitava as cidades, notadamente a do Rio de Janeiro, e problematiza os motivos que levaram à sua desterritorialização e à consequente institucionalização. Indica, com o suporte de uma análise qualitativa dos dados dos prontuários médicos, o perfil sociocultural, os diagnósticos e os locais por onde, provavelmente, este indivíduo circulava na cidade do Rio de Janeiro. Finalmente, utiliza a ferramenta da *historie croisée* para a investigação, sob o viés da história transnacional, das diferenças e semelhanças entre as Colônias de Alienados no Rio de Janeiro, Brasil, e a *Colony Farm Michigan Asylum*, em Michigan, Estados Unidos da América do Norte, tendo como paradigma científico internacional a Colônia de Alt-Scherbitz, na Alemanha, criada nas últimas décadas do século XIX.

Palavras-chaves: Colônia Agrícola; Instituição Psiquiátrica; Doença Mental; Arquitetura; Urbanização; Vargem Alegre; Rio de Janeiro; Michigan Asylum; Alt-Scherbitz; Estados Unidos; Alemanha.

ABSTRACT

Adopting as a reference the scientific and political rhetoric, the visual impressions and languages, of the thesis shows the result of the investigation of the design and construction of the Colony Farm of Ilha do Governador (1888-1924) and the Colony Farm of Jacarepaguá (1920) - 1924) in Rio de Janeiro; the asylum-colony of Vargem Alegre (1904); and the Colony Farm of Vargem Alegre (1921), in Barra do Piraí, in the former state of Rio de Janeiro. Besides that, it highlights the role of the psychiatrist Juliano Moreira as a mentor of the model of the insane public relief and his commitment with a humanist philosophy and a new vision of psychiatric science that changed the perspective on the disease and the mentally ill. In this vein, it shows the physician João Carlos Rodrigues Caldas played a major role of implementing a colony Brazilian farm model under the federal government public assistance policy. Another point of the investigation, there was since 1878, in the province of Rio de Janeiro, a state public assistance to receive insane from several municipalities in the province and the major happening it was the reopening of the Colony Farm of Vargem Alegre. That event revealed the influence in the state of Rio de Janeiro of the scientific ideas of Juliano Moreira. Another aspect, argues the reasons that led to the deterritorialization and the institutionalization of the poor mad people that who inhabited the city of Rio de Janeiro. With the support of a qualitative data analysis of the mad poor people from the medical records, which pointed out that the socio-cultural profile, the diagnoses and the place that they probably lived in the city of Rio de Janeiro. Finally, it uses the *histoire croisée* tool to investigate, under the perspective of transnational history, the differences and similarities between the Colonies Farms in Rio de Janeiro, Brazil and the Colony Farm of the Michigan Asylum, in Michigan, United States of America. Both Americas Colonies had had the Colony of the Alt-Scherbitz, created in the last decades of the 19th century, in Germany, as an international scientific paradigm.

Keywords: Colony Farm; Psychiatric Institution; Mental Illness; Architecture; Architecture Urbanization; Vargem Alegre; Rio de Janeiro; Michigan Asylum; Alt-Scherbitz; United State; Germany.

RESUMEN

Adoptando el discurso científico y político, la interpretación de los lenguajes y las impresiones visuales como referencias, la tesis presenta el resultado de la investigación sobre la concepción e implantación de las Colonias de Alienados de Ilha do Governador (1888-1924) y la Colonia de Alienados de Jacarepaguá (1920) -1924) en la ciudad de Río de Janeiro; la colonia de asilo de Vargem Alegre (1904); y el Colonia de Alienados de Vargem Alegre (1921), en Barra do Pirai, en el antiguo estado de Río de Janeiro. Destaca el papel del psiquiatra bahiano Juliano Moreira en la implementación del modelo de asistencia a los alienados comprometidos con una filosofía humanista y una nueva visión de la ciencia psiquiátrica que cambió la perspectiva de la enfermedad y los enfermos mentales. Además, muestra al doctor João Carlos Rodrigues Caldas como el realizador de la idea del psiquiatra bahiano de implantar un modelo de colonia agrícola para los alienados dentro del alcance de la política de asistencia del gobierno federal. Encuentra que desde 1878, había en la provincia de Río de Janeiro, en Niterói, una estructura de asistencia para recibir a las personas enajenadas de varios municipios de la provincia. La asistencia estatal alcanzó su punto máximo con la (re) inauguración del Colonia de Alienados de Vargem Alegre, que reveló la influencia científica de Juliano Moreira en la construcción de la asistencia al estado enajenado en la línea del gobierno federal. Presenta el contexto en el que el individuo pobre y loco que habitaba la ciudad de Río de Janeiro, y cuestiona las razones que llevaron a la desterritorialización y la consiguiente institucionalización. Indica, con el apoyo de un análisis cualitativo de los datos de los registros médicos, el perfil sociocultural, los diagnósticos y la ubicación que el individuo probablemente circuló en la ciudad de Río de Janeiro. Finalmente, utiliza la herramienta *historie croisée* para investigar, bajo la perspectiva de la historia transnacional, las diferencias y similitudes entre las colonias enajenadas en Río de Janeiro, Brasil y el Colony Farm Michigan Asylum, en Michigan, Estados Unidos de América, teniendo como paradigma científico internacional la Colonia Alt-Scherbitz, en Alemania, creada en las últimas décadas del siglo XIX.

Palabras claves: Colonia agrícola; Institución Psiquiátrica; Enfermedad mental; Arquitectura; Urbanización; Rio de Janeiro; Vargem Alegre, Michigan Asylum; Alt-Scherbitz; Estados Unidos de América; Alemania.

Introdução

Dediquei-me nesta tese a explorar a organização física e a estruturação das colônias agrícolas para alienados na antiga capital federal e no antigo estado do Rio de Janeiro, no período de 1890 a 1924. A ênfase da pesquisa, nos contextos histórico, social, científico e político da época, foi dada na instituição, modelo de assistência ao alienado, por intermédio dos discursos¹ que a conceberam e as práticas² que a implantaram. Além disso, explorei o processo de transformação diacrônico dessa instituição agrícola *pari passu* com as mudanças na ciência psiquiátrica, observando as práticas terapêuticas que proporcionavam a sustentabilidade econômica e o retorno do alienado ao convívio social.

A tese é o resultado de um longo caminho de aproximação com a História, trilhado durante a graduação e o mestrado em Ciências da Arquitetura e Urbanismo. Nessa longa trajetória, investiguei temas históricos da arquitetura e do urbanismo e do patrimônio cultural, abordando-os com a metodologia do meu campo de formação. Na tese, de fato, busquei utilizar os recursos teóricos e metodológicos da História das Ciências da Saúde, que conduziram ao desenvolvimento do estudo cuja trama do conhecimento foi tecida, também, com fios de outros campos do saber.

A opção por pesquisar as origens da instituição psiquiátrica colônia agrícola no Brasil vai ao encontro da possibilidade de, no campo da História, utilizar o saber-fazer historiográfico para adentrar o pensamento científico que orientou a criação dessas instituições como lugar da terapêutica sob formas arquitetônicas e paisagísticas específicas. Assim, a ciência psiquiátrica buscou na colônia agrícola os espaços como aliados terapêuticos, do mesmo modo que nos hospícios fechados do século XIX os espaços auxiliaram na classificação e na separação dos doentes mentais.

Muito embora no século XX tenha-se produzido uma historiografia muito densa sobre a História das Ciências e da Saúde e do Patrimônio da Saúde, sobretudo pelo PPGHCS/COC/Fiocruz,

¹ A análise do discurso que se propõe nesta tese o valoriza, a semelhança do que define Japiassú, como método próprio que vai além do texto e se constitui no significado “em que se estabelece uma rede de relações semânticas com a visão do mundo que pressupõe” (Japiassú, 2008, p.77). Ainda nessa linha, pode-se considerar o discurso como afeto à tradução do pensamento teórico.

² A análise da prática se refere, do mesmo modo que Japiassu define, como a “aplicação de um conhecimento em uma ação concreta, efetiva” (Japiassú, op. cit., p. 223).

a dinâmica da prática profissional da ciência psiquiátrica e do uso dos espaços físicos da instituição aguarda ser debatida e aprofundada, tendo em vista que, nesse período, estabeleceu-se uma controvérsia científica muito rica sobre a nova forma de ver o doente e a doença mental, a qual impactou a configuração das instituições psiquiátricas, agregando novos espaços e atividades que as antigas práticas institucionais não incorporavam.

Juliano Moreira (1873-1933) contribuiu intensamente para a inserção da psiquiatria nacional no panorama científico internacional. O psiquiatra, com vasta produção intelectual e participações em eventos científicos internacionais, defendeu a mudança de postura no tratamento da doença mental e observou e comprovou que a psiquiatria científica brasileira não tinha em seu corolário “condições climáticas e raciais” (Moreira, 1906, 1910; Muñoz, 2015; Venancio, 2005).

A colônia agrícola para alienados era parte do modelo psiquiátrico idealizado por Juliano Moreira, descrito no relatório “Quais os meios de assistência mais convenientes aos nossos alienados?”, do Congresso Nacional de Assistência Pública e Privada, ocorrido no Rio de Janeiro, em 1908, e posteriormente, em artigo publicado em 1910 com o título “Quais os melhores meios da Assistência aos Alienados?”, apresentado no IV Congresso Médico Latino-Americano, acontecido no Rio de Janeiro em 1909. O modelo assistencial descrito nas publicações, baseado na ciência alemã, preconizava um conjunto de diferentes instituições psiquiátricas destinadas a lidar com enfermidades mentais que se diferenciavam quanto ao tipo e tempo de tratamento.

Nessa gama de instituições, destacavam-se o hospício urbano, onde o tratamento, voltado para os casos agudos, ocorria em regime fechado a curto prazo, e seu anexo, uma extensa colônia rural, em que o tratamento do alienado, agora afastado das pressões da vida urbana e das paixões que o acometiam, ocorria em regime aberto a longo prazo, baseado no trabalho propiciado pela agricultura, criação de animais e oficinas (Moreira, 1908a, 1910).

Outros estudos já revelaram o protagonismo de Juliano Moreira na implantação da Colônia de Alienados de Jacarepaguá no escopo da assistência do Distrito Federal (Amarante, 1982, 2013; Costa, 2008, 2011a; Costa e Gonçalves, 2015; Costa, Amora e Filgueiras, 2013; Lougon, 1987, 2006; Venancio, 2003, 2007, 2011, 2015). No entanto, a origem e concepção internacional do modelo colônia agrícola para alienados, e a concretização desse modelo no Rio de Janeiro, a partir da influência direta, no médico psiquiatra Juliano Moreira, das ideias de Wilhelm Griesinger, foram temáticas que despertaram em mim grande interesse, e me motivaram a investigar, no campo da

história da psiquiatria, a transferência de conhecimento de teorias e práticas dentro de um contexto internacional.

O silêncio a respeito destes temas me levou a me perguntar acerca das origens e as práticas resultantes da implantação e funcionamento, isto é, o que de fato aconteceu no tratamento e recuperação da doença mental nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador, na Colônia de Alienados de Vargem Alegre e na Colônia de Alienados de Jacarepaguá. Sabe-se que as colônias agrícolas na capital federal e no estado tiveram referências internacionais na sua origem; no entanto, o modelo de assistência brasileiro apresenta características particulares ligadas à prática científica dos médicos protagonistas que as implantaram no Brasil, especificamente, no Rio de Janeiro, imputando a essas instituições atributos pioneiros no país.

Por esse motivo, iniciei a pesquisa baseando-me em dois eixos principais de investigação: buscar nos prontuários médicos informações que pudessem diferenciar os discursos médico e político da prática de fato exercida; e apresentar a identidade dada à colônia agrícola para alienados pela comunidade científica internacional e como essa identidade se consolidou nas experiências no Rio de Janeiro. Esses eixos foram orientadores para responder questões originais, tais como: quais eram os elementos terapêuticos e arquitetônicos que caracterizavam a concepção e a implantação da colônia agrícola no Rio de Janeiro? Quais os territórios da cidade do Rio de Janeiro que o louco pobre ocupava antes de ir para a colônia agrícola? Quem era o indivíduo louco que ia para a colônia? O trabalho agrícola e a assistência familiar, como terapêuticas de (re)introdução do alienado à sociedade fizeram da colônia agrícola um modelo de instituição moderna? A colônia, construída e funcionando, correspondeu as aspirações científicas de quem a concebeu? O que caracterizou um regime livre e a visão do doente e da doença mental na perspectiva da internação na colônia agrícola? O que representou o trabalho dentro da colônia agrícola em termos terapêuticos e econômicos?

O recorte temporal adotado tem como marco inicial o ano de 1888, quando foi fundada, na Ilha do Governador, a instituição filantrópica criada pelo Conselheiro Ferreira Vianna, o Asilo do Galeão, extensão rural do Asilo de Mendicidade. Como marco final, o ano de 1924, momento da inauguração da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e anterior à reorganização do Serviço de Assistência a Psicopatas e à publicação do Decreto nº 17.805, de 23 de maio de 1927.

O período abordado na pesquisa revelou-se de imensa riqueza social, cultural e histórica, tanto pelas mudanças ocorridas na história da psiquiatria no Brasil e na de outros países quanto na

história da civilização ocidental. Nesse sentido, Michelle Perrot aponta o século XIX como um esboço do privado, em que a sociedade, o privado, o íntimo e o individual se entrelaçam. Para a autora, esse período se encerra no início do século XX, com a Grande Guerra, “que precipita, bloqueia e inflete uma evolução que, na verdade, nunca se rompeu de todo” (Perrot, 2009, p. 9).

Para Karl Polanyi, o século XIX viveu uma série de eventos, como a Revolução Industrial na Inglaterra, no século XVIII, a qual trouxe um progresso miraculoso para o mecanismo de produção, acompanhado, porém, de “uma catastrófica desarticulação na vida das pessoas comuns” – as moradias foram devastadas, os habitantes do campo se desumanizaram em favelas, a família estava no caminho da desarticulação (Polanyi, [1944], 2000, p. 51). Para esse autor, a Revolução Industrial preparou o cenário para o século XIX, e o divisor de águas foi 1780, ano que o autor considera marco de início da revolução; assim, “a história da civilização do século XIX consistiu, na maior parte, em tentativas de proteger a sociedade contra a devastação provocada por esse mecanismo” (Ibidem., p. 58). Ainda, para o autor, este período é caracterizado pelo naturalismo, no qual “a reintegração da sociedade no mundo humano tornou-se o objetivo perseguido com persistência na evolução do pensamento social” (Polanyi [1944], 2000, p. 153).

De fato, a filosofia da colônia agrícola estava apoiada em valores da proximidade com a natureza transmitidos pelo movimento romântico na Europa e em princípios humanistas sobre a visão do doente e do tratamento da doença mental, mas não se pode negar que a estratégia de reabilitação pelo trabalho incorporou a perspectiva terapêutica mas, também a econômica como alternativa de diminuição dos custos de manutenção do doente, tanto nas experiências no Rio de Janeiro quanto naquelas contemporâneas internacionais.

No Brasil, no Rio de Janeiro, o período da pesquisa assume destaque pela criação, em 1890, da Assistência Médico-Legal ao Alienado, que foi dirigida pelo médico alienista João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), catedrático da clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo o Hospício Nacional de Alienados como espaço exclusivo para o ensino, a prática e a observação. Nesse espaço temporal, configura-se a administração em todos os níveis e a prática do médico alienista no hospício. Além disso, nesse ano reinauguram-se as Colônias da Ilha do Governador no tempo republicano. Em 1903, ocorreu a reorganização da assistência a alienados, por intermédio de promulgação de lei que esclareceu as responsabilidades dos entes federativos, além de garantir alguns direitos ao alienado. Nesse momento, o médico baiano Juliano Moreira assumiu a direção geral da Assistência a Alienados e

do Hospício Nacional de Alienados, onde empreendeu grandes reformas e introduziu uma forte e particular mudança no direcionamento científico da instituição (Venancio, 2005; Facchinetti e Muñoz, 2013; Muñoz, 2015).

A escolha da cidade do Rio de Janeiro como foco de abrangência da pesquisa foi determinante por ser a capital federal e o local onde as políticas de assistência estavam sob a gestão centralizada do governo federal, com responsabilidades imputadas aos estados de implantar a assistência e retirar os alienados das cadeias e de outros locais não compatíveis com o tratamento deles. Além disso, nesta cidade foi fundada a primeira colônia agrícola do Brasil, as Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Com o avanço da pesquisa, logo percebeu-se que a investigação deveria ter sua abrangência estendida ao antigo estado do Rio de Janeiro, haja vista a interconexão da assistência estadual com a federal, que culminou com o estabelecimento da Colônia de Alienados de Vargem Alegre, em Barra do Piraí, onde houve, na concepção, a marca científica das ideias e propostas psiquiátricas de Juliano Moreira.

As hipóteses defendidas nesta pesquisa são quatro. A primeira considera que as instalações físicas das Colônias de Alienados da Ilha do Governador, da Colônia de Alienados de Vargem Alegre e de Jacarepaguá configuravam espaços terapêuticos “livres”, por intermédio da impressão visual da natureza e de um ambiente arquitetônico não institucional, com ganhos para o alienado, em oposição ao espaço físico “fechado”, institucional, do hospício. A segunda aponta a existência de uma estrutura de assistência ao alienado, estabelecida inicialmente na província do Rio de Janeiro, na capital Niterói, onde foi instalado, em 1878, o Hospício anexo ao Hospital São João Batista, destinado a receber os alienados provenientes de diversos municípios da província, e mais tarde, no estado do Rio de Janeiro, em Barra do Piraí, com a criação, em 1904, do asilo-colônia de Vargem Alegre. A hipótese constata, ainda, que a reinauguração, em 1921, da Colônia de Alienados de Vargem Alegre foi fruto da movimentação e trocas científicas intensas entre os médicos psiquiatras da capital federal e do estado. A terceira hipótese verifica que, tanto no nível estadual quanto no âmbito federativo, a organização e estruturação das colônias para alienados na prática profissional e terapêutica não se afastaram muito do discurso científico e político dos documentos governamentais e científicos. Finalmente, a última hipótese constata que as experiências internacionais, em especial a *colony farm* do Michigan Asylum, em Kalamazoo, Michigan, guardavam similaridades terapêuticas e de concepção com suas contemporâneas Colônias de Alienados da Ilha do Governador, compostas de edifícios adaptados, e com, ainda que

posteriormente, a Colônia de Alienados de Vargem Alegre e a Colônia de Alienados de Jacarepaguá.

A pesquisa sobre a história da instituição psiquiátrica articula-se com a linha de História das Políticas, Instituições e Profissões em Saúde porque compreende investigações e reflexões sobre os saberes e as práticas que configuram a saúde como fenômeno político e social no contexto da cidade do Rio de Janeiro e do estado do Rio de Janeiro, no fim do Império e no início da República. Tem como diretriz delinear e discutir a assistência ao alienado pobre e as transformações da instituição psiquiátrica ao longo do tempo a partir do estudo das colônias agrícolas, evidenciando o protagonismo de seus mentores, como os médicos João Carlos Teixeira Brandão, Juliano Moreira e João Rodrigues Caldas.

A análise da documentação possibilitou que eu confrontasse as hipóteses e buscasse argumentos para comprová-las, como será visto ao longo da tese. As principais fontes pesquisadas que sustentaram os meus argumentos foram: primeira, na análise dos discursos médico e político, Relatórios Ministeriais, Relatórios da Província e Mensagens à Assembleia Legislativa; segunda, na análise da prática científica, relatórios médicos, artigos científicos de médicos da época e, sobretudo, prontuários médicos dos internos das colônias agrícolas no Rio de Janeiro; e, terceira, no projeto e concepção das instituições agrícolas, ofícios, orçamentos e relatórios do engenheiro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, fotografias e plantas de arquitetura dos acervos do Arquivo Nacional, do Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro, do Arquivo do Mosteiro de São Bento e dos Institutos de Assistência Municipal à Saúde Nise da Silveira e Juliano Moreira.

Na investigação de novas fontes, cabe enfatizar a oportunidade de estudo como pesquisadora visitante do Departamento de História e do Brazil Initiative do Center for Latin American and Caribbean Studies (LACS), da Universidade de Michigan, contando com a supervisão do médico Joel Howell e da médica psiquiatra Laura Hirshbein. O doutorado-sanduíche, em 2018/2019, com apoio da CAPES, permitiu-me adentrar o campo da história transnacional, adquirindo conhecimentos sobre a história da psiquiatria, quando pude observar os aspectos socioculturais da assistência ao alienado nos Estados Unidos da América e, assim, entender o contexto da assistência ao insano no estado de Michigan, o que ratificou minha escolha da *colony farm* anexa ao Michigan Asylum for the Insane como instituição a ser comparada com as colônias de alienados da capital federal e do antigo estado do Rio de Janeiro.

A *colony farm* do Michigan Asylum, em Kalamazoo, foi uma das primeiras instituições implantadas nos moldes de instituição agrícola agregada a asilo de agudos. As fontes escritas e iconográficas acessadas na Bentley Library da Universidade de Michigan foram um significativo suporte para pontuar as diferenças e semelhanças entre as colônias agrícolas do Rio de Janeiro e a *colony farm* em Kalamazoo. As principais fontes selecionadas foram os relatórios bianuais do Board of Trustee of the Michigan Asylum for the Insane, com informações e dados sobre a *colony farm*. Outro canal importante para o desenvolvimento da pesquisa foi a M-Library da Universidade de Michigan, que possibilitou a análise de diversos artigos científicos, sobretudo do *American Journal of Insanity*, além de outras publicações do século XIX e início do século XX. A M-Library também permitiu o amplo acesso a uma bibliografia secundária sobre a produção historiográfica norte-americana da história da psiquiatria, como Gerald Grob, Nancy Tomes e Ellen Dwyer. Tomes e Dwyer trabalharam com os prontuários para reconstruir as visões do paciente e do médico sobre as instituições mentais do século XIX.

A colônia agrícola para alienados foi construída em torno das noções de liberdade, trabalho e uma visão humanista aliada aos conceitos experimentados na aldeia de Gheel sobre assistência comunitária. Soma-se a isso a concepção geral arquitetônica e estilística da colônia, tanto internamente quanto externamente, e seu entorno, de modo que a impressão visual de toda a instituição estava relacionada à terapêutica e à atmosfera vivenciada pelo paciente no caminho da cura. Todo esse conjunto de experiências e pressupostos foi traduzido na Colônia de Alt-Scherbitz, na Saxônia, Alemanha, que se tornou a instituição mais visitada pelos médicos de diversos países, impulsionada que foi pela publicação de relatórios de viajantes como William Letchworth, em 1889, e Henry Burdett, em 1891, e a posterior publicação sobre a arquitetura e a terapêutica da colônia, elaborada por seu diretor, Albrecht Paetz, em 1893.

O estudo da experiência paradigmática da psiquiatria na Colônia de Alt-Scherbitz colocou-me em confronto com a dificuldade em analisar fontes de outra realidade sociocultural, já que não falo o idioma alemão, o que levou-me a buscar fontes traduzidas em inglês e então traduzir minimamente o documento escrito originalmente em alemão – como foi o caso das publicações *Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System, ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Alt-Scherbitz*, de Albrecht Paetz, e a do médico Moritz Pistor, sobre o Congresso de Medicina em Berlim, em 1890, *Anstalten und*

Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens in Preussen Festschrift zum X internationalen Medizinischen Kongress Berlin 1890 – para alcançar as informações textuais dessas fontes.

A opção pela análise de experiências em colônias agrícolas que estavam em contextos socioculturais diferentes me aproximou da abordagem de Michael Werner e Bénédicte Zimmermann, da *histoire croisée*. Nesse sentido, os autores apontam que as análises da *história cruzada* levantam questões relacionadas diretamente às práticas de pesquisa, à maneira como as fontes e os próprios campos são abordados, o que me deu opção metodológica para uma análise que privilegiou uma multiplicidade de pontos de vista possíveis e as divergências resultantes de diferentes idiomas, terminologias, categorizações e conceituações, tradições socioculturais, o que deu outra dimensão à pesquisa. Dessa forma, é possível apreender fenômenos inteiramente novos pelo uso de estruturas renovadas de análise e, à medida que isto é feito, apresentam-se oportunidades para explorar, de um ângulo específico, questões mais gerais, como aquelas em relação a escalas, categorias de análise, relação entre diacronia e sincronia e regimes de historicidade e reflexividade (Werner e Zimmermann, 2006).

Para Thomas Mueller e Waltraud Ernst, Werner e Zimmermann chamam a atenção para os limites da sistemática de comparação e dos estudos de transferência. Ernst e Mueller enfatizam que, se as análises comparativas e de transferência eram os métodos escolhidos na década de 1990, na primeira década do século XXI as histórias conectadas e compartilhadas junto com a *histoire croisée* apresentam uma melhor abordagem nesse campo relacional (Ernst e Mueller, 2015, p. X). Para evidenciar uma mudança de abordagem na história comparada, os autores destacam que, no campo da medicina, os países de tradição colonial procuram evitar características dicotômicas nas análises e “estão desafiando termos ideologicamente e conceitualmente preocupantes como ‘sistema’ médico, ‘centro’ versus ‘periferia’, ‘oriente’ versus ‘ocidente’, ‘tradicional’ versus ‘moderno’ e até ‘global’ versus ‘local’³ (Ernst e Mueller, 2015, p. X, tradução nossa).

Já Roelcke, Weindling e Westwood, na mesma linha de pensamento sobre estudos comparativos, discorrem sobre o problema

da aplicação de abordagens comparativas na história da medicina: a tendência a exagerar a importância da *diferença* entre os contextos nacionais e entidades (instituições, disciplinas) a serem comparadas. Essa tendência de abordagens

³ *They are seen to cut across and élenge such ideologically and conceptually fraught terms as medical ‘system’, ‘center’ versus ‘periphery’, ‘eastern’ versus ‘western’, ‘traditional’ versus ‘modern’ and even ‘global’ versus ‘local’ (Waltraud e Mueller, 2015, p. X).*

comparativas está intrinsecamente ligada ao perigo da historiografia inapropriada que assume um alto grau de suficiência ou até mesmo uniformidade⁴ (Roelcke, Weindling e Westwood, 2010, p. 2, tradução nossa).

O suporte teórico do autor alemão Georg Simmel foi significativo para no campo da sociologia urbana entender o comportamento social e psicológico do indivíduo do final dos oitocentos, bem como sua relação com o grupo social na cidade e os desafios dele em responder mentalmente ao processo de urbanização. Sendo o indivíduo louco pobre o ponto focal dos ‘processos urbanos e civilizatório’, pude estabelecer através dos dados e informações dos prontuários o perfil sociocultural e a origem dele na cidade do Rio de Janeiro no momento em que foi institucionalizado. Nesse sentido, o segmento considerado dramático para esse indivíduo, no espaço temporal de análise do estudo, foi durante o processo de transformação da cidade do Rio de Janeiro, da expulsão dos pobres do centro da cidade e da perda, pelo indivíduo louco pobre, de seu território.

No que diz respeito à análise dos espaços da instituição psiquiátrica e do papel dela na assistência, não se poderia ignorar a importância do pensamento de Michel Foucault. No entanto, adotou-se nesta tese uma perspectiva de análise da instituição psiquiátrica diferente daquela conduzida por Foucault, sobretudo porque, na interpretação deste autor, a intermediação da subjetividade do indivíduo está em confronto com a objetividade das regras institucionais e sociais. Assim, a utilização desse olhar não me abriria a possibilidade e nem me daria alternativa para o estudo dos espaços à luz da natureza científica da instituição. A interpretação de Michel Foucault, muito explorada na década de 1970, tinha um olhar definido *a priori*, ou seja, um papel subjetivo para o usuário e um papel de leitura objetiva das “regras” e tradução delas, imputado, sobretudo, pelo espaço institucional. Assim, em Foucault há duas possíveis categorias de usuários dos espaços institucionais: os que são controlados e os que estão no controle, o que implica que o espaço tem apenas um significado e uma função.

Não há como ignorar o legado do trabalho de Michel Foucault na história da psiquiatria. James Moran e Leslie Topp comentam a questão da separação espacial dos loucos, que Foucault desenvolve em sua *Histoire de la folie*:

⁴ *a problem inherent in the application of comparative approaches to the history of medicine: the tendency to exaggerate the importance of the differences between the national contexts and entities (institutions, disciplines) to be compared. This tendency in comparative approaches is intrinsically linked with the danger of a historiographically inappropriate assumption of national self-sufficiency or even uniformity* (Roelcke, Weindling e Westwood, 2010, p. 2).

Em sua *Histoire de la folie*, Foucault foi capaz de mostrar várias maneiras de separar espacialmente os loucos (prisão medieval, confinamento clássico, Tuke e Pinel e a reforma do asilo no final do século XVIII, o asilo positivista do século XIX); cada uma delas era complexa e coerente, mesmo quando ele fez reivindicações históricas que os historiadores rejeitaram. Mais tarde, em seu estudo da história do encarceramento moderno (focado no sistema de justiça criminal, mas que pretendia ser relevante tal como o confinamento dos loucos), Foucault também forneceu um modelo de análise interdisciplinar, combinando o estudo da história da reforma penal com análises do espetáculo urbano e do sistema arquitetônico do controle dos corpos⁵ (Moran e Topp, 2007, p. 3, tradução nossa).

Em suas análises institucionais, Michel Foucault promove uma abordagem interdisciplinar histórica, cultural e sociológica dos espaços, todavia imputa aos espaços da psiquiatria uma conotação simbólica e metafórica. Desse modo, percebe-se, de acordo com Adi Ophir e Steven Shapin, que para Foucault a preocupação com o espaço era uma obsessão, “a análise do poder seria uma análise do espaço: condições de visibilidade, dispersão dos corpos, pontos de contato e linhas de transmissão”⁶ (Ophir e Shapin, 1991, p. 12; tradução nossa). Nessa perspectiva, segundo os autores, o poder está inscrito no lugar, e não no tempo.

Já William Reddy, na crítica que faz ao pós-estruturalismo, afirma que os autores que se enquadram nessa corrente não são consistentes em suas doutrinas. Os pós-estruturalistas, como Michel Foucault, estavam ligados à ideia de que tudo se tornava discurso, não tendo sentido, para esses autores, o significado de uma racionalidade social sobrepondo-se a um controle arbitrário. Assim, Michel Foucault e seus seguidores “foram criticados por sua incapacidade de especificar positivamente as condições políticas que constituiriam libertação da regra arbitrária do discurso”⁷ (Reddy, 2001, p. 74, tradução nossa).

⁵ *In his Histoire de la folie, Foucault was able to show how various ways of spatially separated the mad (medieval imprisonment, classical confinement, the late eighteenth century reform asylum under Tuke and under Pinel, the nineteenth century positivist asylum) were each in their own right both complex and coherent, even as he made historical claims that historians have since rejected. Later, in his study of the history of modern incarceration (which focused on the criminal justice system but which was intended to be relevant as well to confinement of the mad), Foucault also provided a model of interdisciplinary analysis, combining the study of the history of penal reform with analyses of urban spectacle and architectural system of controlling bodies* (Moran e Topp, 2007, p. 3).

⁶ *The analysis of power would be an analysis of space: conditions of visibility, dispersion of bodies, points of contact, and lines of transmission”* (Ophir e Shapin, 1991, p. 12).

⁷ *have been criticized for their inability to positively specify political conditions that would constitute liberation from the arbitrary rule of discourse* (Reddy, 2001, p.74).

O mesmo autor ainda questiona a coerência originária de um conhecimento dualista cartesiano arbitrário que Foucault revela como uma política legítima nas instituições modernas, mediada pela tríade comportamento-controle-segurança. Nesse sentido,

As instituições modernas, como fábricas, lojas de departamento, hospitais psiquiátricos, prisões, exércitos, todas refletem em sua estrutura a pressuposição de que os indivíduos são sujeitos com intenções, desejos, necessidades, que dependem dessas instituições para mediar suas carências subjetivas e um mundo severo e objetivo, impor a disciplina ao seu comportamento, o que produziria um mundo de subjetividade segura⁸ (Reddy, 2001, p. 71, tradução nossa).

Robert Castel comenta como *Histoire de la folie à l'âge classique* foi interpretada no campo epistemológico francês na época de sua publicação, na década de 1960:

Histoire de la folie foi lida daquela que poderia ser chamada de maneira acadêmica. [...], o livro realmente se encaixa muito diretamente na sólida tradição francesa da epistemologia das ciências, uma tradição que inclui, entre outros, os nomes de Maurice Brunshwicz, Jean Cavailles, Gaston Bachelard e Georges Canguilhem. [Ainda na visão do autor, a relevância que Foucault dá à racionalização médica] era a “maneira de realizar a ‘ruptura epistemológica’ necessária para construir uma teoria da psiquiatria separada das interpretações dos ‘profissionais’⁹ (Castel, 1992, p. 65-66, tradução nossa).

Roy Porter se contrapõe à leitura de Foucault da história da loucura como sendo a de um grande confinamento. O autor aponta as rupturas históricas deixadas por Foucault em suas análises sobre a história da psiquiatria na Inglaterra, já que Porter considera a história da psiquiatria na França diferente da história na Inglaterra:

Há um valor na insistência de Foucault de que a loucura não foi, nesta fase, definida por critérios psiquiátricos especializados, sendo uma projeção negativa da Razão. Sim, este quadro de confinamento indiscriminado não parece exatamente compatível ao que realmente aconteceu na Inglaterra [...] O que me leva ao meu ponto de conclusão final, Foucault imputa à ‘terapia moral’ dos Tukes

⁸ *Modern institutions – such as factories, department stores, mental hospitals, prisons, armies – all reflected in their structure the presumption that individuals are subjects with intentions, desires, needs, who depend on these institutions to mediate between their needy subjectivity and a harsh objective world, to impose discipline on their behavior so as produce a world of safety subjectivity*” (Reddy, 2001, p. 71).

⁹ *Histoire de la folie was read in what could be called an academic way. [...], the book actually fits very directly into the solid French tradition of the epistemology of the sciences, a tradition featuring among others, the names of Maurice Brunshwicz, Jean Cavailles, Gaston Bachelard and Georges Canguilhem*” (Castel, 1992, p. 65). “way of carrying out the ‘epistemological break’ required in order to construct a theory of psychiatry detached from ‘professionals’ interpretations (Castel, 1992, p. 66).

(bondade, humanidade, razão) marcas de uma ruptura autêntica na Inglaterra, assim como as reformas de Pinel na França. Não discutirei aqui a questão geral das continuidades versus descontinuidades na história, nem a leitura tendenciosa de Foucault da ‘bondade’ psiquiátrica tukeana como uma intensificação internalizada da repressão¹⁰ (Porter, 1992, p. 121-122; tradução nossa).

Desse modo, busquei evitar as interpretações deterministas e dicotômicas atribuídas frequentemente aos espaços das instituições psiquiátricas – sobretudo as localizadas na América Latina – sustentadas pelas visões institucionais de Michel Foucault. Diferente desses modos interpretativos, procurei uma abordagem plural e multifacetada dos espaços institucionais psiquiátricos que me possibilitou, nos campos da história da psiquiatria e da história da arquitetura e do urbanismo, entender os locais de interseção dessas esferas do conhecimento nos espaços institucionais.

Diante disso, optei por analisar os espaços da colônia agrícola em seu conjunto, com o sentido apontado por Leslie Topp, que “situa o objeto de estudo com muita precisão em seu contexto extra arquitetônico”¹¹, isto é, com o olhar que vai além dos programas de arquitetura, das tipologias adotadas e das tecnologias construtivas (Topp, 2005, p. 130; tradução nossa). Nessa linha de análise, adotei a metodologia de Sophie Forgan, que interpreta a instituição pela identidade científica que ela assume no seu tempo e no seu contexto sociocultural; pela função adaptativa do edifício para exercer sua função científica; e pelo estilo arquitetônico que revela as aspirações política e científica de seus construtores (Forgan, 1989, 1986). Para tal, utilizei os prontuários clínicos, confrontados com as fontes documentais de cunho científico e político. Assim, estabeleci uma narrativa histórica sobre a prática da ciência psiquiátrica no seu tempo e contexto, tendo como perspectiva os trabalhadores da ciência – médicos, psiquiatras, enfermeiros, atendentes – e os objetos da ciência, que são os doentes mentais.

Nesse sentido, a pesquisa ganha inspiração no pensamento de Rafael Huertas sobre a construção epistemológica da história da psiquiatria a partir de diferentes narrativas, expressadas pela voz dos pacientes nos prontuários (Huertas, 2016). Ainda que seja uma voz baixa que somente

¹⁰ *There is a value in Foucault's insistence that madness was not, at this stage, defined by specialist psychiatric criteria, being rather a negative projection of Reason. Yes this picture of indiscriminate confinement does not seem accurately to match what actually happened in England [...] Which brings me to my concluding point, Foucault implies that the 'moral therapy' of the Tukes (kindness, humanity, reason) marks an authentic break in England, much as the reforms of Pinel in France. I shall not here discuss the general issue of continuities versus discontinuities in history, nor Foucault's tendentious reading of Tukean psychiatric 'kindness' as an internalized intensification of repression* (Porter, 1992, p. 121-122).

¹¹ *by situating the object of study very precisely in its extra-architectural context* (Topp, 2005, p. 130).

pôde ser ouvida por intermédio da narrativa dos médicos nos prontuários, o conjunto de vozes baixas narra uma determinada orientação científica e, também, aponta para os estigmas sociais e culturais de uma época em relação ao indivíduo alienado.

Diante da possibilidade dessa narrativa, a partir do estudo dos prontuários clínicos dos doentes da colônia agrícola, priorizou-se a abordagem qualitativa das informações, tendo em vista que não foi possível analisar todo o universo de prontuários abrangidos pelo período da pesquisa¹². Assim, foram percebidos dois movimentos distintos em relação: à qualidade das anotações do médico no prontuário; ao perfil sociocultural do alienado transferido para a colônia; e ao diagnóstico desse alienado. O primeiro movimento de transferência compreende o período de 1890 a 1902, durante a administração da Assistência Médico-Legal a Alienados. O segundo movimento corresponde à condução da Assistência a Alienados, no período de 1903 a 1919.

O que a pesquisa não conseguiu alcançar foram as fontes iconográficas sobre a Colônia de Alienados de Jacarepaguá. As fontes iconográficas acessadas no Acervo do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) não se relacionam com o período da concepção e da construção (1920-1924) da colônia em Jacarepaguá. As fotografias da instituição lá arquivadas, as mais antigas encontradas, datam das décadas de 1930 e 1940. Do mesmo modo, as plantas de projetos de adições e reformas, as mais antigas, datam da década de 1970. Além disso, não foi possível conhecer o destino dos prontuários dos pacientes que foram internados na Colônia de Alienados de Vargem Alegre. Não obstante as sucessivas pesquisas e mesmo com o auxílio dos pesquisadores do Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro (APERJ) e do Instituto de Terras e Cartografia do Estado do Rio de Janeiro (ITERJ), além de visita à Secretaria Municipal de Saúde

¹² O projeto de pesquisa, desde a qualificação, previu investigar os prontuários de 1890 até 1926, para que se pudesse ter um panorama das transferências dos doentes, também, para a Colônia de Alienados de Jacarepaguá. No entanto, uma série de situações aconteceu, sendo que algumas não puderam ser resolvidas, e a pesquisa abrangeu de 1890 a 1919. A primeira delas foi a dificuldade de incorporar o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) como instituição coparticipante da pesquisa de tese. Foram feitas tentativas, infrutíferas, de contatar os responsáveis a fim de conseguir o Termo de Anuência Institucional do IMASJM. Desse modo, foi despendido longo tempo, desde a qualificação da tese, na tentativa de participação do IMASJM e, por fim, a instituição municipal foi retirada. Esta situação foi completamente diferente da relacionada à equipe responsável pelo Instituto Municipal Nise da Silveira (IMASNS), instituição coparticipante da pesquisa, que se mostrou sempre pronta a colaborar e levar à frente os procedimentos necessários com a maior rapidez possível para as aprovações nos CEPs. A segunda foi a tramitação longa e complexa do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, nas respectivas instâncias dos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) envolvidos, que culminou com a aprovação da última instância, a da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em março de 2020. Até então, havia a perspectiva de avançar até 1926, analisando os prontuários do HNA, em curto espaço de tempo, para verificar os doentes transferidos para as colônias. A última situação foi a pandemia da COVID-19. Por esses motivos, reduzi o período da pesquisa até 1919 e consolidei os dados com as informações dos prontuários com mais de 100 anos de idade que vinha pesquisando desde 2017, e aliei às informações e dados dos relatórios governamentais.

de Barra do Piraí, não foi possível localizar os prontuários e saber se estão guardados ou se foram perdidos. Provavelmente, os documentos clínicos continuam em salas dentro do prédio da antiga instituição, que está ocupado por pessoas e famílias de sem-teto.

Já no Acervo do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS), instituição coparticipante desta pesquisa, pude acessar os prontuários clínicos dos pacientes que foram transferidos do Hospício Nacional de Alienados para as Colônias de Alienados da Ilha do Governador de 1890 a 1919, bem como a coleção Álbuns de Fotografias das Colônias da Ilha do Governador, dentre outros documentos que foram primordiais para o desenvolvimento da tese.

Dado o acima exposto, a fim de alcançar os objetivos propostos, dividi a tese em quatro capítulos, que tratam dos seguintes conteúdos:

Capítulo 1: *Assistência ao Alienado no Rio de Janeiro na perspectiva da Colônia para Alienados: liberdade, trabalho, autodisciplina como solução terapêutica.* O capítulo inicia com uma breve trajetória da assistência e do assistido pobre na sociedade Ocidental ao longo da história da assistência. Estabelece o escopo da assistência ao alienado, no Rio de Janeiro, a partir da perspectiva do lugar do pobre na sociedade e do tipo da instituição que o assistiu. Trata da ressignificação da ciência psiquiátrica e, da mudança de visão no tratamento da doença mental, a partir de teorias e práticas disseminadas pelas experiências na Escócia, França, Inglaterra e Alemanha, durante o século XIX. Aborda, a partir da metade dos novecentos, a influência da psiquiatria alemã na configuração de diferentes tipos de instituição para atender a diferentes tipos de tratamento da doença mental. Destaca o protagonismo de Juliano Moreira, na concepção, e de João Rodrigues Caldas na implantação de um modelo de colônia para alienados no Rio de Janeiro. Além disso, constata que, desde 1878, havia na província do Rio de Janeiro, em Niterói, uma estrutura de assistência para receber alienados provenientes de diversos municípios da província. A estrutura da assistência fluminense cresce com a inauguração do asilo-colônia de Vargem Alegre, em 1904, e, ganha modernidade com a reforma e (re)inauguração da Colônia de Alienados de Vargem Alegre que revelou o esforço do estado em construir uma assistência nos moldes do governo federal. O capítulo conclui com a construção de um panorama da assistência e do alienado no Rio de Janeiro a partir das informações sobre a movimentação de pacientes homens indigentes transferidos do Hospício Nacional de Alienados para as Colônias da Ilha do Governador e, também, a partir das informações sobre a movimentação de pacientes homens e mulheres da assistência estadual.

Capítulo 2: *A Transformação urbana na Cidade do Rio de Janeiro: a impossibilidade da convivência do indivíduo louco com o gosto pelo belo e pelos bons costumes.* O capítulo coloca o indivíduo louco e pobre que habitava a cidade do Rio de Janeiro no centro da narrativa, e trata, com base na sociologia urbana construída pelas teorias de Georg Simmel, do comportamento psicossocial do indivíduo e as relações dele com a cidade e o processo de urbanização, principalmente, na época das intervenções do prefeito Pereira Passos e do presidente Rodrigues Alves. Problematiza os motivos o que levaram à desterritorialização e à consequente institucionalização psiquiátrica. A conclusão do capítulo apresenta, com base nas análises qualitativas dos dados dos prontuários médicos, o perfil sociocultural, os diagnósticos e o local que provavelmente o indivíduo louco pobre circulava na cidade do Rio de Janeiro.

Capítulo 3: *As Colônias para Alienados no Rio de Janeiro: a organização e a estruturação dos espaços das instituições psiquiátricas percebidas pela prática profissional psiquiátrica.* O capítulo descreve os pressupostos para a concepção e para a implantação de um modelo de colônia no Rio de Janeiro a partir da experiência paradigmática de Alt-Scherbitz, na Alemanha. O debate bibliográfico desenvolvido dá suporte ao discurso científico e político sobre as colônias agrícolas a partir da integração de dois tipos de linguagem: uma metafórica, que privilegia a impressão visual da natureza e do aspecto doméstico dos elementos arquitetônicos reproduzidos na implantação da colônia como uma vila rural; e outra pragmática, que vê como eixo fundamental o trabalho do doente mental na instituição e fora dela – assistência familiar -com vistas à sua sustentabilidade econômica. Descreve a estruturação e a organização das colônias implantadas na capital federal e no antigo estado do Rio de Janeiro, quais sejam: as Colônias de Alienados da Ilha do Governador (1888-1924); a asilo-colônia de Vargem Alegre (1904); a Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1921); e a Colônia de Alienados de Jacarepaguá (1920-1924). Revela o esforço de Juliano Moreira e de João Rodrigues Caldas na implantação da Colônia de Jacarepaguá, e, a influência do pensamento do diretor-geral da assistência do governo federal na concepção da Colônia de Vargem Alegre. O capítulo encerra com a problematização a partir de um rol de demandas de adaptações das instalações das colônias, descritas nas fontes analisadas; e analisa se essas instalações atendiam aos pressupostos científicos para a prática da ciência psiquiátrica e para seu uso pelos objetos da ciência, os doentes mentais.

Capítulo 4: *Uma História Cruzada sobre as Colônias de Alienados: as diferentes recepções do modelo europeu no Rio de Janeiro e em Michigan.* O suporte teórico para o estudo

dos casos está centrado na abordagem relacional da *histoire croisée*, apresentada pelos autores germânicos Michael Werner e Bénédicte Zimmermann (2006). O capítulo analisa a implantação das colônias agrícolas no Rio de Janeiro e seus cruzamentos com a *colony farm* em Michigan a partir da transferência da experiência alemã, a Colônia de Alt-Scherbitz, na Alemanha, adotada como paradigma científico no tratamento da doença mental nas últimas décadas do século XIX. A análise da disseminação da experiência alemã, por intermédio de uma rede de intercâmbio científico de conhecimentos estabelecida pela relação das comunidades de psiquiatras alemães e brasileiros e, de forma lateral, norte-americanos, confere aos casos desenvolvidos no capítulo o viés de estudo da história transnacional. O capítulo encerra colocando em evidência as particularidades que regionalizaram a implantação das instituições no Rio de Janeiro e em Michigan e que as tornaram diferentes de seus pares internacionais

CAPÍTULO 1
ASSISTÊNCIA AO ALIENADO NO RIO DE JANEIRO
NA PERSPECTIVA DA COLÔNIA PARA ALIENADOS:
 liberdade, trabalho, autodisciplina como solução terapêutica

NENEN VIRTUOSA (Meyer)

– Gentil senhorita: Por estar nas condições que exige, apresento-me candidato. Apesar de estar na Colônia de Alienados, tenho bastante juízo; também sou de bom coração; até acho que sou bom de mais (sic). Responda ao – Zebedunga da Colônia – Jacarepaguá (Jornal das Moças, 25 mar. 1926).

O anúncio amoroso em epígrafe é um exemplo da importância creditada ao afeto e às emoções, como uma das leituras da colônia agrícola e do louco no contexto da cidade do Rio de Janeiro, pautada pelo discurso médico e político da época sobre o tratamento da loucura. Assim, nesse embate entre emoções e impressões e o discurso científico e governamental, construímos a discussão neste capítulo, sob a perspectiva da colônia para alienados como local de assistência e da prática psiquiátrica alinhadas à possibilidade de retorno do alienado à sociedade.

Nesse entendimento, instâncias simbólicas se apresentam: a primeira, que evoca elementos do Romantismo¹³ na arquitetura da colônia e o trabalho como recursos terapêuticos da ciência psiquiátrica, aplicados na pequena cidade rural, isolada, propiciadora de afetos e sentimentos positivos e autodisciplina; e a segunda, que busca aspectos de sustentabilidade econômica no tratamento da doença mental; e, a última, que insere a construção da assistência ao louco pobre, no fim dos oitocentos e início dos novecentos, no contexto urbano da cidade do Rio de Janeiro.

O modelo paradigmático internacional de colônia agrícola para alienados no século XIX lidava com a impressão visual como elemento do tratamento; buscava incorporar ao alienado afetos revestidos de características românticas retratadas em uma vila, em ambiente rural. Desfrutar de

¹³ Nicola Abbagnano, na edição brasileira do *Dicionário de filosofia*, descreve o verbete “Romantismo” como movimento filosófico, literário e artístico que começou nos últimos anos do século XVIII, floresceu nos primeiros anos do século XIX e constituiu a marca característica desse século. O significado comum do termo “romântico”, que significa “sentimental”, deriva de um dos aspectos mais evidentes desse movimento, que é a valorização do sentimento, categoria espiritual que a Antiguidade clássica ignorara ou desprezara, cuja força o século XVIII iluminista reconhecera, e que no Romantismo adquiriu valor preponderante. Essa grande valorização do sentimento é a principal herança recebida do movimento *Sturm und Drang* (*tempestade e ímpeto*), que constituiu a tentativa de, através da experiência mística e da fé, superar os limites da razão humana, reconhecidos pelo Iluminismo (Abbagnano, 2007, p. 860).

uma paisagem natural afastado do ambiente que lhe remetia a paixões descontroladas permitiria que o doente se sentisse acolhido e que canalizasse emoções no caminho do equilíbrio.

Entretanto, a colônia pode ser configurada como um paradoxo, traduzido pelo isolamento, pelas medidas disciplinadoras das paixões do louco, pela influência exercida pelo médico no alienado e pelo trabalho mandatário, que se contrapõem ao contato afetivo do louco com a natureza e os animais, às lembranças familiares de uma vila para habitar, com o trabalho aflorando antigas vocações e autocontrolando a mente e o corpo. Tais oposições levam-nos a questionamentos sobre os espaços terapêuticos da instituição agrícola. Como as ‘paixões descontroladas’ de um indivíduo louco conviveriam com um regime terapêutico livre? Como o trabalho junto à natureza auxiliaria na busca da autodisciplina da mente e do corpo?

Esses questionamentos, por sua vez, remetem ao enfrentamento da razão com a emoção. Nesse sentido, recorremos a William Reddy, que conceitua a emoção e a razão nos séculos XVIII e XIX. O autor expõe que, no final dos setecentos, razão e emoção não eram vistas como forças opostas; já no início dos oitocentos a oposição ficou marcada. No final do século XVIII, o sentimento natural era visto como solo fértil que propiciava o crescimento da virtude. Nesse sentido, detalhando a visão de Reddy,

No início do século XIX, a virtude, considerada uma consequência da vontade, guiada pela razão, destinava-se a disciplinar paixões – como havia sido desde os tempos antigos até o século XVII. No final do século XVIII, as reformas políticas foram consideradas mais bem guiadas por sentimentos naturais de benevolência e generosidade. No início do século XIX, embora alguns tivessem continuado a conceder à benevolência e à generosidade um papel na política, foi dada muito mais importância às qualidades pessoais, como compromisso com princípios, coragem, vontade, se necessário, de recorrer à violência, e, acima de tudo, um entendimento próprio da justiça e do direito¹⁴ (Reddy, 2001, p. 216-217, tradução nossa).

Do mesmo modo, Ketal, citando Krafft-Ebing, procura esclarecer cientificamente, de forma direta, com base na literatura dos oitocentos, as expressões que afetam as paixões do indivíduo:

¹⁴ *In the early nineteenth, virtue regarded as an outgrowth of the will, guided by reason, aimed at disciplining passions – much as it had been from ancient times up to the seventeenth century. In the late eighteenth century, political reforms was deemed best guided by natural feelings of benevolence and generosity. In the early nineteenth century, while some would have continued to grant benevolence and generosity a role in politics, much more importance was attached to personal qualities such a commitment to principle, soldierly courage, a willingness, if necessary, to resort to violence, and, above all, a proper understanding of justice and right* (Reddy, 2001, p. 216-217).

O estado resultante representado por todas as *emoções* presentes ao mesmo tempo na consciência constitui o humor. Ele é condicionado por ideias concretas, pela natureza e modo do processo informal de pensamento, e pelo estado de *sentimento geral*. Um mais alto grau de *reação emocional* às ideias que convulsionam a consciência é chamado de *affect*¹⁵ (Krafft-Ebing, 1905, p. 17 *apud* Ketal, 1975, p. 1.216, tradução nossa, grifo nosso).

Já German Berrios faz uma revisão terminológica das palavras *mood*, *affect*, *feeling*, *sentiment*, *emotion*, *passion*, ao longo do tempo, apontando que constituem famílias de termos com diversos sentidos. Essas palavras têm grande variedade etimológica e raízes em diferentes épocas históricas. Veja-se, por exemplo, a seguinte consideração de Berrios:

Sentimento, emoção e paixão têm sido costumeiramente distinguidos de *humor*, *afeto* e *sensações* em termos de critérios como duração, polaridade, intensidade, percepção, significância, associados com um objeto interno ou externo, sensações corporais e força motivacional. *Sentimento, emoção e paixão* são definidos como estados sentimentais de curta duração, mais ou menos intensos, significantes e relacionados a um objeto reconhecido; presume-se que *emoção e paixão* (a última é uma versão intensa da primeira) sejam acompanhadas por mudanças corporais e, portanto, possuam propriedades de motivação¹⁶ (Berrios, 1985, p. 747-748, tradução nossa, grifo nosso).

Ainda na linha da afetividade, Berrios aponta que os aspectos históricos da paixão e da natureza humana desempenharam um papel importante na formação e na visão do homem ocidental. Segundo o autor, em Platão e Aristóteles a razão era instrumento de conhecimento e garantia de liberdade. Nesse conceito, a paixão representava o distúrbio do equilíbrio, era agente de perturbação e de caos. Essa visão se conciliava com o despertar da parte animal no homem. A primeira revisão desses conceitos foi feita por Santo Tomás de Aquino, que, segundo o autor, sugere

que o estudo psicológico das paixões devia começar com o exame diário do comportamento. Ele identificou as funções biológicas (por exemplo, crescimento, reprodução) e as funções relacionais (por exemplo, percepção sensorial,

¹⁵ *The resultant state represented by all the emotions at once present in consciousness constitutes the mood. It is conditioned by concrete ideas, by the nature and mode of informal process of thought, and by state of general feeling. A higher grade of emotional reaction to ideas which convulses consciousness is called affect* (Krafft-Ebing, 1905, p. 17 *apud* Ketal, 1975, p. 1.216, grifo nosso).

¹⁶ *Sentiment, emotion and passion have been customarily distinguished from mood, affect and feeling in terms of criteria such as duration, polarity, intensity, insight, saliency, association with an inner or outer object, bodily sensations and motivational force. Sentiment, emotion and passion are defined as feeling states that are short-lived, more or less intense, salient, and related to a recognizable object; emotion and passion (the latter of which is an intense version of the former) are assumed to be accompanied by bodily changes and hence to possess motivation properties* (Berrios, 1985, p. 747-748).

locomoção) que o homem compartilhava com os animais e as distinguiu das faculdades cognitivas e do desejo que eram exclusivas do homem¹⁷ (Berrios, 1985, p. 748, tradução nossa).

Sobre o embate entre razão e emoção, German Berrios revela que René Descartes (1596-1650) modificou a visão de paixão para “percepções, sentimentos ou emoções da alma que se relacionam especialmente com ela e que são causadas, mantidas e fortalecidas por algum movimento dos espíritos”¹⁸ (Descartes, 1967, p. 344 *apud* Berrios, 1985, p. 748, tradução nossa). O conceito de Descartes, de acordo com o autor, deu origem à relação mente-corpo, problema que afetou todo o século XIX, embora o subjetivismo cartesiano tenha “incentivado a visão das emoções como funções mentais independentes. Esse processo culminou no trabalho de Kant no final do século XVIII”¹⁹ (Berrios, 1985, p. 748, tradução nossa).

Relacionando as diferentes terminologias e interpretações, Andrés Molina, aponta que na metade do século XIX, houve um significativo aumento de trabalhos científicos na Europa que descreviam diferentes correntes de pensamentos e escolas de especialistas em enfermidades mentais. Nesse sentido, o autor, revela que “de acordo com o idioma (inglês, francês, italiano ou alemão) se criavam novos termos para designar uma ‘afección’ que podia ser denominada de outra forma em um contexto psiquiátrico distinto”²⁰ (Molina, 2013, p. 33, tradução nossa)

A discussão que apresentamos desses autores sobre sentimento, sensações e emoções como processos mentais de maior ou menor intensidade e duração e com reflexos corporais, nos leva a dois níveis de associação. O primeiro, a sintomas semelhantes que poderiam ser interpretados como diagnósticos diferentes, dependendo das características socioculturais do indivíduo diagnosticado. O outro, se associa ao comportamento do indivíduo urbano, inserido nos espaços da cidade moderna. Essa associação entre as emoções como estímulos dos processos mentais e o comportamento do indivíduo dentro dos grupos sociais foi tratada por Georg Simmel (1858-1918), como aprofundaremos no capítulo 2.

¹⁷ *that the psychological study of passions should start with the examination of everyday behavior. He identified the biological (e.g. growth, reproduction) and relational functions (e.g. sensory perception, locomotion) which man shared with the animals, and distinguished them from the cognitive and appetitive faculties which were exclusive to man. (Berrios, 1985, p. 748).*

¹⁸ *perceptions, feelings or emotions of the soul which related specially to it, and which are caused, maintained and fortified by some movement of the spirits (Descartes, 1967, p. 344 *apud* Berrios, 1985, p. 748).*

¹⁹ *encouraged the view of emotions as independent mental functions. This process culminated in Kant's work at the end of the eighteenth century (Berrios, 1985, p. 748).*

²⁰ *De acuerdo con el idioma (inglés, francés, italiano o alemán) se creaban nuevos términos para designar una afección que podía ser denominada de otra forma en un contexto psiquiátrico distinto (Molina, 2013, p. 33)*

Para Simmel, o homem dos oitocentos seguia no caminho da introspecção e subjetivação, era afetado pelas emoções e paixões. Essas emoções por si sós já se constituíam em agentes de um desequilíbrio capaz de fazer a pessoa ultrapassar os limites da razão. O autor revela ainda que o movimento romântico abriria um canal para o consciente do indivíduo dos novecentos. Esse canal permitiria a saída das paixões descontroladas pelo contato com a natureza, favorecendo o afloramento das emoções e a vivência de experiências sentimentais (Simmel, 1917 *apud* Wolff, 1964).

Considerando as instâncias simbólicas presentes no cenário de concepção das colônias agrícolas, propomo-nos neste capítulo a analisar o protagonismo da colônia agrícola para alienados como entidade de assistência na cidade e no antigo estado do Rio de Janeiro. Iniciamos a discussão com uma digressão sobre a história do hospital e da assistência ao alienado no Ocidente, no fim da Idade Média e início da Idade Moderna.

1.1 A institucionalização da loucura: a filantropia alcança o louco pobre urbano

Para o indivíduo da sociedade urbana industrial, a especialização do trabalho²¹ e a competição eram expressões da individualidade e da busca por um lugar na sociedade. O indivíduo urbano moderno deveria ter um forte senso moral para fazer as escolhas certas, uma vez que as paixões e emoções estavam em constante disputa para ultrapassar os limites impostos pela razão (Berrios, 1985; Hawkins, 1991; Simmel, [1903], [1908], 1964).

É na sociedade eminentemente urbana moderna que se insere a discussão aqui proposta sobre a construção da assistência ao louco pobre. Essa construção remete a um processo histórico da assistência, cujo primeiro momento classificou o louco pela caridade, estabelecendo um lugar para ele na sociedade, mais tarde o atendeu pela filantropia e, finalmente, na sociedade industrializada, o fez parte do Estado de bem-estar pelo trabalho.

Para compreender o tratamento dado ao pobre doente, devemos perceber o propósito do hospital e sua transformação ao longo do processo de organização da assistência, ocorrido do início

²¹ A especialização do trabalho que tratamos aqui, é aquela relacionada à especialização da mão de obra, como consequência da exigência dos mecanismos produtivos advindos da Revolução Industrial, e não a divisão do trabalho que vemos no sentido que Karl Polanyi apresenta como “um fenômeno tão antigo como a sociedade, origina-se das diferenças inerentes a fatos como sexo, geografia e capacidade individual” (Polanyi, [1944], 2000, p. 63)

da Idade Média até o início da Idade Moderna. Tal processo ocasionou mudanças e adaptações físicas dos espaços do hospital – compreendido inicialmente como o *locus* do socorro e da caridade ao pobre; depois como o espaço de cura da alma e do corpo; e, finalmente, como o espaço especializado da terapêutica e da técnica – e ocorreu simultaneamente às alterações da visão acerca da ciência e da técnica e dos padrões sociais e mentais dos grupos nos quais as instituições estavam inseridas.

Gisele Sanglard vê a assistência como um processo urbano. Para a autora, a construção da assistência está articulada culturalmente e socialmente com a sociedade em que se insere. Além disso, a assistência tem suas entidades como *locus* da cura e do atendimento, sendo o hospital seu princípio e fundamento (Sanglard, 2008).

Relacionando a visão de Sanglard e a de outros autores com os fundamentos da construção da assistência ao pobre na Europa, nos séculos XVI e XVII, encontramos quatro alicerces: o primeiro, a seleção do assistido, se era pobre merecedor ou pobre não merecedor; o segundo, o papel da caridade e sua associação com as elites urbanas, a monarquia e o Estado, reafirmando a ligação entre doador e merecedor e a hierarquia entre ricos e pobres; o terceiro, a constatação da presença do médico no hospital de forma regular antes do século XVI, e a separação de loucos em enfermarias e edifícios²²; esse hospital então contava com regras de controle e racionalização para enfrentar as epidemias; e o quarto, a racionalização e a especialização da assistência ao trabalhador e ao não trabalhador, com o Estado à frente de uma política de bem-estar social nas áreas urbanas (Geremek, 1986; Jütte, 1994; Perrota, 2000; Sanglard 2008).

Nesse sentido, a assistência pública ao pobre na Europa e, mais tarde, no Brasil, durante todo o seu desenvolvimento, foi revestida de dualidades, tais como o pobre merecedor e o não merecedor, na concepção sociocultural da pobreza, e, principalmente, a assistência ao trabalhador e ao não trabalhador.

Gisele Sanglard conceitua assistência como

²² De fato, há registro, por diversos autores, de separação e tratamento da loucura no Ocidente desde o século XV, principalmente na Espanha. Nesse sentido, Henry Burdett aponta que há evidências de tratamento de loucos em enfermarias ou edifícios separados dos outros internos na Inglaterra, no Bethlem Hospital (1247), que em 1403 recebe seis homens lunáticos; na Espanha, com asilos exclusivos para insanos como o de Valência (1409), fundado pelo monge Juan Gilberto Jofre, os de Saragoça, Sevilha e Valadolid (1436) e o de Toledo (1483). Burdett citando Pinel menciona que na Espanha os insanos se dedicavam ao trabalho mecânico, inclusive na agricultura. Na Itália, Santa Maria della Piettà (1548), fundado em Roma. Na França, o Chareton (1641), que até 1800 era exclusivo para insanos. Nos Estados Unidos, o Pensilvania Hospital (1751), que tratava lunáticos até a construção, em 1841, de outra instituição para recebê-los (Cf. Burdett, 1891).

um vasto e abrangente leque de ações às quais se atribuía caráter público – desde os cuidados com a infância e a maternidade até aqueles com a velhice e a loucura – e que envolvia um conjunto de instituições públicas e privadas, laicas e religiosas – hospitais, asilos, orfanatos, colônias, creches, ligas, postos médicos, maternidades, hospícios, dispensários, policlínicas –, cujos limites de atuação eram tênues e permeáveis (Sanglard, 2008a, p. 61).

No Estado moderno, a estrutura da assistência pública foi constituída sob as camadas estigmatizadas da sociedade, acompanhando a lógica dos períodos anteriores, e apresentava caráter utilitário como uma via de mão única, em que o pobre só tinha deveres para recebê-la. O assistido não reivindicava seus direitos, o que só foi possível com a constituição do Estado de bem-estar social, no século XX, em que uma via de mão dupla se estabelece orientada por direitos e deveres.

Anete Ivo traz uma linha de debate teórico baseada em Georg Simmel no livro *Les Pauvres*, escrito em 1907. Simmel, num contexto de construção do Estado moderno na Europa, principalmente na Alemanha, estabelece uma condição e um lugar específico para o pobre na sociedade, um estatuto do pobre frente à coletividade. Para Simmel,

É a assistência que alguém recebe publicamente da coletividade que determina a sua condição sociocultural de “ser pobre”. A condição de “ser assistido”, portanto, constitui a marca identitária da condição do “pobre” e o critério de seu pertencimento como uma camada específica da sociedade inevitavelmente desvalorizada, vez que definida pela desigualdade e dependência dos demais (Simmel, 1907, *apud* Ivo, 2008, p. 172).

Essa condição de identidade de pertencer a uma camada específica da sociedade, segundo Ivo, só pode ser ultrapassada pelo reconhecimento da cidadania e pela superação da condição estigmatizada de “assistido”. Assim, de acordo com a autora, Simmel reforça no trecho a seguir que a organização da assistência é concebida com base na visão social onde,

não é a pobreza em si nem a entidade dos pobres em si mesmos, mas as formas institucionais que eles assumem numa dada sociedade num momento específico de sua história. Essa sociologia da pobreza em realidade é uma sociologia dos laços sociais (Simmel, 1907 *apud* Ivo, 2008, p. 172).

Tomando como base a visão teórica de Georg Simmel apresentada por Ivo e a linha de pensamento que está articulada com a de Sanglard, como vimos, o sentido da pobreza na estruturação da assistência é aquele que a sociedade lhe atribuiu. Nesse sentido, o comportamento do indivíduo louco com paixões *descontroladas* desafiava os limites da razão e ofendiam a moral

e os bons costumes da sociedade, nos oitocentos, na cidade do Rio de Janeiro. Portanto, a assistência ao alienado foi construída num cenário em que a percepção social da loucura era estigmatizada.

O estigma social e a imagem pública da loucura se expressam no discurso político observado nos documentos governamentais e periódicos da imprensa leiga da época, nos quais as ideias sobre a loucura como alvo da caridade se revelam em expressões como: “esses pobres miseráveis”, “combate ao triste infortúnio que é a loucura” (*A noite*, 1920, p. 3; *O imparcial*, 1921, capa). No entanto, este triste infortúnio, como dito acima, encontraria um alento:

A ciência, de mãos dadas com a caridade, vai difundindo pelos grandes centros de civilização e de progresso, tornando a existência desses infelizes menos pesada, a vida mais suportável, e fazendo de homens inúteis, verdadeiras cargas para a sociedade, homens aproveitáveis e concorrendo para o bem comum” (Araujo, 1892, p. 8-9).

Assim, no século XIX, a loucura era um estigma social, cuja saída seria o Estado, apoiado na ciência, zelar de alguma forma pelo indivíduo louco pobre, tendo o trabalho como mecanismo para o autocontrole, de modo a que, pelo labor, a sustentabilidade econômica, isto é, a manutenção do doente na instituição fosse de menor custo para os cofres públicos.

Nesse sentido, o trabalho do doente dentro da instituição psiquiátrica pode ser interpretado pela ótica de várias instâncias, sem querer esgotá-las. Waltraud Ernst compartilha algumas delas. A primeira, a ideia pré-moderna relacionada à terapêutica médica, na qual firmou-se que as atividades e os exercícios teriam efeitos benéficos sobre o corpo e a mente²³. A segunda, a institucionalização do doente mental, que, aumentando progressivamente, teria levado a que se recorresse ao trabalho como elemento de diminuição dos custos públicos para a manutenção dos doentes internados. E a última, a simbólica do trabalho do doente mental, que agregou duas perspectivas opostas: a da punição, que enxergava o trabalho como obrigação moral e recurso de melhoria individual; e a do trabalho como elemento de reabilitação e reintegração do doente mental na sociedade (Ernst, 2016, p. 5-6).

²³ Essa ideia estava fundamentada, segundo James Moran, “nas iniciais considerações da ‘teoria humoral’ da relação mente/corpo, na qual os médicos pensavam que a estimulação física do trabalho aumentava o fluxo sanguíneo, estimulando a atividade cerebral” (Moran, 2016, p. 74; tradução nossa). *Partly grounded in much earlier humoral considerations of the mind/body relationship, physicians thought that the physical stimulation of work increased blood flow, thereby stimulating brain activity* (Moran, 2016, p. 74).

Dentro desse contexto de significados de “caridade”, “pobre”, “louco”, “estigma”, “trabalho”, “moral”, “material” e “cuidado”, podemos interpretar que a assistência ao alienado também se estruturou no Rio de Janeiro da época imperial incorporando esses significados. Um aspecto importante da estruturação da assistência, sob o ponto de vista da ciência médica, foi o reconhecimento do indivíduo louco como doente e, portanto, capaz de ser tratado pelos médicos alienistas, que há muito reivindicavam um espaço próprio para a prática profissional, o que já ocorria na Europa e nos Estados Unidos da América do Norte, como discutiremos mais adiante.

O reconhecimento público da loucura como doença no Rio de Janeiro, segundo Sanglard e Engel, deu-se na década de 1830. O relatório da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro²⁴, composta de médicos, considerou a loucura doença especial. Naquela época, a loucura inconveniente e sem trânsito na urbe ameaçava o bem comum; como não havia hospício no Rio de Janeiro, os médicos elaboraram posturas municipais, promulgadas em 1832, que consideravam crime as ofensas morais e aos bons costumes; a vadiagem; e a mendicância. (Engel, 2001, p. 187; Sanglard, 2008, p.51).

Juliano Moreira, em artigo publicado em 1905, aponta na voz de médicos do início dos oitocentos as reações que a loucura provocava na sociedade da época:

Em 1835, o Dr. Sigaud assinalava no *Diário de saúde* os inconvenientes do livre trânsito pela cidade de alienados que, expostos à irritação dos garotos, chegavam até a cometer crimes. Em 1837, o Dr. Antônio Luiz da Silva Peixoto, em sua tese inaugural sobre a alienação mental, expunha o estado precário da assistência aos loucos, protestava contra o uso do tronco e pedia providências urgentes (Moreira [1905], 2011, p. 731).

Se a loucura era rechaçada pela sociedade da cidade do Rio de Janeiro, para manter a ordem e os bons costumes, a polícia era a entidade que ocupava o lugar da ordem na sociedade, portanto, deveria contê-la. A polícia continha e reprimia a loucura, vista mais como fenômeno de ameaça aos bons costumes nos espaços públicos do que como doença. Assim, na qualidade de ameaça, a

²⁴ Em 1830, foi nomeada a Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, designada pela Câmara para visitar hospitais e prisões. As condições precárias de funcionamento do hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, apontadas no relatório da Comissão, acarretaram providências destacadas por Sanglard, que foram concretizadas a partir de 1850: a transferência do cemitério da Irmandade para o bairro do Caju; a construção de um novo hospital com 11 enfermarias; a criação de um prédio especial para os alienados; e as novas acomodações para os expostos (Sanglard, 2008, p. 51).

loucura urbana urgia, em nome da ordem, ser encarcerada e punida nas cadeias públicas, nos asilos e nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ).

Juliano Moreira continua seu relato sobre o (des)amparo da loucura no início do século XIX:

Era nesse tempo a parte reservada aos alienados, no Hospital da Misericórdia, um local estreito, situado sob uma sala destinada às aulas da Faculdade. Os doentes lá estavam acumulados em 12 pequenas células. O corredor do local recebia ar pelas janelas abertas para o jardim e para o pátio interno do Hospital, lugares de passagem para o serviço do mesmo, expostos por conseguinte os doentes à curiosidade dos que iam e vinham e, por vezes, às suas provocações. As células sem janelas tinham dois leitos de madeira cada uma. O corredor, com oito palmos de largo sobre vinte e dois de comprimento, era o único passeio para os doentes. Lá havia o *tronco* de madeira onde, durante o dia, em uma casa *religiosa* e de caridade (!), prendiam os escravos do hospital que tinham de ser supliciados a chicote. Durante a noite, os guardas sempre se utilizavam de tão aviltante meio de contenção para imobilizar os doentes em acessos de delírio, por força furioso, e aos quais também fustigavam com a pretensão ignara de acalmá-los (Moreira, 2011 [1905], p. 731)

Ainda, sobre os espaços da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no início do século XIX, Gisele Sanglard revela que lá conviviam nas enfermarias loucos, incuráveis, doentes contagiosos, velhos, inválidos e crianças abandonadas. Segundo a autora, os espaços da instituição vinham sendo considerados insalubres desde a Assembleia Constituinte de 1823 (Sanglard, 2008).

Em 15 de julho de 1841, o provedor da SCMRJ, José Clemente Pereira, que esteve à frente da entidade de 1838 a 1854, enviou demanda ao Ministro da Secretaria de Estado e Negócios do Império, Cândido José de Araújo Vianna, para a fundação de um estabelecimento de caridade, com subscrições arrecadadas que montavam a 2:560\$00, dedicado a abrigar os alienados em terreno afastado, na Praia Vermelha, de propriedade da SCMRJ, o qual já contava com enfermaria de alienados na propriedade (Moreira, [1905], 2011, p. 732).

Desse modo, atendendo às orientações da Comissão de Salubridade, aos anseios da classe médica em marcar atuação profissional em espaços dedicados ao alienado e, ainda, com o propósito de separá-los dos outros doentes, foi fundado, na metade do século XIX, o Hospício de Pedro II (HPPII), vinculado à Santa Casa de Misericórdia (Engel, 2001; Sanglard, 2008).

O Hospício de Pedro II foi criado por decreto imperial de 1841, e inaugurado em 1852, e, de acordo com Ana Venancio, “inspirava-se na experiência francesa, na qual a origem histórica da psiquiatria era um corolário da constituição do asilo, disputado inicialmente pelas instâncias médicas e religiosas” (Venancio, 2003, p.886). Logo após a inauguração, o hospício contava com

144 alienados (74 homens e 70 mulheres), oriundos da enfermaria provisória da Praia Vermelha da SCMRJ.

Alicerçado na filantropia e na visão de ciência do Imperador Pedro II, o Hospício de Pedro II foi o primeiro hospital brasileiro, implantado no Rio de Janeiro, dedicado à enfermidade mental. De acordo com Monique Gonçalves, o Brasil ocupou papel de destaque na América Latina nesse campo durante o século XIX, “sobretudo porque foi o primeiro e único país a edificar um espaço especial para o tratamento de alienados mentais” (Gonçalves, 2013, p. 147).

O aprofundamento sobre a concepção espacial do Hospício de Pedro II, apresentado na Figura 1.1, não está no escopo desta tese. No entanto, afirmamos que a concepção de uma instituição de assistência pública é expressão de um determinado momento político, científico e estético da sociedade em que ela se insere. Nesse sentido, cabe apontar que a concepção estilística dos espaços do Hospício de Pedro II estava alinhada culturalmente com a França e, ainda, que a proposta arquitetônica era a valorização da ciência pelo Império.

Figura 1.1 - Vista da fachada frontal do Hospício de Pedro II, *ca. de 1890*.



Fonte: Instituto Moreira Salles, Coleção Gilberto Ferrez, Marc Ferrez.

O Hospício foi planejado e construído por engenheiros e arquitetos de forte tradição na engenharia militar²⁵, tipo de formação vinda de Portugal e que fora incentivada por D. João VI.

²⁵ De acordo com Simone Kropf, com a chegada da corte portuguesa inicia-se o processo de institucionalização da engenharia, tanto na prática quanto no ensino. Até o início do século XIX, o termo “engenheiro” designava

Destacamos a semelhança estilística na configuração do HPII com a *Maison Nationale de Charenton*, em Paris, que teve sua construção finalizada em 1875, após o incêndio que destruiu o prédio original, de 1641. O hospital Charenton tinha mais de seis prédios para separar os alienados. Os doentes eram internados em diferentes prédios obedecendo à classificação de Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), que era médico-chefe da Maison desde 1825. A divisão em pavilhões distintos e separação de alas, *carré isolé*, possibilitava a classificação que orientava a distribuição e disposição dos doentes em pavilhões da Maison Charenton em Paris. A classificação era feita com base nos diagnósticos de melancólicos, idiotas, senis, paralíticos e epiléticos; e uma separada para monomaniacos e agitados, que deveriam ficar isolados. (Thompson e Goldin, 1975).

Edward Shorter, referindo-se a Jean-Étienne Esquirol, que era discípulo de Philippe Pinel (1745-1826), aponta o Charenton como local de terapêutica para alienados que reunia as seguintes características: localidade agradável, independência e espírito de progresso da administração, zelo dos médicos pelos pacientes e ampla provisão terapêutica (Shorter, 1997, p. 40). Na Figura 1.2 observa-se a vista panorâmica da Maison Charenton e sua divisão em diferentes alas.

Figura 1.2 - Vista panorâmica da nova Maison Charenton, Paris.



Fonte: Thompson e Goldin, 1975.

Acervo: Archives Nationales, Paris, N III Seine 1181 n3.

profissionais militares cujas obras eram de caráter militar e associadas à defesa, geralmente com formação em Portugal. Em 1810, D. João VI funda a Academia Real Militar, que forma profissionais técnicos; no entanto, o caráter da formação e da técnica é militar (Kropf, 1995, p. 14-15).

De fato, os grandes asilos, separados em alas, compostos por diversos edifícios ligados por corredores, eram a principal expressão da prática profissional alienista no início do século XIX. Semelhantemente ao que acontecia na Europa e na América do Norte, o crescimento progressivo das internações era uma realidade, também, no HPII, no Brasil. Em pouco tempo, após a fundação do Hospício, em 1862, estava superlotado. Segundo Juliano Moreira, esse fato motivou ao provedor da Santa Casa de Misericórdia, Marquês de Abrantes, em maio daquele ano, comunicar ao chefe de Polícia “que se tornava impossível a admissão de novos enfermos, visto começar já, por efeito de sua excessiva aglomeração, a correr perigo a saúde e vida dos que existiam”. Assim, o “Governo Imperial deixa de requisitar a internação de alienados, consentindo em que pouco a pouco se fossem enchendo de loucos o Asilo de Mendicidade e até prisões” (Moreira, [1905] 2011, p. 738). A partir dessa decisão, o Asilo de Mendicidade com capacidade para 200 pessoas chegou a ter 350 alienados internados, portanto, também superlotado.

Diante da complexa lotação do Asilo de Mendicidade – crianças, velhos, paralíticos e doentes, e a partir de então alienados -, o médico da instituição José Eduardo Teixeira de Souza²⁶ (1852-??), em artigo publicado em 1887, afirma que “a autoridade pública, que já não encontra recursos na filantropia da Santa Casa de Misericórdia [...] guarda nas prisões os ‘loucos criminosos’ e lança mão do Asilo de Mendicidade para os que lhe parecem suspeitos da alienação mental” (Souza, 1888, p. 54-55). Com relação à afirmação do médico, era evidente que o Asilo de Mendicidade, inaugurado em 10 de julho de 1879, recebia os loucos indigentes que não encontravam espaço para internação no HPII e, portanto, a entidade necessitava de reformas e intervenções urgentes para atender internos alienados visto que não era esse o seu fim.

Confrontando um estado calamitoso e crítico e diante de uma possível intervenção da autoridade pública, o Asilo foi reorganizado em 1884, sendo estabelecido um novo regulamento para o:

²⁶ Nasceu em 1852, em São Luís, no Estado do Maranhão. Doutorou-se em 1878, defendendo a tese intitulada “Da influência que têm exercido as experiências fisiológicas no progresso da medicina prática”. Eleito Membro Titular da Academia Nacional de Medicina em 1879, apresentando a memória intitulada “Da ação fisiológica e terapêutica do nitrito de amido”. Durante o período em que esteve na instituição, exerceu o cargo de redator dos anais (1881-1882; 1882-1883). Em 1883, foram abertas as inscrições para o concurso à clínica psiquiátrica. Cinco médicos se apresentaram para concorrer à vaga: Belisário Augusto Soares de Souza, Domingos Jacy Monteiro Júnior, João Carlos Teixeira Brandão, João Ferreira de Campos e *José Eduardo Teixeira de Souza*. Este último, em meio ao processo, desistiu de prestar o concurso. Atuou como secretário adjunto do primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em 1888, junto a nomes como Malaquias Antônio Gonçalves e Henrique Guedes de Mello. Texto disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=480&descricao=José+Eduardo+Teixeira+de+Souza. Acesso em: 11 nov. 2019.

Asilo de Mendicidade, que dispõe de apenas quatro salas e em pavilhão de madeira independente do corpo principal, cuja edificação parece não haver presidido noção alguma clara de seu destino, tornou-se, pelo regulamento de 6 de outubro [setembro] de 1884, a agregação mais heterogênea e absurda que se é capaz de conceber. Em espaço que não comporta mais de duzentas pessoas, mandou-se acomodar em classes separadas: indivíduos válidos, inválidos, menores, imbecis, idiotas e alienados, sendo dormitórios em comum para cada classe, com exceção das mendigas que tiverem filhos menores de 12 anos (Souza, 1888, p. 58).

Reorganizado, o Asilo de Mendicidade necessitava de adaptações e novos edifícios para atender ao novo estatuto. Teixeira de Souza, ciente dos movimentos internacionais para tratamento dos enfermos mentais, defendeu a criação de instituição que fosse ligada ao asilo. Essa entidade pressupunha a ocupação dos internos pelo trabalho agrícola e poderia ser a solução para abrigar os loucos indigentes:

Sob a direção deste Asilo Central, estaria subordinada a direção médica de uma Colônia ou Asilo Agrícola, a fim de haver facilidade nas permutas de doentes. Para o Asilo Agrícola seriam remetidos imediatamente os loucos que excedessem a lotação do Asilo Central e os que carecessem (Souza, 1888, p. 60).

Concordando com a proposta apresentada pelo médico, e após forte campanha filantrópica para arrecadação de fundos, o Conselheiro Antônio Ferreira Vianna (1833-1903), em 10 de março de 1888, inaugurou duas organizações, “a Casa de São José, à rua Barão de Itapagipe, no Rio Comprido, e o Asilo do Galeão, na Ilha do Governador, graças a sua forte iniciativa e ao generoso concurso da filantropia do povo fluminense” (Pimentel, 1889, p. 266).

O Asilo do Galeão era, de fato, uma extensão do Asilo de Mendicidade. A entidade tinha como eixo o trabalho agrícola dos internos e estava localizada nas instalações da Ponta do Galeão, as quais mais tarde, na República, fariam parte das Colônias de Alienados da Ilha do Governador.

Diante da trajetória institucional exposta, a filantropia alcançou o alienado pobre urbano com a criação do Hospício de Pedro II e com o Asilo do Galeão, porém a assistência ao alienado no Rio de Janeiro, com estabelecimentos superlotados, à semelhança do processo acontecido em outros países, não estava estruturada adequadamente no fim do Império no Brasil.

1.2 O colapso do asilo fechado, a ressignificação da assistência ao doente mental

A metade do século XIX é apontada por diversos autores como um período de inflexão na ciência psiquiátrica ocidental. As enfermidades mentais vão ganhando novas teorias, novas formas de tratamento e instituições. Um dos motivos para o esse momento de inflexão foi o desgaste da imagem e à perda da confiança, por parte da sociedade, no asilo fechado, visto como lugar de custódia dos doentes mentais o que era diferente de ser visto como lugar de tratamento do doente.

Nos Estados Unidos da América do Norte, esse período foi fortemente sentido a partir da década de 1870. A busca pelos psiquiatras por opções que os redimissem dos péssimos resultados obtidos nos grandes asilos, afastava os cada vez mais da possibilidade, principalmente, para os mais pobres não pagantes, a possibilidade de manter o *tratamento moral* e, portanto, o instrumento terapêutico da cura pela razão, o que aproximou esses asilos do colapso

O conceito de *tratamento moral*, de acordo com Jan Goldstein, era uma inovação, no final do século XVIII, no campo da medicina, unindo a experiência prática com o ideal do novo homem pós-revolucionário no tratamento da loucura. A autora expõe que o “tratamento moral significa o uso de métodos para a cura da insanidade que são operados diretamente na direção do intelecto e das emoções, em oposição aos métodos tradicionais da sangria e expurgos aplicados no corpo dos loucos”²⁷ (Goldstein, 2001, p. 65, tradução nossa).

Na mesma linha que Jan Goldstein, William Reddy afirma que o desenvolvimento do tratamento moral por Pinel, estabeleceu os princípios e abordagens do alienismo francês, parece desenhado nas ideias do sentimentalismo²⁸. No entanto, Reddy, considera que Pinel tenha falhado, talvez propositadamente, em expor essas ideias em seu primeiro *Tratado*.

O tratamento moral, de acordo com Reddy, significava, antes de qualquer coisa, gentileza, e em segundo lugar, o uso do “aparato teatral” com o objetivo de quebrar o processo de desilusão do alienado. Para este autor, “Pinel entendia o teatro exatamente nos mesmos termos que Diderot,

²⁷ *The moral treatment meant the use for the cure of insanity of methods, as opposed to the traditional methods of bleedings and purgings applied directly to the lunatic's body* (Goldstein, 2001, p. 65).

²⁸ Reddy conclui que o significado do termo “sentimentalismo” foi estendido. O autor, citando David Denby, menciona que “*sentimental narratives occupy a central place in the project of French Enlightenment*”, porque sentimento e razão não poderiam ter posições opostas no projeto cultural iluminista (Reddy, 2001, p.154, grifo nosso). Ainda na visão de Denby segundo Reddy, o século XVIII assumiu que “*rationality can be accessed experientially and affectively, just as the constitution of reason as a historical category uses textual procedures entirely consonant with sentimental narratives*” (Denby, 1994, p. 20 *apud* Reddy, 2001, p. 154).

como uma ilusão mimética capaz de contornar a razão trabalhando diretamente a imaginação”²⁹ (Reddy, 2001, p. 219, tradução nossa).

Já German Berrios enfatiza que a possibilidade da manipulação das emoções poderia ter valor terapêutico; isto era o chamado “tratamento moral”, descrito em 1805 por Esquirol:

Discussões anteriores e os fatos em que se baseiam mostram a relação entre emoções e insanidade; eles indicam melhor do que qualquer definição o que significa “tratamento moral”. Se é essencial provocar choques violentos e excitar essa ou aquela emoção para controlar o lunático [...] não é menos importante ser gentil e afável com ele³⁰ (Esquirol, 1980, p. 82 *apud* Berrios, 1985, p. 749, tradução nossa)

Na visão de Gerald Grob, eram cruciais para o regime institucional do tratamento moral aplicado nos grandes asilos dos Estados Unidos, a disciplina, a boa relação e a comunicação médico-paciente. A ênfase no tratamento deu aos médicos, até a metade do século XIX, a legitimidade do asilamento do alienado. Nessas instituições, o aconselhamento e o regime disciplinar rotineiro constituíam uma forma de tratamento, e não de cuidados custodiais, como alimentar, vestir e abrigar (Grob, 1994).

Grob observa, ainda, que os psiquiatras norte-americanos desse período eram contra a separação de curáveis e incuráveis³¹. Eles não faziam a distinção entre um e outro, eram de opinião que todos precisavam de tratamento. Temiam que se houvesse a separação pudesse haver abusos em estabelecimentos custodiais para incuráveis, Thomas Kirkbride, ratificava essa posição e considerava os asilos como local por excelência da prática do psiquiatra (Grob, 1994).

As instalações do hospício e sua localização se encontravam e se complementavam no tratamento moral da enfermidade mental. Assim, o prédio

era sinônimo de criação de um ambiente específico que facilitaria a recuperação. [...] Consequentemente, os imperativos do hospital como sistema social – seu

²⁹ *Pinel understood theater in precisely the same terms as Diderot, as a mimetic illusion capable of circumventing reason by working directly on the imagination* (Reddy, 2001, p. 219).

³⁰ *Previous discussions and the facts upon which they are based show the relationship between emotions and insanity; they indicate better than any definition what ‘moral treatment’ means. If it is essential to provoke violent shocks and excite this or that emotion to control the lunatic [...] it is no less important to be kind and affable to him* (Esquirol, 1980, p. 82 *apud* Berrios, 1985, p. 749).

³¹ Os médicos ingleses e norte-americanos não eram favoráveis à separação entre curáveis e incuráveis, principalmente, no caso americano, pela crítica de os asilos fechados estarem sendo lugar de custódia. E, também, pelo fato de apontarem que os pacientes considerados incuráveis deveriam ser tratados e retornarem à sociedade (Collony, 1847; Kirkbride 1854; Grob, 1994).

tamanho e estrutura, planta física, padrões de autoridade e relações entre médico e atendente, bem como entre funcionários e pacientes – tornaram-se fatores dominantes³² (Grob, 1994, p. 70-71, tradução nossa).

No entanto, nos grandes asilos a dificuldade em lidar com as premissas do tratamento moral como solução terapêutica para numerosos doentes mentais era uma realidade. Diante disso, o grande asilo perdeu, para boa parte dos médicos, o principal papel como local da prática profissional psiquiátrica. Em contraste, houve a busca e a aproximação desses psiquiatras com outras ideias sobre o tratamento da doença mental.

As experiências de sucesso e as propostas institucionais eram difundidas por meio de publicações científicas, relatos de viajantes e contribuições científicas dos médicos que imigravam de outros países, principalmente da Europa. Segundo Novella, as viagens a instituições de renome internacional foram muito importantes para a formação profissional dos primeiros médicos alienistas (Novella, 2016).

As novas propostas para a assistência foram influenciadas pelas experiências de descentralização e diversificação de entidades no tratamento da doença mental, sobretudo na Alemanha; pelas práticas humanitárias como as desenvolvidas em Gheel, na Bélgica; pela abolição da contenção física como experimentada nos asilos escoceses e ingleses; e pelo tratamento em instituições rurais abertas (*open-door*), tendo o trabalho como eixo fundamental.

Além disso, outros ramos do conhecimento humano despontaram e influenciaram a psiquiatria, tais como a psicologia experimental, a psicanálise e a neurologia, dentre outros. A associação de ideias, um instrumento utilizado na clínica psicanalítica, tinha o propósito de trazer à tona experiências reprimidas no inconsciente (Grob, 1994; 1983; Shorter, 2005; 1997; 1973).

A psiquiatria estava caminhando na direção da clínica, da nosologia e da patologia, principalmente, como representante das ideias da nova geração de psiquiatras como Emil Kraepelin (1856-1926). De acordo com Pedro Muñoz, na trajetória de Kraepelin o médico,

mostrou bastante interesse pela psicologia, pois já conhecia as lições de Wilhelm Wundt. Em 1874, Emil Kraepelin iniciou seus estudos médicos, em um meio acadêmico rodeado pelos desafios lançados por Griesinger. Seus estudos médicos foram realizados até 1878, nas Universidades de Leipzig e de Würzburg (Muñoz, 2015, p.60).

³² *was synonymous with the creation of a specific environment that would facilitate recovery. [...] Consequently, the imperatives of the hospital as a social system – its size and structure, physical plant, patterns of authority, and relationships between physician and attendant as well as between staff and patients – became dominating factors* (Grob, 1994, p. 70-71).

Assim, segundo esse autor, Kraepelin recebeu influências da psicologia experimental de Wilhelm Wundt (1832-1920) e da linha de pensamento de Wilhelm Griesinger onde a doença mental era uma doença do cérebro a ‘neuropsiquiatria’ (Muñoz, 2015).

Eric Engstrom, também descreve a trajetória de Emil Kraepelin, foi professor na Universidade de Heidelberg (1891-1903) e um significativo membro da nova geração de psiquiatras alemães que desenvolveram métodos de trabalho clínico e de pesquisa. Durante o período em Heidelberg, Kraepelin desenvolveu um programa de pesquisa cujo propósito era coletar informações dos pacientes e produzir dados estatísticos. Eric Engstrom refere-se a conflitos entre Kraepelin e os burocratas alemães, em 1903, relacionados à autonomia dele e à coleta dos dados. O autor afirma que seria esse o conflito que teria motivado a ida de Kraepelin de Heidelberg para Munich (Engstrom, 2010).

De acordo com Berrios, Emil Kraepelin produzia “diagnóstico e prognóstico (em notas separadas). O acompanhamento do contato com os pacientes era insistentemente praticado no ambulatório e, no caso de pacientes de longa permanência, nos próprios asilos do país. As anotações clínicas foram coletadas em fichas especialmente desenhadas³³ (Zählkarten)” (Berrios, 1988, p. 817, tradução nossa).

Para Pedro Muñoz, a ciência psiquiátrica alemã foi incorporada à agenda médica brasileira a partir de 1900, quando se difundiu amplamente no país. Entretanto, segundo ele, reformas no ensino da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que vinham sendo empreendidas desde o final do Império começaram a estabelecer referenciais originários da medicina alemã. A partir desses novos referenciais, a hegemonia da influência francesa no ensino da Faculdade de Medicina começou a declinar. Facchinetti e Muñoz ressaltam a resistência de João Teixeira Brandão e Henrique Roxo, psiquiatras daquela faculdade com forte formação francesa, à circulação das ideias de Kraepelin (Facchinetti e Muñoz, 2013; Muñoz, 2015).

Cultivando relações com Emil Kraepelin e a ciência alemã, Juliano Moreira difundiu a psiquiatria alemã, sendo o médico e seus colaboradores figuras-chave na institucionalização da psiquiatria brasileira (Cf. Muñoz, 2015, p. 90). Para Ana Venancio, “o mérito de Juliano Moreira teria sido, assim, possibilitar simultaneamente a introdução da psicanálise no Brasil e a adoção – esta, incondicional – do modelo objetivista clínico da psiquiatria alemã” (Venancio e Carvalhal,

³³ *diagnosis and a prognosis (in separate notes). Follow-up contacts were actively pursued either in the out-patients department and, in the case of long-stay patients, in the country asylums themselves. Clinical notes were collected in especially designed index cards (Zählkarten)* (Berrios, 1988, p. 817).

2005, p. 74). Ainda sob a perspectiva dessa autora, Juliano Moreira, quando adota a psiquiatria de Emil Kraepelin, ousa “transpô-la para uma realidade como a brasileira, a qual, do ponto de vista do ‘velho mundo’, podia servir como testemunho societário da irredutibilidade das diferenças biológicas e naturais” (Ibidem, p. 81).

A oposição de Juliano Moreira às correntes deterministas climático-raciais, defendendo o caráter universal da enfermidade mental, está documentada, dentre outros artigos, no escrito em 1906, intitulado *Mental illness in tropical climates*, no qual o médico, em conjunto com Afrânio Peixoto, expôs várias doenças mentais que acometiam os indivíduos independentemente de sua condição geográfica e climática, sustentando a ocorrência de doenças mentais com sintomas semelhantes em qualquer país, seja no hemisfério norte ou no sul. O artigo apresenta dados sobre as doenças que confrontaram as teorias degenerativas raciais que circulavam no início do século XX (Moreira e Peixoto, [1906], 2017).

Buscando comprovar e argumentar que as doenças mentais que acometiam o povo brasileiro em nada diferiam das doenças mentais que acometiam outros povos, o artigo de 1906 se caracteriza pelo esforço em apresentar casos e diagnósticos do HNA, o que, de acordo com Ana Venancio, aponta para o empenho de Juliano Moreira em estabelecer uma “nova teoria” e “um novo projeto” para o homem brasileiro, que se respaldava, dentre outras ideias, na inviabilidade em “justificar cientificamente a determinação de condições naturais inarredáveis para o estado incipiente de desenvolvimento do povo brasileiro e do país” (Venancio e Carvalhal, 2005, p. 72). Pedro Muñoz reforça a posição da busca pelo suporte científico, mencionando “a importância da psiquiatria alemã para o embasamento das críticas de Moreira sobre a relação entre degeneração e raça na explicação das doenças mentais e do atraso do povo brasileiro” (Muñoz, 2015, p. 32).

O modelo de assistência pública e suas instituições pensado por Juliano Moreira, como veremos nos capítulos 3 e 4, organizou-se, inicialmente, pela influência do modelo institucional psiquiátrico preconizado por Wilhelm Griesinger, contudo estava alinhado às ideias de um modelo de colônia adaptado às características e necessidades da psiquiatria nacional. A colônia agrícola para alienados era parte do modelo de instituições de Griesinger, que acenava com a possibilidade de aliviar a superlotação dos asilos urbanos, deixando-os para tratamentos de casos agudos com menor tempo de tratamento. Além disso, a colônia poderia oferecer a opção terapêutica do trabalho na lavoura, com a criação de animais, em oficinas e doméstico, e a do trabalho como instrumento de sustentabilidade econômica do doente.

O comunicado de Juliano Moreira à Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, em novembro de 1907, descreve o estágio e apresenta o modelo institucional nas últimas décadas dos oitocentos, na Alemanha, onde já se observava um processo de segmentação da assistência:

A criação de excelentes clínicas psiquiátricas, autônomas, de vastas colônias agrícolas, o abandono de todos os meios de contenção, a melhora progressiva dos pavilhões de vigilância, a generalização do tratamento pela clinoterapia, a reação contra o isolamento celular, a criação de colônias para epiléticos, nervosos, bebedores habituais, delinquentes, etc. são características dos progressos da psiquiatria (Moreira, 1908a, p. 177).

No Rio de Janeiro, desde a metade dos oitocentos a discussão entre os médicos alienistas não era diferente daqueles de outros países que preconizavam novas instituições de acordo com as experiências internacionais que circulavam nas publicações e nos congressos científicos. A colônia agrícola era conceituada como uma dessas novas formas institucionais da psiquiatria moderna e surge não como opção para o sistema fechado de asilamento, mas, sim, com um papel específico e complementar, principalmente no modelo de Juliano Moreira de assistência ao alienado.

Ana Venancio menciona que em diversos artigos publicados por Juliano Moreira entre 1904 e 1908 sobre a assistência psiquiátrica pública, sobretudo nesse último ano, é apresentado um panorama das ações e ideias na assistência a alienados, defendendo

a substituição do hospício do fim do século XIX, obsoleto e inchado, por diferentes formatos institucionais para o tratamento da doença mental em seus diversos níveis: hospitais urbanos para curtos períodos de internação e tratamento, hospitais-colônias, clinoterapia, assistência heterofamiliar para casos mais longos (Venancio e Carvalho, 2005, p. 70-71).

A discussão sobre a colônia agrícola como modelo terapêutico em publicações científicas de medicina aparece com maior densidade no fim do período imperial; e essa experiência rural é implantada na cidade no fim da década de 1880, período similar ao da disseminação dessas instituições nos Estados Unidos da América do Norte, como veremos no capítulo 4.

Em 1901, Carlos Pinto Seidl (1863-1929) registrou no periódico *O Brazil-Medico* suas impressões sobre a assistência pública em Buenos Aires, após uma visita à Argentina. Seidl relata que o sistema *open-door* seria demonstração da fé na ciência, propagada também pelos políticos daquele país. Para Seidl, as influências internacionais na construção da assistência da República Argentina transpareciam na colônia para alienados fundada em Luján. A Colônia de Luján,

localizada a 60 quilômetros da Província de Buenos Aires. A instituição agrícola, da qual a planta e desenhos foram louvados pelos membros da seção de psiquiatria do XIII Congresso Internacional de Medicina, reunido em Paris em 1900, abrigaria 1.400 alienados indigentes e 250 alienados pensionistas. A Colônia de Luján teve sua concepção espelhada no asilo prussiano de Alt-Scherbitz (Seidl, 1901, p. 420).

O médico evoca os benefícios da adoção de modelos de tratamento abertos, a qual, segundo ele, tinha sido tantas vezes postergada, e relata que ele mesmo, em discussão na Academia Nacional de Medicina, no ano de 1898, colocou nos seguintes termos:

No estado atual dos nossos conhecimentos teóricos e práticos sobre o melhor sistema de assistência a alienados, deve ser preferido aquele que, consultando devidamente o interesse do alienado, mais vantagens lhe proporcionar: tal sistema é o denominado *open-door*, cuja aplicação no Brasil devia ser indicada aos poderes públicos (Seidl, 1901, p. 420).

Carlos Seidl, no relato, não faz menção sobre as Colônias da Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, e nem sobre a Colônia do Juquery, em São Paulo, as quais estavam implantadas e funcionando em 1890 e 1898, respectivamente. Porém, Seidl considera que havia um esforço brasileiro em assimilar novas ideias no campo da assistência.

No que diz respeito à disseminação do sistema *open-door* na Argentina, Daniela Bassa, que estudou o perfil dos doentes na Colônia de Luján, instituição que frequentemente estava presente no discurso médico e político brasileiro, descreve a instituição, inaugurada em 1899. A colônia ocupava uma área de 600 hectares e ficava próxima à linha férrea, tendo sido construída para diminuir a superlotação do Hospício de las Mercedes. A Colônia de Luján, segundo a autora, oferecia um novo método de abordagem para a terapia mental e foi concebida segundo as regras e princípios do sistema escocês de hospitalização e atenção médica *open-door*: “Os serviços abertos se baseavam na ausência de muros e em medidas liberais de funcionamento que permitiam aos pacientes circular livremente dentro e fora do asilo, segundo condições previamente acordadas com o pessoal médico” (Bassa, 2005, p. 117).

Assim, as ideias e pensamentos para a formatação da psiquiatria científica nacional, a partir da contribuição de Juliano Moreira, traduzem-se por ações realizadas quando da entrada dele como diretor-geral da Assistência a Alienados e diretor do Hospício Nacional de Alienados. Para Ana Venancio,

Não é sem importância, portanto, o fato de a administração de Juliano Moreira no Hospício Nacional de Alienados ter criado os laboratórios de bacteriologia e virologia, e ter instituído, no lugar dos coletes, camisas de força e grades, oficinas de trabalho, a clinoterapia, o ‘open-door’ e a defesa de um regime heterofamiliar de tratamento (Venancio e Carvalhal, 2005, p. 71).

No caso da Colônia de Alienados da Ilha do Governador, apesar de ser uma colônia agrícola adaptada, como veremos no capítulo 3, ela reproduzia conceitos internacionais, isto é, a possibilidade de um regime livre baseado no trabalho do doente internado. Assim, as duas instituições, no Rio de Janeiro e em Buenos Aires, guardam similaridades, sendo ambas uma extensão complementar ao correspondente hospital urbano, isto é, no caso do Rio de Janeiro, o Hospício Nacional de Alienados.

A superlotação dos asilos fechados, no século XIX, mereceu um debate contemporâneo entre vários autores. Gerald Grob aponta motivos para o aumento excessivo das internações nessas entidades, tais como: a imigração, isto é, a chegada de pessoas que precisavam de assistência; o sistema público de atendimento ao pobre, que poderia variar de estado para estado nos Estados Unidos, embora houvesse semelhança em termos de objetivos; os idosos senis crônicos, para os quais não havia uma política clara; o *turnover* com a cura de doentes (em um ano, o hospital poderia receber até três levas de doentes); e, finalmente, o crescimento da população (Grob, 1973).

Edward Shorter aponta que nos Estados Unidos, o número de admissões médias, por ano, em cada asilo cresceu de 50, em 1820, para 470 doentes, em 1870. Isto, também, aconteceu na Alemanha onde, em 1852, havia um paciente psiquiátrico para 5.300 habitantes, já, em 1911, esse número era de um para cada 500 habitantes. O asilo de Saint Anne, em Paris, na França, em 1911 abrigava 1.100 pacientes, sendo que o projeto de reforma em 1867, previu 490 leitos. Na Inglaterra não foi diferente, em 1859, a relação era de 1,6 pacientes mentais internados para 1000 habitantes, em 1910, o número médio por asilo era de 1.072 pacientes mentais (Shorter, 1997, p. 46-47). O autor, imputa ao alto crescimento de pacientes psiquiátricos, no período, a dois motivos. o efeito da redistribuição dos doentes mentais, e o genuíno aumento da taxa de doenças psiquiátricas A redistribuição dos doentes mentais fora causado pelo rearranjo do tratamento nas instituições psiquiátricas (Shorter, 1997).

No caso do Rio de Janeiro, a proibição de reter os doentes em outros espaços que não as entidades específicas para o tratamento da loucura, isto é, os doentes oriundos das cadeias públicas,

das enfermarias da SCMRJ e do Asilo de Mendicidade, certamente, contribuíram para a superlotação no HPII e, posteriormente, no Hospício Nacional de Alienados (HNA). Assim, somente no Rio de Janeiro, segundo os dados dos relatórios ministeriais, em 1890, havia 811 doentes internados no Hospício Nacional de Alienados e nas Colônias da Ilha do Governador, e, em 1917, no HNA e Colônias da Ilha do Governador e Colônia de Engenho de Dentro, existiam 1.926 doentes internados. Portanto, em 27 anos o número de doentes internados cresceu mais do que o dobro com apenas uma nova entidade da assistência, que era a Colônia de Engenho de Dentro que abrigava, em média, 400 doentes em 1917.

No caso do México, Cristina Sacristán, autora de estudos sobre o Manicomio de La Castañeda, o trabalho oferecia uma ponte entre a vida no hospício fechado e a realidade social fora do hospício, o que poderia ajudar ao interno o enfrentamento do mercado de trabalho, “esta terapêutica facilitaria o trânsito entre o hospital e o mundo exterior” (Sacristán, 2005, p. 679).

Para essa autora, com pensamento semelhante aos autores da história da psiquiatria, o otimismo em relação ao tratamento moral mudou na metade do século XIX, e, com isso, houve a perda da confiança no asilo como forma de tratamento, como já dito. A superlotação dos hospícios que Sacristán atribui à cronicidade da doença mental, o afastamento do médico do paciente pela massificação do tratamento, e a falta de controle e disciplina pelos motivos anteriores, fizeram da colônia agrícola, para essa autora, uma opção estratégica para os doentes crônicos, a qual pretendia ser economicamente sustentável e lucrativa (Ibidem, p. 679).

Para Paulo Amarante, uma das mais importantes estratégias desse tipo de tratamento moral era o ‘trabalho terapêutico’, que surge no momento de transição dos modos de produção para o capitalismo. O trabalho nesse sentido ganha dimensão de reeducação das mentes desregradas e das paixões incontroláveis (Amarante, 2013, p. 33).

O discurso governamental sobre as colônias no Rio de Janeiro buscava a viabilidade econômica da instituição, tanto pelo valor de construção quanto pelo de manutenção, sobretudo em comparação com os custos de instituições em outros países, como Estados Unidos, França, Alemanha, Inglaterra, dentre outros (Chaves, 1922). No entanto, pela própria característica da mão de obra dedicada ao trabalho dentro da instituição, e pela informalidade desse mercado, não era possível almejar produtividade e nem lucros. O cunho mais marcante do trabalho dentro da instituição era o de diminuição das despesas institucionais, com pequeno pagamento para os doentes envolvidos nessa tarefa. Essa afirmação se suporta pelo déficit observado, nos relatórios

governamentais, como resultado da relação entre despesas de custeio e renda produzida pelo trabalho, como veremos no capítulo 3.

Desse modo, a colônia para alienados surge como opção terapêutica, tendo como eixos terapêuticos o autocontrole e a autodisciplina do doente mental, proporcionados pelo trabalho e pela natureza do entorno. Atrelada ao tratamento havia a possibilidade de retorno do doente mental ao reequilíbrio e, portanto, à sociedade, instrumentalizado para a vida cotidiana.

Diante do debate sobre o esgotamento do processo centralizador (concentrador) de tratamento *versus* o descentralizador (outras instituições de tratamento com objetivos terapêuticos diferentes) que acometeu a ciência psiquiátrica na Europa e nas Américas, veremos a seguir a organização e estruturação da assistência psiquiátrica, principalmente na administração de Juliano Moreira.

1.3 A organização da assistência ao alienado pobre centralizada, no Distrito Federal, sob a ótica de um sistema de colônias agrícolas

Gisele Sanglard chama a atenção para como se apresenta a assistência à saúde na virada do século XIX para o século XX, com as mudanças advindas da Proclamação da República: ela insere-se num quadro gradual de participação do Estado e de centralização da política; passa, pois, por um período de mudança e reorganização. Para a autora, existe um contraste sobre a concepção do que seria a assistência à saúde no campo de atuação do Estado, tendo a filantropia e a caridade como ação complementar, e sobre como a sociedade percebe o pobre e a assistência (Sanglard, 2008).

De modo semelhante à assistência à saúde, uma série de medidas organizacionais foram tomadas pelas autoridades públicas para a organização da assistência ao alienado e para combater as críticas anteriores ao tratamento dos alienados, sobretudo no HP II superlotado. O governo republicano estabeleceu suporte jurídico para mudanças, dando autoridade ao médico psiquiatra na administração das instituições e autonomia no tratamento dos alienados.

Em janeiro de 1890, o governo federal publicou o Decreto nº 142-A, que desanexou da Santa Casa de Misericórdia o Hospício de Pedro II, que passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados (Brasil, 11 jan. 1890). Logo após, no mês de fevereiro daquele ano, promulgou o Decreto 206-A, que aprovou o novo regulamento das instituições até então anexadas ao Hospício Nacional,

as agora denominadas Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Governador. Nesse mesmo decreto, criou a Assistência Médico-Legal de Alienados e nomeou diretor-geral da assistência João Carlos Teixeira Brandão, e das colônias, Domingos Lopes da Silva Araújo (Brasil, 15 fev. 1890).

Com o Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890, estruturou-se a organização de um sistema de assistência ao alienado. A aprovação do regulamento para a Assistência Médico-Legal de Alienados foi a primeira e mais importante iniciativa. O decreto estabeleceu em seu artigo primeiro que a assistência ao alienado era composta pelo Hospício Nacional de Alienados e pelas Colônias de São Bento e Conde de Mesquita – Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Quanto ao público a ser atendido por essas instituições, estabeleceu que elas tinham por fim socorrer todos – independentemente de sexo, sem distinção de nacionalidade, gratuitamente ou por meio de retribuição – os enfermos de alienação mental. No artigo terceiro, afirma que a Direção Geral da Assistência Médico-Legal de Alienados, deveria ser ocupada por médico psiquiatra; no artigo 78, determina que “as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita são exclusivamente reservadas aos alienados indigentes, transferidos do Hospício Nacional de Alienados e capazes de entregarem-se à exploração agrícola e a outras indústrias” (Brasil, 21 jun. 1890).

De 1892 a 1899 foram publicados decretos legislativos relacionados à Assistência Médico-Legal de Alienados, modificando serviços e pessoal e alterando a frequência de visita de médicos à colônia de alienados. Quanto à terapêutica, a legislação nesse período especificava: balneoterapia, banhos ordinários de água doce e de mar e outros recreios convenientes a juízo do diretor das colônias. Em relação ao trabalho, explicitava que “cabe ao médico prescrever a natureza e a duração dos trabalhos a que os enfermos devam ser submetidos, e prescrever os meios coercitivos necessários” (Brasil, 1892; 1893; 1897).

De 1899 a 1902, a assistência a alienados passou por uma crise. De acordo com Juliano Moreira, uma Comissão de Inquérito³⁴ foi estabelecida para levantar irregularidades existentes no HNA e indicar soluções para remediá-las (Moreira [1905], 2011, p. 741). No relatório final da comissão, ficou transparente a oposição entre o diretor do Hospício Nacional de Alienados,

³⁴ A Comissão de Inquérito, implantada pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores, foi constituída em 1902; assinaram o relatório conclusivo, em março de 1903, F. M. da Silva Araújo, Antônio Maria Teixeira, Carlos Fernandes Eiras e Egidio de Salles Guerra. O relatório da comissão tratou das inspeções no HNA, no Pavilhão de Observação e nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Nas colônias não foram detectadas irregularidades administrativas, sendo expressos elogios em relação à sua administração.

Antônio Dias de Barros, e o diretor-geral da Assistência Médico-Legal de Alienados, João Carlos Teixeira Brandão; o direcionamento para observar as condições das instalações e da administração do HNA; e, também, ficaram transparentes a oposição em relação ao modo assistencial anterior, o direcionamento e a influência de Juliano Moreira numa outra concepção de assistência. Nas observações conclusivas da Comissão de Inquérito, a palavra “caridade” aparece frequentemente, cabendo evidenciar seu desagrado em relação à assistência prestada e ao funcionamento débil do HNA: “a Comissão conclui que no Brasil, a não ser em S.P [São Paulo], não há assistência a alienados, o Hospício Nacional é simplesmente uma casa de detenção de loucos” (Araujo *et al.*, 1903, p. 37).

Em 1901, uma reportagem de capa do jornal *O Paiz*, intitulada “O Hospício Nacional de Alienados: uma visita”, tinha cunho elogioso para os médicos do Hospício, no entanto, fazia críticas severas ao processo de admissão no HNA, à sistemática do pavilhão de observação, e às instalações do HNA e concluía rogando ao ministro do Interior que visitasse o hospício e sugerindo a adoção do tratamento em colônias, em especial para os alcoolistas. A matéria ainda aponta o tratamento ineficaz no Hospício para essa categoria de doente,

O caso do trabalho a ensinar, em colônias adequadas aos alcoolistas, é um problema de humanidade, mas que, além do mais, tem uma enorme importância social. A verdade é que a maior parte dos dessa categoria, que estão encerrados nos hospícios como loucos, já não são loucos. Soltando-os, porém, num dia tornarão pouco depois, merecendo essa qualificação, para ficarem curados dentro de pouco tempo e voltarem a sair e voltarem a enlouquecer (*O Paiz* 22 jan. 1901).

Nesse contexto de críticas em relação ao Hospício Nacional de Alienados, aconteceu a segunda reorganização da assistência a alienado, tendo como base o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Esse foi um importante momento na psiquiatria brasileira; estabeleceu-se um sistema público de assistência ao alienado pobre e ao pensionista e regularam-se as instituições públicas e privadas da assistência. Além disso, a legislação apresentou avanços que ultrapassaram os interesses corporativos dos médicos e a regulamentação administrativa dos serviços da assistência, assegurando os direitos dos alienados. A aprovação do decreto se deu pela condução do médico João Carlos Teixeira Brandão, que desde a década de 1890 pretendia estabelecer um marco para a assistência e proteção do alienado nos moldes da legislação francesa de 1838³⁵.

³⁵ O comentário de Henry Burdett sobre a lei francesa de 1838, promulgada em 30 de julho, que inspirou Teixeira Brandão, revela numa análise preliminar pelo menos uma vertente semelhante à lei brasileira de 1903. Cada

Maurício Lougon faz uma análise acerca das alterações dos estatutos dos Decretos nº 508/1890 e nº 1.132/1903. O autor conclui que esses decretos não revelam mudanças substanciais na abordagem da doença mental e seu tratamento ou na política de saúde mental adotada no período (Lougon 2006, p. 53).

Diferente da perspectiva de Lougon, defendemos que havia nesse arcabouço legislativo uma clara postura do governo federal em estabelecer um marco legal e dar centralidade às ações de condução da política de assistência ao alienado. Para além do arcabouço legal e da centralização, o governo pretendeu celebrar um pacto com os estados da Federação, descentralizando as ações e responsabilidades perante as entidades da assistência e implementando mecanismos de controle e inspeção dessas unidades públicas e privadas.

Apesar da centralidade federal no âmbito do controle e das diretrizes, era responsabilidade dos estados organizar e implementar a assistência a alienados, sendo ainda sua atribuição criar instituições para tratamento da doença mental e retirar os alienados das cadeias. Na capital federal, essas responsabilidades eram do governo federal. Esse modelo era semelhante à experiência da assistência na França, na qual Paris guardava a centralidade das ações, que eram disseminadas para os departamentos.

Diferentemente do movimento do centro para a periferia das experiências no Brasil e na França, na Alemanha as experiências das províncias eram disseminadas da periferia para o centro, em fluxo contrário ao dos dois primeiros países. As experiências da periferia na Alemanha trouxeram para a assistência desse país soluções inovadoras e diversificadas, que foram disseminadas largamente na Europa e nas Américas.

Nos Estados Unidos, como discutiremos no capítulo 4, as ações e políticas eram, também, descentralizadas pelos estados, mas nesse caso a troca de experiências era entre os estados. Os estados federativos autônomos eram responsáveis pelas ações de assistência e construção dos asilos estaduais. A autoridade do governo local (*county*) de residência do doente mental era responsável financeiramente pelo tratamento dele quando internado nos asilos estaduais. Sob a responsabilidade dos *counties* estava a política de amparo aos indigentes nas *almhouses* (Moreira, [1905], 2011; 1910a; Berrios, 1988; Grob, 1994, 1983, 1973; Shorter, 1997).

departamento na França deveria fazer arranjos para receber os alienados em asilos públicos ou privados, ou negociações para que fossem recebidos em outros departamentos (Burdett, 1891, p. 584). Regulamentação semelhante ocorreu na lei brasileira, em que os estados deveriam garantir que os alienados fossem para instituições próprias.

Em 1908, Juliano Moreira, em relatório apresentado no Congresso Nacional da Assistência Pública e Privada, faz críticas ao não cumprimento do pacto pelos estados federativos, por esses ainda manterem os alienados em cárceres públicos. Nesse mesmo relatório, o médico equiparava o empenho em prol do alienado efetuado por São Paulo ao da capital federal e elogiava os esforços de Pernambuco, Rio Grande do Sul, Pará e estado do Rio de Janeiro pelas iniciativas da assistência (Moreira, 1908a).

O principal responsável pela implementação da assistência ao alienado no estado de São Paulo, no final do século XIX, foi o médico Francisco Franco da Rocha (1865-1933). Nascido em 1824, em São Paulo, Franco da Rocha é retratado por Maria Clementina Cunha como protagonista do alienismo nesse estado. O médico estudou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e trabalhou com Teixeira Brandão no Hospício de Pedro II e na Casa de Saúde Dr. Eiras. Para a autora, Franco da Rocha era o Pínel brasileiro (Cunha, 1986, p. 65). Quando retornou para São Paulo, Franco da Rocha fez oposição à ideia que orientava o governo republicano de criar diversos asilos regionais, descentralizando as entidades de assistência pelo interior do estado, e também protestou contra a administração leiga dos asilos.

Em 1896, Franco da Rocha foi nomeado diretor do Hospício de Alienados de São Paulo, em Várzea do Carmo, onde já ocupava o cargo de médico desde 1893. Nesse período, obteve a adesão política para o estabelecimento de uma entidade que atendesse às aspirações do saber alienista. Ele defendia a ideia de centralização da assistência e, segundo Cunha, de uma instituição com características de

um hospício central destinado à triagem dos ingressantes e ao tratamento dos casos agudos, e colônias agrícolas anexas onde se praticasse a laborterapia, técnica destinada à grande maioria dos s “incuráveis” ou já cronificados. Tratava-se aqui de uma síntese curiosa: a incurabilidade, à qual se destinam as colônias anexas ao hospício, não formava entre os argumentos dos fundadores do alienismo francês, cuja fé no asilo fundamentou-se no otimismo terapêutico que preside sua medicalização (*Ibidem*, p. 68).

Paulo Silvino Ribeiro destaca que Franco da Rocha tinha uma posição crítica em relação ao governo federal. A crítica era relativa ao tipo de fiscalização e regulamentação de instituições para alienados, e o autor menciona que, em 1907, o médico escreveu um artigo intitulado “Fiscalização de asilo de alienados”. Em tal artigo, Franco da Rocha elogiava o médico Nina Rodrigues, defensor

da autonomia local dos governos, e reforçava a postura autônoma do estado de São Paulo, ao fundar o Hospício do Juquery (Ribeiro, 2012, p. 154).

Em 1902, Juliano Moreira publica suas boas impressões no artigo da *Revista Medica de São Paulo* sobre a sua visita ao asilo-colônia de Alienados de Juquery. Nesse artigo, descreve o processo de implantação do asilo por uma comissão composta por dois engenheiros e Franco da Rocha, que escolheram, entre dois terrenos, o de Juquery, ressaltando critérios para a escolha, tais como: a importância da oferta de água na área, a facilidade de transporte por trens, a possibilidade de aquisição de terrenos ao redor para ampliação e a disponibilidade de pedra e cal na área. Além disso, Juliano Moreira menciona que o então presidente da República confiara ao médico Franco da Rocha “o direito de dizer quais princípios devem orientar a construção de um manicômio, e, o que é mais, deu-se-lhe a missão de ao lado do arquiteto [Ramos de Azevedo] por em prática esses princípios” (Moreira, 1902, p. 211).

Renato Gama-Rosa Costa, no estudo sobre a “A arquitetura hospitalar em São Paulo”, descreve os elementos arquitetônicos adotados pelo arquiteto Ramos de Azevedo no projeto e posteriormente na colônia agrícola do Juquery. O estilo utilizado na instituição era o “neogótico”, o que faz desse estilo um componente de releitura³⁶ do gótico, ou seja, o gótico tardio, característico do Romantismo. Segundo Costa, a colônia aparentava um “aspecto rústico” e de “casas comuns”,

a arquitetura dos alojamentos procurava acompanhar a tentativa de criar um ambiente familiar, adotando uma linguagem mais singela e tradicional, próxima das raízes coloniais, fazendo uso do telhado de duas águas, paredes com revestimento em baixo-relevo, geralmente na cor branca, e esquadrias de madeira (Costa, 2011, p. 33-34).

Em 1903, como já mencionado, é reorganizada a Assistência ao Alienado, que indica o médico baiano Juliano Moreira para ocupar os cargos de diretor-geral da Assistência a Alienados do Distrito Federal e de diretor do Hospício Nacional de Alienados³⁷ (1903-1930). O médico baiano nasceu em Salvador, em 6 de janeiro de 1873, formou-se médico aos 18 anos na Faculdade de Medicina da Bahia e sua tese inaugural, de 1891, intitulava-se “A sífilis maligna precoce”,

³⁶Para Luciano Patetta a releitura ou ‘revival’ coincidem com a busca de um ‘estilo nacional’ com motivações ideais sobretudo do patriotismo e da busca das raízes culturais. Esse estilo na Itália se expressou através do ‘neo-romântico’ ou ‘neo-renascentista’; na França e na Inglaterra do neogótico; e na Alemanha do ‘Rundbongenstil’ (Patetta, 1987, p. 12).

³⁷ Após a reorganização da Assistência a Alienados em 1911, passou a se chamar Hospital Nacional de Alienados (HNA).

publicada no exterior, o que conferiu ao médico o início de uma carreira com publicações fora do país. Em 1896 tornou-se lente substituto da Faculdade de Medicina da Bahia (1896-1903), na cadeira de moléstias nervosas e mentais (Muñoz, 2015, p. 81-82; Venancio e Carvalhal, 2005, p. 66-67).

Juliano Moreira, no artigo publicado no *Journal of Mental Science*, revela um viés humanista quando afirma que a lei de 1903 dava aos alienados direitos antes não concedidos: “é a garantia pública contra a sequestração arbitrária, possibilita a guarda segura da propriedade dos doentes mentais e permite ao diretor médico tomar as medidas administrativas necessárias para o bem-estar do paciente³⁸” (Moreira, 1910a, p. 519, tradução nossa).

Dentre as mudanças significativas que Juliano Moreira, como diretor-geral da Assistência a Alienados, estabeleceu no sentido de uma nova assistência psiquiátrica, destaca-se uma gestão que assegurava os direitos legais e os deveres do Estado para com o alienado e o compromisso com o diagnóstico e a observação clínica, a exemplo da psiquiatria alemã. Pedro Muñoz, referindo-se à identificação e ao registro médico dos doentes, aponta que “após 1903, com a chegada de Juliano Moreira, há um esforço maior de colecionar dados diversos sobre o doente” (Muñoz, 2015, p. 89).

De fato, a identificação dos doentes ganha importância na admissão dos alienados no HNA, conforme constatado na análise dos prontuários dos doentes do hospício transferidos para as colônias agrícolas. Observa-se que durante a administração de Juliano Moreira houve um interesse maior dos médicos em preencher o perfil do doente e fornecer detalhes sobre o diagnóstico; no entanto, permanece a falta de informações acerca da evolução do paciente.

Ainda no âmbito legislativo, a assistência previa diferentes modalidades de atendimento, dentre elas o tratamento do alienado em casa. Esse tipo de tratamento, a assistência hetero e homofamiliar, não abandonaria o doente mental a própria sorte, “em todos os casos estas casas estão sob a supervisão da comissão de vigilância, nomeada pelo Ministério de Interior e Justiça” (Moreira, 1910a, p. 519). Na perspectiva de Moreira, a assistência hetero e homofamiliar deveria ser dirigida aos insanos suscetíveis a ela e poderia ser elemento de desoneração do Estado. A experiência desenvolvida pelo médico Franco da Rocha, no Juquery, era considerada exitosa pelo diretor-geral da Assistência a Alienados e deveria estar disponível a todos os alienados no Brasil (Moreira, 1906).

³⁸ *The law is a public guarantee against arbitrary sequestration, provides for the safe keeping of the property of patients, and gives to the medical director authority over administration necessary for the welfare of the patients* (Moreira, 1910a, p. 519).

Durante a pesquisa, encontramos ofícios e relatórios governamentais dirigidos ao ministro da Justiça e Negócios Interiores, solicitando e alocando recursos orçamentários para a construção de residências no entorno do estabelecimento destinadas a prestar assistência heterofamiliar aos doentes. No entanto, não localizamos dados consolidados sobre esse tipo de assistência no período pesquisado. No capítulo 4, retomaremos a questão do direcionamento da assistência hetero-familiar nas Colônias de Alienados do Rio de Janeiro.

Desse modo, em 1903, no governo do presidente Rodrigues Alves (1902-1906), caracterizou-se uma guinada tanto para a assistência ao alienado quanto para a assistência à saúde pública. Ambas tiveram momentos cruciais de organização e estruturação em espaços temporais semelhantes no campo das políticas públicas vinculadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. De fato, de acordo com Viscardi, o ministério era reconhecidamente importante e recebeu a maior parte do orçamento nacional por abrigar as ações da saúde e as eleições (Viscardi, 2001, p. 80).

Sob o âmbito desse ministério, Juliano Moreira esteve na Diretoria Geral da Assistência a Alienados no mesmo período em que Oswaldo Cruz (1872-1917) assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública do Governo Federal (DGSP). Oswaldo Cruz ascendeu ao cargo diante de nova legislação sanitária e empreendeu profundas reformas sanitárias. Para Gilberto Hochman, a reforma sanitária comandada por Oswaldo Cruz se deu num contexto social complexo, no mesmo período que as reformas conduzidas pelo prefeito Francisco Pereira Passos (Hochman, 1998).

Outra importante contribuição desses médicos foi a construção de uma imagem nacional sobre o brasileiro. No campo da psiquiatria nacional, Juliano Moreira combateu as dimensões morais da psiquiatria, não aplicando ao doente mental as teses de degeneração e hereditariedade e do determinismo racial e climático (Lima e Hochman, 1996; Sanglard, 2008; Venancio, 2004, 2003).

Cabe-nos encerrar a discussão sobre a organização da assistência e acerca das Colônias de Alienados da Ilha do Governador tecendo as seguintes considerações. A primeira, o Asilo do Galeão (1888), extensão rural do Asilo de Mendicidade, foi a primeira representação da filosofia de colônia agrícola implantada no Rio de Janeiro e, portanto, no Brasil. A instituição filantrópica, seguindo os pressupostos internacionais, incorporava o trabalho agrícola. Essa iniciativa embrionária propiciou, já no início do período republicano, a inauguração quase que imediata das Colônias da Ilha do Governador. Essas colônias, São Bento e Conde de Mesquita, tiveram prédios

adaptados à nova finalidade, que era internar alienados, homens, indigentes, capazes de se dedicarem à atividade agrícola. Os relatórios governamentais indicam que até 1892 as doentes do sexo feminino foram transferidas para a Ilha do Governador; no entanto, no fim de 1892, 40 doentes do sexo feminino retornaram ao HNA, sob a alegação de não haver ‘pessoal idôneo’ e instalações compatíveis para a permanência delas (Brandão, 1892, p. 16).

O segundo aspecto, dentro do qual buscamos ainda harmonizar a cronologia de implantação de colônias agrícolas no Rio de Janeiro, trata de interpretamos que as colônias agrícolas anexas ao Hospício de Juquery, criadas a partir de 1898, em São Paulo, foram posteriores à fundação das Colônias de Alienados da Ilha do Governador, em 1890. No entanto, podemos imputar às colônias agrícolas do Hospício de Juquery serem as primeiras colônias agrícolas novas construídas com o fim específico de ser uma instituição para atender ao alienado.

E, por fim, pelos fatos analisados nos relatórios e periódicos da época, que discutiremos no capítulo 3, defendemos que os principais motivos para a transferência e fechamento das Colônias da Ilha do Governador, após cerca de 30 anos de funcionamento, pareciam ser mais impulsionados pelo desejo da implantação de uma nova colônia-modelo que pudesse representar a moderna psiquiatria nacional do que pelos fatos apontados no discurso político e científico, tais como: a complexa negociação entre o governo republicano e os monges da Ordem Beneditina, proprietários da terra, situação que não foi resolvida durante o período de existência das colônias; a pobreza do solo e a pequena área para o cultivo de frutas e legumes, o que deixava as terras da Ilha do Governador distante dos parâmetros estabelecidos pelas experiências internacionais.

1.3.1 O protagonismo do médico João Augusto Rodrigues Caldas na implantação da Colônia de Alienados de Jacarepaguá

Não há o que questionar acerca de Juliano Moreira ter sido o grande mentor e articulador da nova assistência psiquiátrica prestada no Brasil a partir de 1903. Entretanto, ao médico João Augusto Rodrigues Caldas (18??-1926) deve se estender o mérito de concretizar as ideias de Juliano Moreira, e aqui tratamos da ideia de implantação de uma colônia-modelo para o Brasil, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá, que viria a se tornar mais tarde a Colônia Juliano Moreira.

Rodrigues Caldas graduou-se em 1878 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a tese “Diagnóstico e tratamento da pedra na bexiga”. Em 1909, deixou a diretoria do Sanatório de

Barbacena, onde estava desde a inauguração, em 1889, para assumir a direção das Colônias da Ilha do Governador (*O Pharol*, 30 abr. 1909). O médico, membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia, escreveu diversas publicações científicas e participou de congressos durante o período em que esteve à frente das entidades da Ilha do Governador.

Rodrigues Caldas assumiu a administração das Colônias da Ilha do Governador no início de 1909, após a morte, no fim de 1908, de José Domingos Lopes, que foi diretor daqueles estabelecimentos desde a fundação. Entretanto, Rodrigues Caldas revelou-se o grande defensor da criação de uma nova colônia para homens no Rio de Janeiro. O médico, das Colônias de Alienados da Ilha do Governador, foi o responsável pela logística dos doentes, serviços e mobiliário durante a transferência da Ilha do Governador para Jacarepaguá, desencadeada no fim de 1923 e concluída em março de 1924.

Durante os 15 anos como administrador, Rodrigues Caldas demandou, sucessivamente, aos políticos e autoridades federais, a construção de uma nova unidade agrícola para tratamento de doentes mentais capazes de se dedicarem à atividade agrícola. No período em que foi responsável pela construção em Jacarepaguá, o médico requisitou ao governo federal desde orçamentos anuais até verbas específicas para construção, como por exemplo, de abrigo especial para toxicômanos; do cercamento da colônia; de um ambulatório de serviços abertos à comunidade de Jacarepaguá; e de casas para empregados cujas famílias prestariam assistência hetero-familiar aos alienados. Rodrigues Caldas aparece nas fotografias das Figuras 1.3 e 1.4.

Figura 1.3 - Diretor Dr. João Augusto Rodrigues Caldas e pacientes – Colônia de São Bento.



Fonte: Acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira³⁹.

De acordo com o balanço dos 30 anos de existência das Colônias da Ilha do Governador, de 1890 a 1919⁴⁰, o número total de doentes que entraram era de 1.945, a média anual de doentes era de 300, as verbas votadas pelo Congresso Nacional somavam 5.149:710\$511, a média de gastos por exercício era de 170:000\$000, e, finalmente, a renda de produtos vendidos entre 1890 e 1919 totalizava 179:687\$803 (Chaves, 1922). A Figura 1.5 mostra fotos dos doentes internados nas Colônias da Ilha do Governador – de complexão forte para o trabalho agrícola; há, também, a foto do doente internado “Santo Agostinho”, que pôde representar suas emoções e fantasias no ambiente da Colônia de São Bento.

Figura 1.4 - Diretor Dr. João Augusto Rodrigues Caldas e empregados das Colônias da Ilha do Governador.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data – nº 5.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

³⁹ Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/colonias.html#nogo>

⁴⁰ Valores apresentados no relatório do ministério em 1921, p. 101.

Figura 1.5 - Doentes das Colônias da Ilha do Governador.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data – n^{os} 17 e 18.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Para Maurício Lougon, existiam dois níveis de argumentação para a criação da Colônia de Alienados de Jacarepaguá. No primeiro nível, o autor indica tratar-se da voz dos titulares da Assistência a Alienados reivindicando a transferência das Colônias da Ilha do Governador para um “novo hospital” a ser construído. São argumentos burocráticos, segundo o autor, dirigidos às autoridades estatais para solicitar recursos (Lougon, 1987, p. 84). Os argumentos de segundo nível, para Lougon, eram aqueles de “razão teórica”, como afirma: “encontramos a argumentação científica originada nas concepções psiquiátricas que defendem o modelo das colônias agrícolas ou hospitais-colônias como o mais avançado recurso para tratar e recuperar doentes mentais” (Ibidem, idem.).

A trajetória da Colônia de Alienados de Jacarepaguá começa em 1912, com providências legislativas e verbas alocadas pelo Congresso Nacional para a implantação de uma colônia agrícola-modelo. A instituição foi fundada em 1924, na área rural de Jacarepaguá, com o intuito de superar no discurso político as dificuldades existentes nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Para além disso, visava fornecer tratamento nos moldes da moderna ciência psiquiátrica e, nesse intuito, foi intitulada pelo discurso como uma colônia agrícola modelar, a ser reproduzida no Brasil. Na Figura 1.6 aparece a comitiva em visita às Colônias de Alienados da Ilha do Governador, em 1915.

Figura 1.6 - Visita de comitiva, em 14 fev.1915, às Colônias da Ilha do Governador
1. Juliano Moreira, 2. Rodrigues Caldas, 3. Braule Pinto, 4. Gustavo Riedel, 5. Jeferson de Lemos, 6. João de Mello Mattos, 7. Mario Pinheiro, 8. Augusto Marques de Souza, 9. Waldemar de Almeida.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data – nº 38.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 1.7 - Artigo que reforça o desenho da assistência pensado por Juliano Moreira.



Fonte: O Imparcial, 29 mar. 1921, capa.

No artigo do periódico *O Imparcial*, em 1921, da Figura 1.7 acima, Juliano Moreira reafirma o desenho da assistência ao alienado estabelecido pelo governo federal, bem como a construção de uma nova colônia para abrigar doentes homens. No modelo implantado pelo psiquiatra havia o hospital urbano, para curtos períodos de tratamento e para os casos agudos, e as colônias, destinadas aos tratamentos por longos períodos, os casos crônicos.

O modelo de assistência ao alienado na capital federal, harmonizava-se com as experiências internacionais e, na década de 1920, seguindo seus pares, outras entidades de profilaxia da doença mental são introduzidas no modelo original do início da década de 1900. No ofício dirigido ao diretor-geral da Assistência a Alienados, em 1922, e depois renovado em 1923, Rodrigues Caldas solicita a construção de um ambulatório junto à Colônia de Alienados de Jacarepaguá, para prestar serviços à comunidade para a profilaxia nervosa e mental e a educação higiênica, a cura da sífilis e do alcoolismo. E o médico enfatiza a “importância dessa profilaxia em relação ao problema da eugenia” (Caldas, 1922, p. 6).

No primeiro ano de funcionamento da Colônia de Alienados de Jacarepaguá, dos 321 doentes internados, 9 faleceram, um percentual de 3% do total de doentes internados. Além disso, 50% dos doentes estavam envolvidos com o trabalho na lavoura e em oficinas da colônia (Alves, 1924), números terapêuticos promissores para a época.

1.3.2 *Quem eram os internos homens do trabalho agrícola? Uma análise da movimentação entre o Hospício Nacional de Alienados e as Colônias de Alienados da Ilha do Governador*

Rafael Huertas aponta que os prontuários revelam um duplo discurso – o do médico e o do paciente –, duplo discurso que considera a importância da experiência e da subjetividade do paciente. Assim, para este autor, a história da psiquiatria, da perspectiva do paciente, permite

acessar níveis de interpretação que não seriam possíveis a partir de outras abordagens historiográficas. Se a “*history from below*” dá voz àqueles “sem voz”, se a voz do louco pode ocupar um espaço longe do desprezível no campo dos estudos culturais, em particular aqueles dedicados a grupos subordinados ou à

alteridade, não há dúvida de que também ofereça aspectos fundamentais para considerar a loucura e como agir sobre ela⁴¹ (Huertas, 2013, p. 7, tradução nossa).

No mesmo sentido apontado por Huertas, percebemos que o conjunto de narrativas expressas pelos prontuários pode apontar para uma determinada orientação científica e, também, para os estigmas sociais e culturais de uma época. Além disso, as narrativas sinalizam a direção de uma determinada prática profissional, terapêutica, e uma função dos espaços da colônia agrícola.

Privilegiando os aspectos qualitativos das narrativas, verificamos que a movimentação de pacientes para as Colônias da Ilha do Governador percorria um fluxo definido. A porta de entrada era sempre o Hospício Nacional de Alienados; o doente mental era trazido pela polícia e ficava em observação no Pavilhão de Observação, anexo ao HNA e ligado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O tempo de permanência no Pavilhão de Observação estabelecido era de 15 dias. Após esse período, era admitido no hospício e transferido para o pavilhão pertinente, de acordo com a categoria de internação estabelecida no ato da admissão no HNA, ou, se fosse o caso, transferido diretamente, primeiro para as Colônias de Alienados da Ilha do Governador e, depois de 1924, para a Colônia de Alienados de Jacarepaguá. Todavia, destaca-se nas papeletas e prontuários dos pacientes, doravante também chamados de documentos clínicos dos internos indigentes transferidos para as colônias, com origem no Distrito Federal ou em outros estados, os seguintes documentos anexados: ofício da polícia, secretaria ou do serviço médico-legal, com descrição pessoal, ocasionalmente a descrição física (ficha antropométrica); delegacia de procedência de registro policial; e diagnóstico. Os diagnósticos do serviço médico-legal da polícia, do HNA e das colônias, algumas vezes, eram divergentes entre si. Observou-se que nos prontuários referentes à admissão dos doentes pensionistas havia ofício de despacho policial e parecer de médico externo ao hospício, o que nos leva a acreditar que essa categoria não era avaliada pelo serviço médico-legal da polícia e, sim, entregue diretamente por familiares. Os doentes que ocupavam as vagas do estado do Rio de Janeiro vinham acompanhados de parecer médico, ofício da polícia de Niterói.

O regulamento da Assistência Médico-Legal de Alienados, promulgado em 1890, especifica, no artigo 37, que os enfermos em tratamento no HNA seriam divididos nas seguintes categorias: pensionistas (pagantes) e gratuitos (indigentes ou não pagantes). Os pensionistas

⁴¹ *To access levels of interpretation which would not be possible from other historiographical approaches. If 'history from below' gives a voice to those 'without a voice', if that of the madman can occupy a far from negligible space in the field to cultural studies, in particular those dedicated to subordinate groups or to otherness, there is no doubt that it also offers fundamental aspects to consider madness and how to act upon it* (Huertas, 2013, p. 7).

compreendiam quatro classes, cujas diárias eram de: 10\$ na 1ª classe; 5\$ na 2ª classe; 3\$ na 3ª classe; e 2\$ na 4ª classe, custeados pelos Ministérios da Guerra, da Marinha e da Justiça ou pelos estados. Esse mesmo regulamento estabelece, no artigo 78, que as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita eram, exclusivamente, reservadas a doentes da categoria indigente, isto é, gratuitos, custeados pelo governo federal ou pelos estados, transferidos do Hospício Nacional e capazes de exercer a tarefa do trabalho agrícola e outras indústrias (Brasil, 21 jun. 1890).

A definição da categoria indigente não consta na legislação pesquisada, no entanto há menção nos documentos governamentais de ser indigente o indivíduo que não tinha condição de comprar o pão por não ter trabalho ou estar incapacitado para tal, o que nos parece uma condição temporária – neste sentido, aproximando-se da definição de pobre. A tradicional caridade não tinha abrigo para o indigente, percebido como negativo por indicar o não-trabalho⁴², mas a presença deste termo na documentação do antigo Hospício de Pedro II permite o entendimento proposto por Daniele Ribeiro, para quem “a classificação de indigente, [é] aproximada [à] do pobre, [e] representa uma percepção muito mais ampla que o sentido puramente econômico da pobreza” (Ribeiro, 2016, p. 70). Ainda segundo a autora, na década de 1880, nos dados analisados do Hospício de Pedro II, 51% dos doentes internados eram categorizados como indigentes, excluídos desse número aqueles doentes transferidos da província, que correspondiam a 18% dos doentes internados (Ribeiro, 2016, p. 75). Outra autora, Michelly Silva, também menciona que no período entre 1844 e 1888, o maior número de internações no HPII era da categoria indigente (Silva, 2019, p. 64-66).

As análises dos dados dos documentos clínicos dos doentes internados no Hospício Nacional de Alienados, que contava, em 1909⁴³, com 1.300 leitos, e dos transferidos para as Colônias de Alienados da Ilha do Governador, que tinham 300 leitos, foram realizadas de forma qualitativa. A amostra analisada corresponde a 28%, ou seja, 133 documentos selecionados do total de 469⁴⁴ pacientes transferidos do HNA para as instituições da Ilha do Governador, no período de 1890 a 1919.

⁴² Para maior entendimento do conceito de pobre e pobreza, ver Sanglard, 2014, 2017.

⁴³ Dados retirados de artigo publicado em 1910 no *Journal of Mental Science* (Moreira, 1910a, p. 520)

⁴⁴ Cabe esclarecer que o número 469 se refere ao número total de doentes transferidos no período de 1890 a 1919. As colônias da Ilha abrigavam um número maior de pacientes, em média, 250 por ano, no entanto não consideramos aqui os pacientes existentes, somente os transferidos, como pode ser verificado no gráfico 1.1.

Nesse longo espaço de análise, encontramos dois períodos distintos para os doentes transferidos, quanto ao perfil sociocultural e à classificação do diagnóstico. O primeiro período de análise abrange a gestão da Assistência Médico-Legal a Alienados, entre 1890 e 1901. Dessa etapa, foram selecionados 36 prontuários, o que corresponde a 28% do total de doentes transferidos (128) no período para as colônias, de acordo com os relatórios ministeriais. Desses 28% analisados, a papeleta ou o prontuário clínico apresentam informações muito desiguais entre si. Desses, 47% não têm o estado civil; 25% não têm a nacionalidade; 17% não mencionam a cor; 30% estão sem a idade; e 63% sem a profissão. A classificação das doenças encontrada nos prontuários de período era compatível com a classificação estabelecida pelo médico João Carlos Teixeira Brandão, apresentada no artigo de Henrique Roxo, “Perturbações mentais no negro do Brasil”, publicado no *Brazil-Medico* de 1904 (Roxo, 1904).

O segundo período de análise corresponde à gestão da Assistência a Alienados entre 1903 e 1919, e dessa etapa foram selecionados 97 documentos, o que corresponde a 29% do total de doentes transferidos (341) para as colônias no período, de acordo com o relatório ministerial. A classificação da doença mental, nessa fase, era semelhante à classificação proposta por Emil Kraepelin, apresentada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto no artigo “Classificação das moléstias mentais do professor Emil Kraepelin”, publicado nos *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria*, em 1905 (ver Anexo A, com a lista de diagnósticos encontrados nos prontuários) (Moreira e Peixoto, 1905).

O ano de 1902 pareceu-nos um ano de transição: as informações dos prontuários desse ano bem como seu preenchimento estão mais próximos dos parâmetros da administração de Juliano Moreira como diretor da Assistência do que dos seguidos no período anterior.

Outra particularidade do segundo período refere-se à entrada de João Carlos Rodrigues Caldas, em 1909, como diretor das Colônias da Ilha do Governador, período em que o número de doentes transferidos do HNA para a Ilha do Governador cresce consideravelmente. Dos 133 documentos clínicos analisados, 90% são de doentes transferidos para as colônias na administração do médico João Carlos Rodrigues Caldas. O mesmo comportamento percebemos nas informações e dados apresentados nos relatórios ministeriais, em que 80% do total das transferências no período Juliano Moreira foram feitas na administração de Rodrigues Caldas, o que revela que a amostra de prontuários definida nesta tese está próxima da realidade.

A maioria dos documentos clínicos, desse segundo período, após a legislação de 1903, contém: a foto, os dados de identificação do doente, a procedência, o número de entradas no hospício, o diagnóstico e as datas de internação, transferências, além de licenças, altas, óbitos e causas de óbitos. Apensos aos documentos clínicos há dois documentos: o primeiro, a Guia Policial, na qual consta a identificação, a procedência, a anamnese e o diagnóstico do doente; o segundo, a Ficha do Pavilhão de Observação do HNA e, no caso dos doentes transferidos, ofício ou despacho do diretor da colônia com o motivo da transferência ou alta.

O documento clínico era preenchido pelo médico assistente quando da entrada no HNA; a Guia Policial era preenchida pelo médico do serviço médico-legal da Polícia, quando realizada a anamnese inicial, e a Ficha do Pavilhão de Observação era preenchida no momento da entrada e assinada pelo médico alienista do pavilhão. A admissão era concluída com o despacho e a assinatura do diretor do HNA.

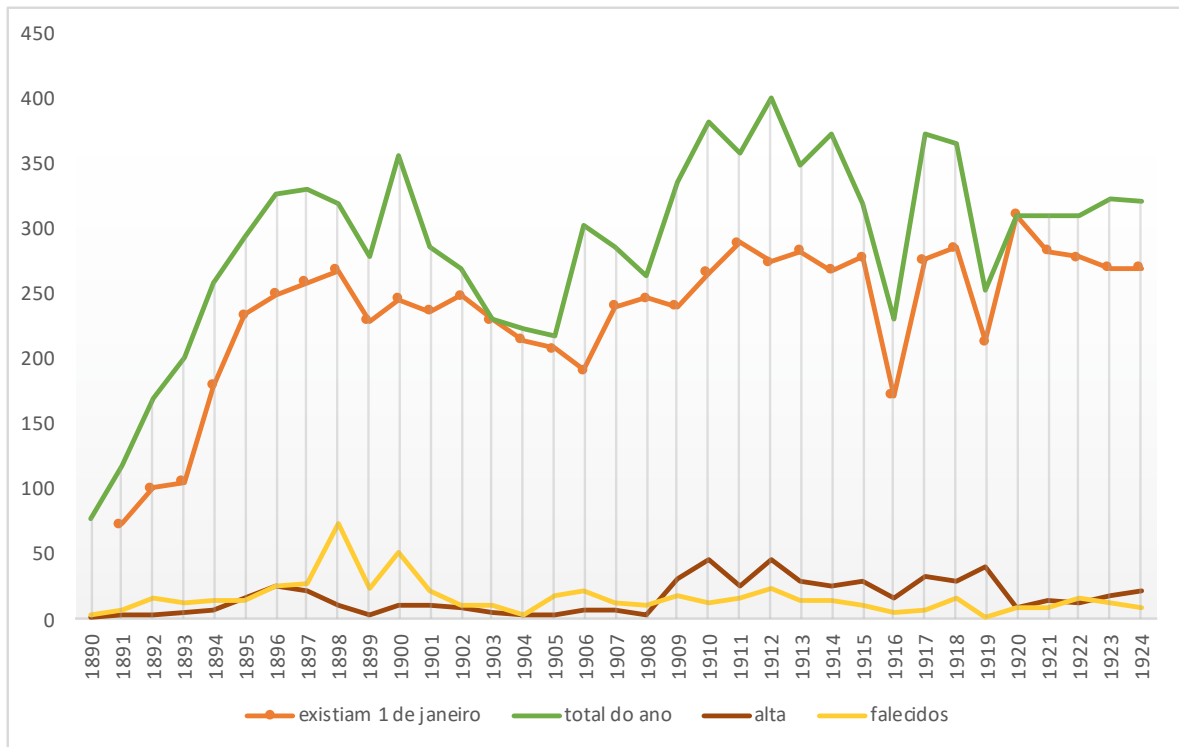
Dos documentos analisados relativos ao período da gestão de Juliano Moreira, apenas 21% não continham a informação sobre a profissão, o que deve apontar que esses doentes poderiam não ter uma profissão ou não puderam informar no momento da internação, e em 1% não constava informação sobre a nacionalidade. Com relação a esse período, constatamos uma atenção muito maior por parte do médico no que concerne ao preenchimento das informações pessoais do paciente.

Diante do exposto, realizamos, a seguir, a análise qualitativa dos dados e informações de 133 documentos clínicos referentes aos doentes do sexo masculino transferidos do HNA para as Colônias da Ilha do Governador. Dos dados e informações dos documentos clínicos, foram selecionados aqueles que correspondiam à primeira internação dos doentes, não sendo consideradas as múltiplas internações que porventura tenham ocorrido para um mesmo doente. As análises qualitativas apontaram para: a identificação do perfil social do paciente da categoria indigente que foi do HNA para as colônias; o diagnóstico e o tempo de permanência na instituição, procurando-se ainda obter os motivos de altas e dos óbitos.

O gráfico 1.1 apresenta o número de doentes transferidos do HNA para as Colônias da Ilha do Governador. No período entre 1903 e 1905, aconteceu o menor número de admissões, o mesmo comportamento foi observado na análise dos dados ministeriais sobre as transferências. A média de internações durante o período foi de cerca 250 doentes. O número de altas chega, em 1910, a 46 e, em 1912, a 45, talvez consequência do grande número de admissões, especialmente em 1912. O

mesmo comportamento foi observado em relação aos dados informados pelo ministério sobre as transferências, isto é, houve o maior número de transferências do HNA para as colônias.

Gráfico 1.1 - Número de doentes transferidos do HNA para as Colônias da Ilha do Governador

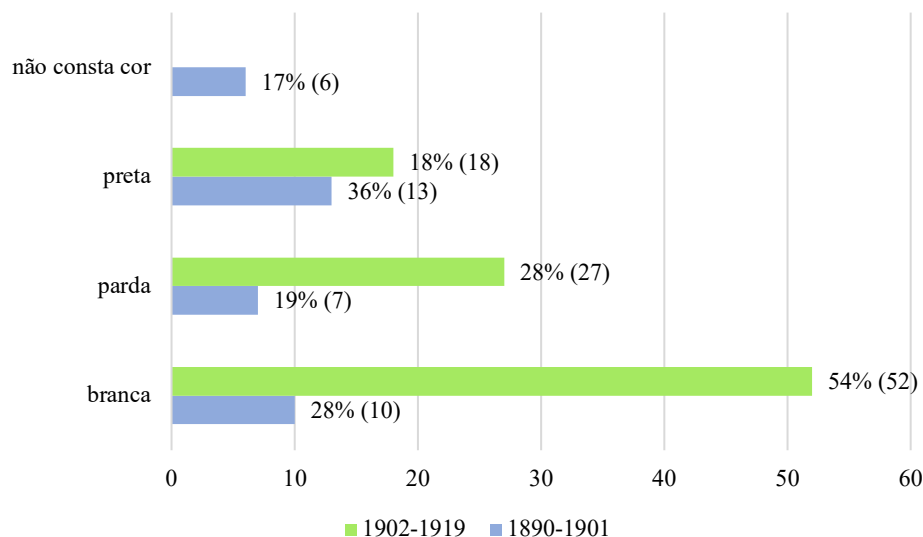


Fonte: Relatórios ministeriais 1890 a 1924. Elaboração: própria da autora.

No gráfico 1.2 está representado o número de doentes por cor descrita no prontuário. Como já apontado no início desta seção, em 17% dos prontuários analisados no período de 1890 a 1901 não constava a cor do doente. Analisando os documentos com anotações de cor no perfil do paciente, verificou-se que a maior incidência de doentes do sexo masculino transferidos para as colônias era da cor preta, 36%, seguida pela cor branca, 28%. Já entre 1902 e 1919, a maior incidência de admitidos nas colônias foi de pacientes de cor branca, 54%, e a menor, de pacientes de cor preta, 18%. No entanto, ao se adotar a classificação de Renilda Barreto, agrupando a cor anotada em brancos e não brancos, observa-se que, no período de 1890 a 1901, os pacientes brancos correspondiam a 28% e os não brancos (pretos e pardos) a 55% de internados. Do mesmo modo, classificando, também segundo a autora, a cor para o segundo período de análise, tem-se que os brancos eram 54% e os não brancos, 46% (Cf. Barreto, 2005, p. 209).

Desse modo, percebem-se dois momentos distintos na transferência de doentes para as colônias. No primeiro período (1890-1901), observa-se uma maior transferência de pacientes não brancos em relação aos brancos. Nesse sentido, Renata Silva analisa que, se considerarmos a população do antigo estado do Rio de Janeiro, segundo o censo de 1890, “o número de não brancos (500.123) [isto é, pretos, caboclos e mestiços] superava o número de brancos (376.761)” (Silva, 2009, p. 200). Ainda segundo a autora, de acordo com as informações para o Distrito Federal, essa relação se inverte: o número de habitantes declarados brancos era de 327.789, e o de não brancos era de 194.862 (Ibidem, idem.). O quadro apresentado para a primeira década da República (1890-1901) percebemos que a presença de não brancos era bem superior (55%) a dos brancos (28%), conforme dados do gráfico 1.2. Contudo, no segundo período analisado (1902-1919), já na administração de Juliano Moreira, houve uma inversão com os pacientes brancos transferidos superando os não brancos. Conforme visto anteriormente, as informações incompletas não permitem melhor compreender esta inversão, mas, pode-se aventar a hipótese que no período inicial da República o processo de abolição da escravatura ainda estivesse impactando nos dados, enquanto no período seguinte houve um maior equilíbrio (46% de não-brancos e 54% de brancos).

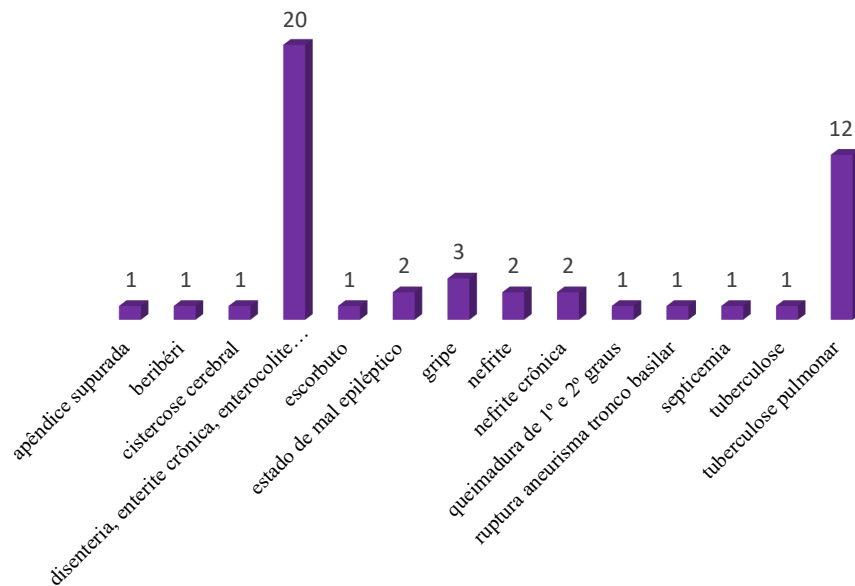
Gráfico 1.2 - Número de doentes, por cor anotada no prontuário, transferidos para as Colônias da Ilha do Governador



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

O gráfico 1.3 a seguir apresenta as causas de óbitos de doentes do sexo masculino transferidos para as colônias. Não era usual o doente vir a óbito nas instalações das colônias; na maioria das vezes, quando o paciente era acometido ou apresentava sintomas de moléstias distintas daquela que o levou às colônias, era devolvido pelo diretor das colônias para tratamento no HNA. Dos 133 prontuários analisados, 49 apresentavam anotação de data de óbito e causa do óbito. Nos prontuários de 1890 a 1901, encontramos cinco documentos com anotações de óbitos e as causas dos óbitos; assim, não se justificou a separação dos dados por dois períodos distintos. Portanto, as causas representadas no gráfico 1.3 dizem respeito ao período de 1890 a 1919.

Gráfico 1.3 - Causa de óbitos descrita no prontuário no período de 1890 a 1919



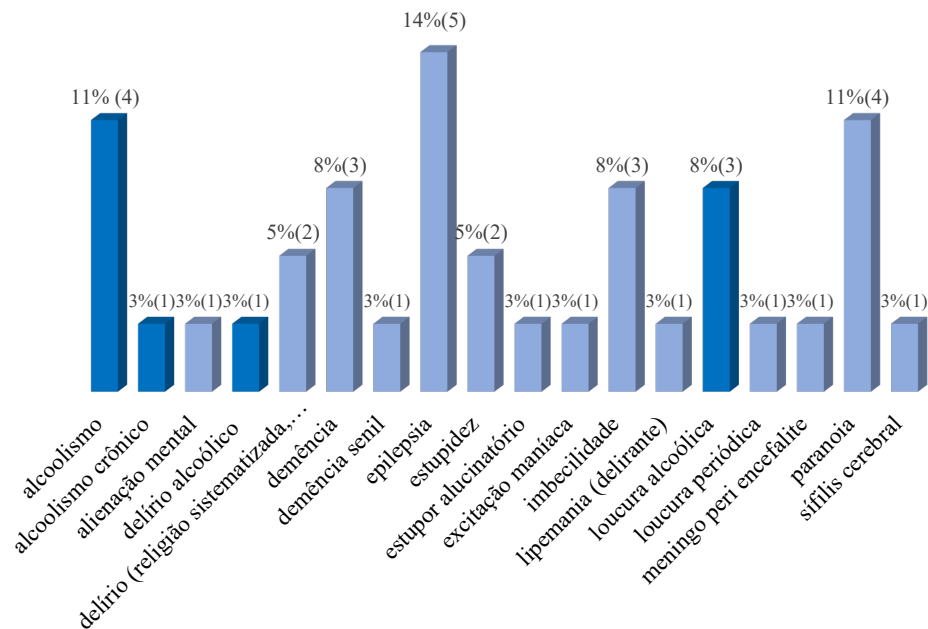
Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

As enterocolites, enterites e disenterias, que no gráfico aparecem como problemas gastrointestinais, correspondem a cerca de 40% das causas de óbitos, e a tuberculose e a tuberculose pulmonar, a 27%; portanto, foram essas as causas de morte mais incidentes nos doentes transferidos para as Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Entre os 49 documentos clínicos analisados, só se encontrou dois doentes cuja *causa mortis* foi o estado de mal epiléptico, cujo diagnóstico estava relacionado à doença mental. Outro diagnóstico que era atípico foi queimadura de 1º e 2º graus, o que pode indicar uma possível tentativa de suicídio que causou a morte do paciente.

Cabe destacar que em 1917, o relatório ministerial indica que a Fundação Rockefeller instalou posto na Ilha do Governador para combate à ancilostomose, examinando 247 doentes das colônias, dos quais apenas 18 não estavam contaminados com óvulos de uncinária (Santos, 1918, p. 58).

Nos gráficos 1.4 e 1.5 estão representadas as análises das incidências de diagnósticos em 36 doentes transferidos para as Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Sem sombra de dúvida, o diagnóstico de maior incidência nas colônias, no período, estava relacionado ao alcoolismo e suas consequências. O alcoolismo, o alcoolismo crônico, o delírio alcoólico e a loucura alcoólica, apresentados no gráfico em azul mais escuro, representam 25% dos diagnósticos do período de 1890 a 1901. O segundo diagnóstico mais incidente no período foi a epilepsia, representando 14% dos diagnósticos entre os 36 prontuários analisados.

Gráfico 1.4 - Percentual de doentes das Colônias da Ilha do Governador por diagnóstico por período de 1890 a 1901

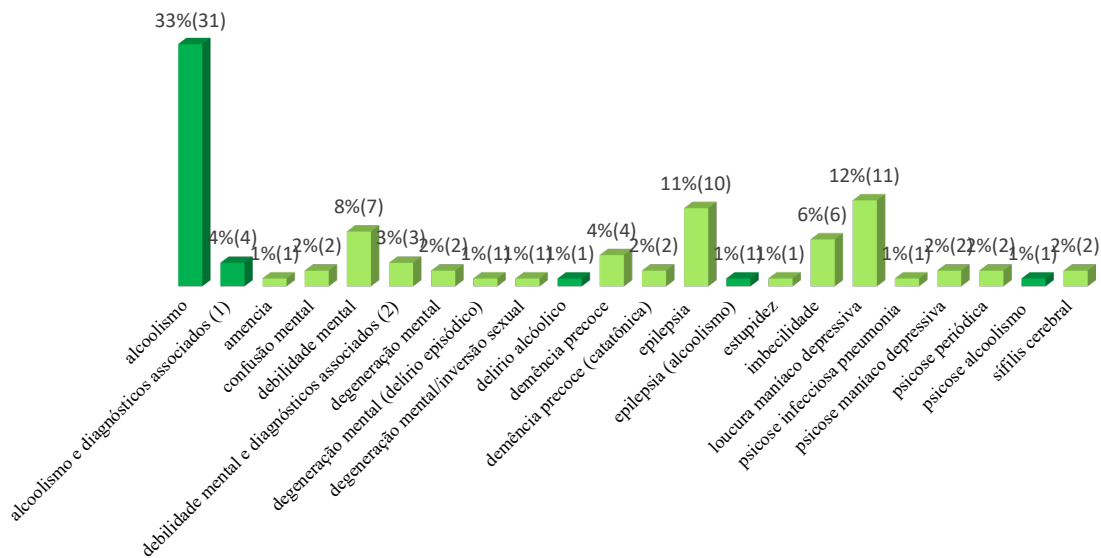


Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

No gráfico 1.5, o alcoolismo foi diagnosticado em 31% dos 97 prontuários analisados no período. O alcoolismo e seus diagnósticos associados, no gráfico em verde mais escuro, totalizam

39% dos casos em pacientes transferidos para as colônias. Depois do alcoolismo, a loucura maniaco-depressiva apresenta maior incidência, seguida pela epilepsia no período de 1902 a 1919.

Gráfico 1.5 - Percentual de doentes das Colônias da Ilha do Governador por diagnóstico por período de 1902 a 1919



Notas:

- (1) alcoolismo (demência precoce, epilepsia, imbecilidade, enfraquecimento mental);
 (2) debilidade mental (alcoolismo, psicose maniaco depressiva).

Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
 Elaboração: própria da autora.

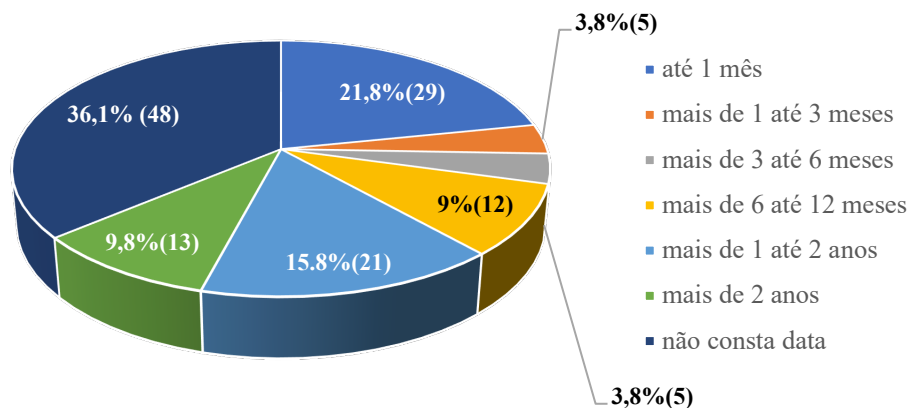
Segundo Fernando Santos e Ana Verani, “a associação entre alcoolismo e estados de demência, alcoolismo e moléstias mentais, era frequente, identificando o vício da bebida como responsável pelo surgimento da loucura em alguns indivíduos” (Santos e Verani, 2010, p. 402). O alcoolismo foi alvo de grandes debates pelos psiquiatras no fim do século XIX e início do século XX, sendo um problema persistente na prática profissional psiquiátrica com a recomendação de construção de asilos especiais para os doentes diagnosticados com alcoolismo (Engstrom, 2003, p.195).

De fato, para Juliano Moreira, o alcoolismo era uma doença que deveria ser apartada das condições climáticas, raciais e biológicas, e era um tema que ensejou diversos artigos, inclusive, apontando a necessidade de construir colônias distintas para alcoolistas e defendendo que a

incidência de casos de internação por alcoolismo no Rio de Janeiro era compatível com cidades como Paris e Viena (Moreira, 1922; Moreira e Peixoto, [1906], 2017).

O tempo de permanência nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador está representado no gráfico 1.6. Seu início foi tomado a partir da data de transferência para a colônia, anotada nos prontuários, e considerado como seu término a data anotada para retorno ao HNA ou de alta.

Gráfico 1.6 - Tempo de permanência por número de doentes internados nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

No período da gestão de Rodrigues Caldas, acompanhava o prontuário um ofício do diretor das Colônias da Ilha do Governador para o diretor-geral da Assistência a Alienados informando o nome do internado e o motivo da devolução. Os motivos anotados para o retorno dos doentes ao HNA eram: ser agitado, a pedido do próprio ou do médico; não se adaptar ao regime colonial; ser agressivo; ser violento, desordeiro e ameaçar a segurança dos outros pacientes; ter complexo de perseguição; ser imundo e não haver instalações nas colônias para esse tipo de doente; não ter perfil para colônia aberta e sim para asilo fechado; tentar o suicídio; e, necessitar de atendimento médico especializado ou cirúrgico.

Nos documentos clínicos entre 1890 e 1901, na totalidade dos prontuários constava, somente, a informação da data de transferência para as colônias, assim os 36 documentos dessa

fase não puderam ser contabilizados no gráfico acima e aparecem na fatia azul mais escura (não consta data), representando 48 prontuários. Dos 85 prontuários com data de transferência e devolução ou alta anotada, a maior incidência de permanência nas colônias está concentrada na faixa de até 1 mês a 1 ano, somando 51 internados, sendo a faixa de tempo de mais de 1 ano até 2 anos com 34 doentes a de menor incidência. Como demonstra o gráfico, o maior tempo de permanência dos doentes internados está concentrado no período de até 1 ano, com cerca de 60% do total de prontuários analisados que tinham esta informação. Isso quer dizer que mais da metade de doentes no período de 1902 a 1919 esteve internada por curto prazo.

Como referência para o período analisado na tese, buscamos o estudo de Daniele Ribeiro, que investigou 238 prontuários com anotação que permitia identificar o tempo de estadia, na década de 1880, no HPIL. No estudo da autora, o tempo de permanência apresentava o seguinte comportamento: 151 doentes internados até um ano no HPIL, perfazendo 63% dos prontuários, e 87 doentes internados acima de um ano, perfazendo 37% dos prontuários (Ribeiro, 2016, p. 174). Embora o período analisado por Daniele Ribeiro seja diferente dos analisados nesta tese, o tempo de estadia nas colônias agrícolas teve comportamento semelhante ao do estudo de Ribeiro (2016) sobre o HPIL.

Quanto à idade dos doentes, a Tabela 1.1, a seguir, está dividida por período. As análises dos dados dos prontuários com anotação de idade indicam que no período de 1890 a 1901 havia proporção semelhante entre os doentes com até 39 anos (13 internos) e aqueles com 40 anos até acima de 60 anos (12 internos). Já no período de 1902 a 1919, o maior número de doentes transferidos para as colônias está concentrado na faixa até 39 anos. Assim, na administração de Juliano Moreira o critério de transferência de doentes para as colônias agrícolas parecia estar associado a homens com idade considerada produtiva para o trabalho agrícola.

Buscando correspondência em artigo de Jonathan Ablard sobre o critério de transferência para as colônias agrícolas na Argentina, referenciado pelo estudo de Lucia Lacoconi, tem-se que o autor menciona que

a seleção de pacientes a serem transferidos para o Open Door [Colônia Nacional de Alienados, em Luján, Argentina (1899)]⁴⁵ estava baseada menos em critérios clínicos e mais no perfil e habilidade dos doentes transferidos para a construção e prática do trabalho agrícola, ambos desesperadamente necessários para a

⁴⁵ Outras informações sobre a colônia agrícola de Luján, na Argentina, estão no início do capítulo 1.

conclusão das obras do asilo e fazê-lo economicamente autossuficiente⁴⁶ (Lacoponi, 1999 *apud* Ablard, 2008, p. 41; tradução livre).

Tabela 1.1 - Idade dos doentes internados nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador

Faixa de idade	Número de internados	
	1890-1901	1902-1919
até 19 anos	1	6
20 até 39 anos	12	74
40 até 59 anos	9	15
acima de 60 anos	3	0
não consta	11	2

Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

Diante dos dados analisados, o perfil sociocultural do assistido nas colônias para alienados na capital federal apresenta características distintas nos dois períodos analisados, que corresponderam à administração da Assistência ao Alienado de João Carlos Teixeira Brandão e de Juliano Moreira. Assim, nesse segundo período os homens de cor branca superavam os de cor não branca, estavam em idade produtiva, com diagnóstico de alcoolismo em sua maioria e permaneciam na colônia até 1 ano. Essas características do doente mental internado não apontam como critério para a transferência para as colônias, principalmente no período relativo à administração de Juliano Moreira, homens doentes crônicos e, sim, homens aptos ao trabalho agrícola, como comentado anteriormente, critério também observado na colônia agrícola da Argentina e, também, na Alemanha.

De modo a estabelecermos o intercâmbio científico entre os médicos das esferas federal e da estadual, no campo da assistência ao alienado, discutiremos a seguir o modelo institucional implantado no antigo estado do Rio de Janeiro.

⁴⁶ *A recent Argentine scholar argues, however, that the selection of patients to be transferred to the Open Door was based less on clinical criteria than on their construction and farming skills, desperately needed both to finish the asylum and to make it economically self-sufficient* (Lacoponi, 1999 *apud* Ablard, 2008, p. 41).

1.4 A organização da assistência ao alienado na província e no antigo estado do Rio de Janeiro

A assistência pública ao alienado na província do Rio de Janeiro data do fim da década de 1870. O pano de fundo dessa assistência foi a influência da nova ciência psiquiátrica e as ressonâncias socioculturais causadas pela proximidade com a capital do Império. A assistência ao louco pobre na província inicialmente se estabeleceu de modo parcial, pela contratação, junto ao Hospício de Pedro II da manutenção das suas 70 vagas, com uma contribuição anual de 35:100\$000, provenientes do produto líquido de loterias. Como o número de alienados indigentes era muito maior que o número de vagas oferecidas pelo HP II, em 5 de março de 1878 o presidente da província, Visconde de Prados, enviou mensagem revogando o parágrafo único do artigo 1º e o parágrafo 4º do artigo 19 do regulamento de 16 de junho de 1877, que vedavam a admissão no Hospital São João Batista em Niterói (HSJB) de “alienados, inválidos, decrépitos e doentes em estado desenganado, [o que] limitava com verdadeira impiedade a caridade devida à pobreza enferma” (Prado, 1878). Ainda na mesma mensagem, Visconde de Prados ordena,

a construção de um pequeno hospício na esplanada em que está edificado o hospital [São João Batista]. Com capacidade para acomodar 30 ou 40 alienados, este modesto, mas elegante edifício oferece[ça] toda a segurança contra a evasão de seus hóspedes, e as condições aconselhadas pela mais adiantada ciência da higiene (Prado, 1878, p. 31-32).

1.4.1 *O início da assistência ao alienado: a implantação do Hospício anexo ao Hospital São João Batista em Niterói*

Em 8 de dezembro de 1878 foram inauguradas as Enfermarias de Alienados do Hospital São João Batista de Niterói, para atender de 36 a 40 doentes e cujo regulamento previa receber e tratar, a expensas da província, os alienados indigentes de ambos os sexos que não pudessem ser recolhidos ao Hospício de Pedro II. No mesmo mês, João Francisco de Souza foi nomeado médico das enfermarias de alienados. Três anos depois, Domingos Jacy Monteiro Júnior foi nomeado médico alienista da instituição. Nos relatórios do diretor do hospício havia menção à sua superlotação, de 40 a 50 pacientes, e, também, à necessidade de adaptações físicas no edifício, para que as funções terapêuticas fossem exercidas adequadamente (Monteiro, 1882; Souza, 1879).

As enfermarias de alienados destinavam-se, de acordo com o regulamento de 1878, ao “tratamento dos alienados indigentes da província que não poderem ser recolhidos ao Hospício de Pedro II” (Souza, 1879, p.11). Para tal deveriam ser internados apresentando a requisição do: juiz de órfãos; chefe de polícia; ou subdelegado do município de residência do doente. Além disso, as enfermarias também funcionavam como local de observação. Caso o alienado no ato da internação não houvesse certidão médica, deveria ficar em observação por até 15 dias e, só, então após o parecer médico do clínico, o diretor acataria ou não a internação (Souza, 1879, p.11)

As enfermarias de alienados, que em 1882 passa a ser denominada nos relatórios Hospício anexo ao Hospital São João Batista contavam com as seguintes características que parecem não terem mudado desde a sua fundação: estava implantado na esplanada do hospital geral, tinha dois andares, duas enfermarias, uma para homens e outra para mulheres, dispostas nas laterais do edifício, mediam 10,6m de comprimento por 7,1m de largura e possuíam 16 leitos cada uma. Além disso, no primeiro andar, nos dois corredores que comunicavam a sala de entrada com as enfermarias havia dois quartos-fortes. No segundo andar, outros dois quartos-fortes e, também, uma sala com 10,6m de comprimento por 5,4m de largura, destinada aos doentes com moléstias “intercorrentes”. Nas extremidades do edifício havia pequenos pavilhões onde localizavam-se as latrinas. No primeiro andar ficavam as instalações para os empregados, dois quartos para enfermeiros, dois refeitórios para empregados e pacientes. No andar inferior, um quarto para servente e um quarto para banho. No fundo do terreno, fora do edifício, estava o chalé das duchas que eram usadas pelos alienados do hospício e doentes do hospital geral (Monteiro Júnior 1882; Souza, 1879).

O edifício era ventilado artificialmente pelo sistema Dr. Böhm⁴⁷, que de acordo com o relato do médico João Francisco Souza, o sistema de ventilação funcionava por efeito-chaminé, através de dutos que trabalhavam por diferença de temperatura do ar, buscando o ar viciado por entradas nos rodapés dos cômodos e lançando-o ao exterior por dutos que se comunicavam com o telhado e vice-versa para a entrada do ar frio (Souza, 1879, p.10).

Como resultado da configuração espacial do edifício, o médico alienista, Domingos Jacy Monteiro Júnior, que foi designado médico do hospício em 1881 em substituição à Joao Francisco Souza, apontava dificuldades em realizar a classificação dos alienados – por exemplo, separando

⁴⁷ O Sistema Böhm de ventilação consistia em um certo número de dutos verticais que localizados dentro das alvenarias das paredes e que se prolongavam acima do nível do telhado (Souza, 1879, p.10).

os agitados, imundos e tranquilos – devido à falta de espaço no hospício, sendo possível apenas acomodá-los. Dificuldade que já vinha sendo apontada desde 1879, quando o regulamento das enfermarias estabelecia a seguinte distribuição para os doentes: primeiro tranquilos, segundo agitados, terceiro imundos, e quarto afetados por moléstias acidentais. Essa distribuição imputava a instituição conseguir acomodar os doentes em 8 classes de espaços diferentes, porque além da distribuição havia a separação entre homens e mulheres (Souza, 1879, p.12).

O Monteiro Júnior considerava “a sequestração, a classificação e o trabalho três imprescindíveis condições para o funcionamento normal de um hospício de alienados” (Monteiro Júnior, 1885, p. 4). A *sequestração* era considerada pelo médico o isolamento das relações externas, ocasionando no indivíduo mudança de vida, afastando as condições ambientais que poderiam ter colaborado para a sua loucura. Segundo o médico era difícil realizar a sequestração do doente sendo o hospício anexo ao hospital. A *classificação* era a segunda condição mais importante porque, segundo o alienista, não bastava segregar os alienados, era preciso submetê-los a certa ordem, de onde decorriam a disciplina e uma sistemática ordenação nos espaços do hospício. Do mesmo modo que a sequestração, a classificação era inexequível porque a instituição contava apenas com duas enfermarias e quatro quartos. E, por último, o *trabalho*, que, para ser organizado, precisaria de espaços para instalação de oficinas e para o trabalho agrícola (Monteiro Júnior, 1884; 1885).

Na organização espacial do hospício, não havia ambientes que permitissem o trabalho dos internos. O médico reivindicava o trabalho como medida complementar – requeria pequenas oficinas, imprescindíveis ao tratamento terapêutico dos alienados. Pela falta dele, os pacientes permaneciam dia e noite nas enfermarias-dormitórios. Para minorar tal condição, o médico proporcionava aos alienados passeios na parte murada ao redor do hospício. Alguns internos trabalhavam capinando e consertando os acessos do terreno do hospital geral, sob a supervisão de um enfermeiro. Outros internos podiam ajudar na limpeza; entretanto, a maioria dos doentes permanecia no interior das enfermarias do hospício (Monteiro Júnior, 1884; 1885).

Não obstante o Hospício anexo ao HSJB ter sido encarado como uma solução provisória pela província, a instituição ganhou um caráter definitivo durante os quase 25 anos de funcionamento. E como transparece nos relatos médicos, os problemas afeitos à terapêutica e à administração de uma instituição adaptada com caráter provisório não eram muito diferentes

daqueles que ocorriam em outras entidades da assistência na capital imperial e, posteriormente, republicana.

O médico alienista dirigente do pequeno hospício procurava apresentar em seus relatórios médicos, elaborados anualmente desde que havia assumido, em 1881, a visão administrativa e institucional da assistência pública ao alienado. E também relatava problemas com a superlotação e a organização dos espaços asilares em relação à terapêutica e à necessidade de trabalho dos internos. Fazia ainda, naquela época, uma série de críticas ao papel econômico e social da assistência pública ao alienado, que não protegia os direitos desses indivíduos e não garantia o adequado tratamento por ausência de uma lei geral de assistência como a instituída na França (Monteiro Júnior, 1882-1888).

Domingos Jacy Monteiro Júnior via a assistência pública como dever social e imputava a obrigação de prestar a assistência ao alienado ao Estado, numa concepção que nada tinha que ver com crenças e religiosidade, que existia independentemente dessas interferências, e que resultava da observação de que sob a “inflorescência de novas ideias vão emergindo instituições novas” (Monteiro Júnior, 1888, p. 4).

Além das ideias sobre a assistência, o médico criticava o não respeito, pelas autoridades, do critério de admissão no Hospício anexo ao HSJB de menores, libertos, inválidos e velhos enviados pelos juízes de órfãos. As consequências disso eram a superlotação e as dificuldades no tratamento, como podemos observar no despacho exarado no periódico *O Fluminense*:

Recomendou-se ao mesmo que fizesse constar aos delegados e juízes de órfãos que não remetessem alienados para o hospital de S. João Batista de Niterói sem que acompanhassem declarações do nome, nacionalidade, residência, idade, condição social, estado, certidão autêntica de julgamento de demência, como também da história mais ou menos circunstanciada dos seus sofrimentos (*O Fluminense*, 1879, p. 1).

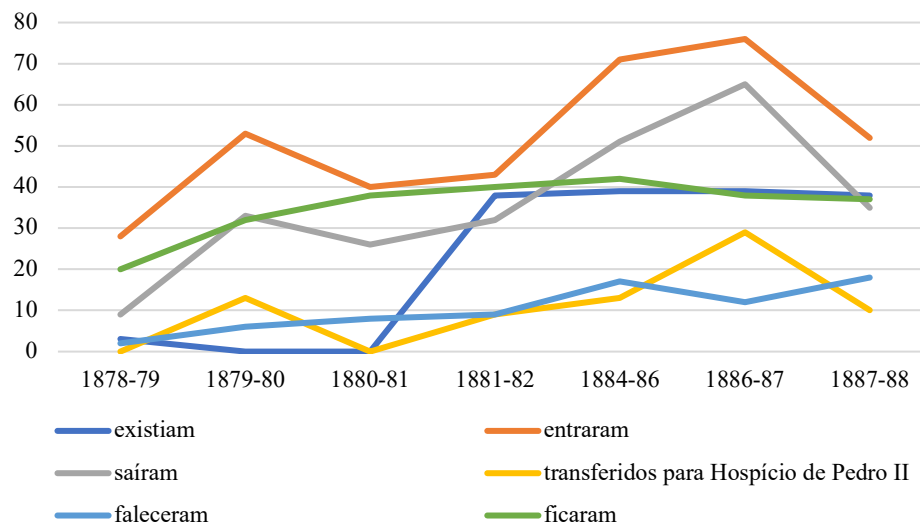
Tendo como base uma análise dos dados dos relatórios do médico Domingos Jacy Monteiro Júnior, elaboramos um panorama da movimentação de doentes mentais da província do Rio de Janeiro para o hospício de Niterói e de lá para o Hospício de Pedro II no período de 1878 a 1888.

O gráfico 1.7 apresenta a movimentação do número total de pacientes, incluídos os homens e as mulheres, internados no hospício de Niterói. Observa-se no gráfico que a linha que caracteriza as entradas de doentes acompanha o comportamento da linha de saída de doentes; do mesmo modo,

a linha de transferência de doentes para o HPII também apresenta comportamento similar. Isto mostra que as movimentações foram proporcionais ao número de entradas de pacientes.

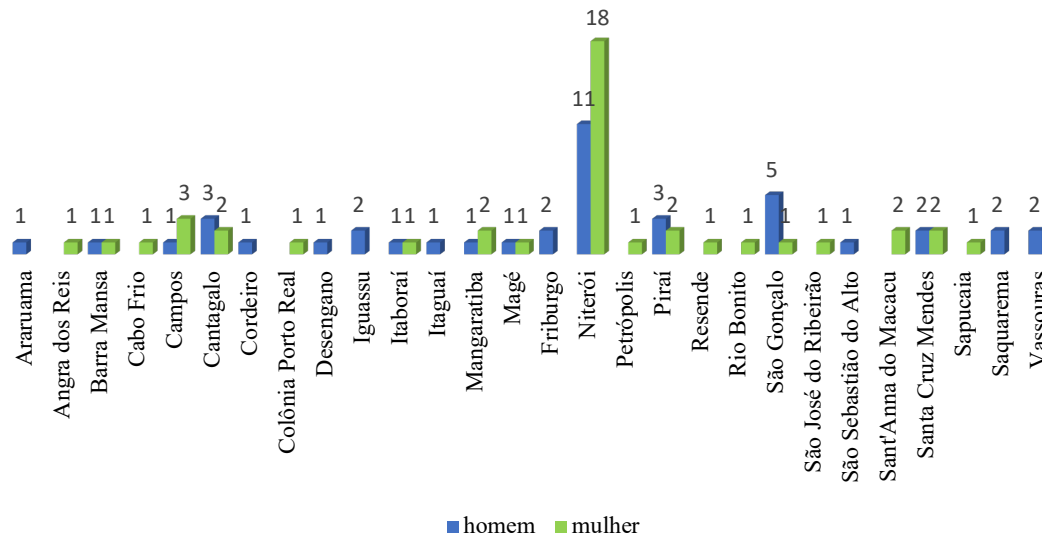
O médico alienista criticava a superlotação, o não respeito aos critérios do regulamento na admissão, como dito anteriormente, de inválidos, velhos, menores, dentre outros. O número de falecimentos teve seus piores índices nos anos de 1884-1886, com 17 óbitos e 1887-1888, com 18 óbitos. Os melhores índices aconteceram nos anos de 1879-1880 com 6 óbitos e 1880-1881 com 8 óbitos. Pode-se observar, ainda, que o número de transferidos do hospício de Niterói para o Hospício de Pedro II era muito pequeno frente às 70 vagas e, posteriormente, as 140 vagas (1889) custeadas pelo estado do Rio de Janeiro, o que nos leva a inferir, que pelo menos até 1888, não havia mudança no estado clínico dos pacientes internados no HPII e, assim, não abriam vagas para a província.

Gráfico 1.7 - Movimentação de doentes internados no Hospício anexo ao HSJB, provenientes de municípios da província do Rio de Janeiro.



Fonte: Relatórios do médico Domingos Jacy Monteiro Júnior, do Hospício anexo ao Hospital São João Batista. Elaboração: própria da autora.

Gráfico 1.8 - Número de homens e número de mulheres em tratamento no Hospício anexo ao HSJB, período de 1885-1887, por município de procedência.

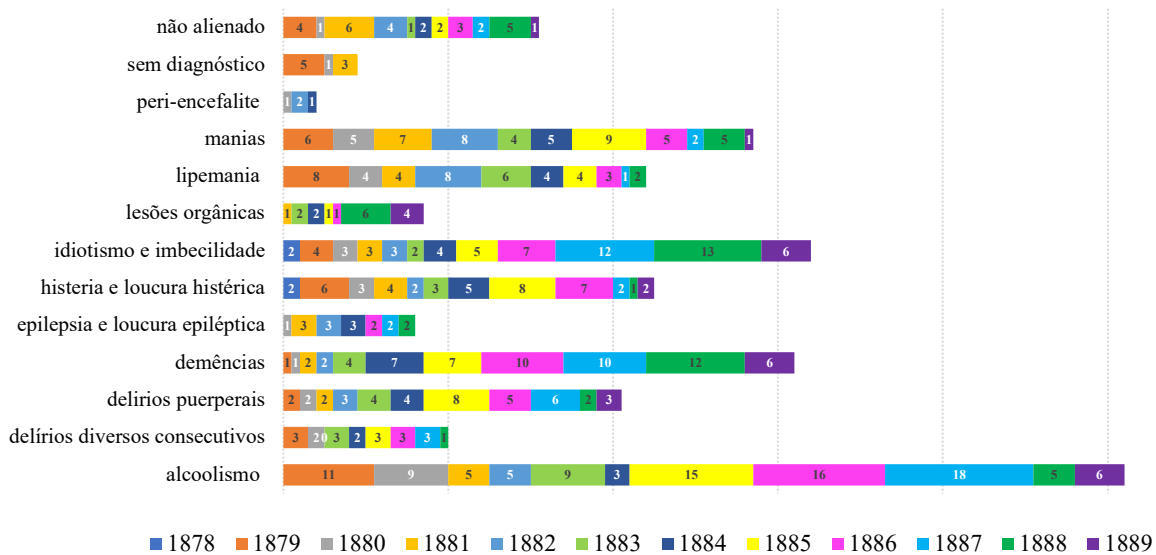


Fonte: Relatórios do médico Domingos Jacy Monteiro Júnior, do Hospício anexo ao Hospital São João Batista, período de 1885-1887. Elaboração: própria da autora.

No gráfico 1.8, percebe-se que há uma distribuição média de admissões de pacientes do sexo masculino e feminino, por município de procedência da província, com exceção de Niterói, que também apresenta o maior número de mulheres (18) e homens (11) internados. Já em São Gonçalo, o número de homens (5) internados é maior em relação aos outros municípios, com exceção de Niterói. Isso ocorreu, provavelmente, por Niterói ter sido a capital do estado e São Gonçalo uma localidade próxima ao hospício.

No gráfico 1.9, no período analisado, o alcoolismo, 102 casos, foi o diagnóstico de maior incidência, sobretudo nos anos de 1885 a 1887, talvez porque nesses anos o número de entradas no hospício cresceu bastante. O segundo diagnóstico mais incidente foi o de idiotismo e imbecilidade, 64 casos, seguido pelo de demência, 62 casos. O menor número de doentes diagnosticados foi daqueles com periencefalite, 4 casos, presumivelmente porque sua classificação foi mudada nos anos seguintes (ver Anexo A, com a classificação das doenças).

Gráfico 1.9 - Número de doentes internados por tipo de diagnóstico no Hospício anexo ao HSJB, período de 1878-1889.



Fonte: Relatórios do médico Domingos Jacy Monteiro Júnior, do Hospício anexo ao Hospital São João Batista, ano de 1887. Elaboração: própria da autora.

No Hospício anexo ao HSJB, vemos a incidência elevada de casos diagnosticados como alcoolismo, comportamento semelhante ao apresentado nos gráficos da assistência do governo federal nas colônias do Rio de Janeiro no período republicano.

Tendo como referência os dados dos prontuários preenchidos nas décadas de 1880 analisados por Daniele Ribeiro, o diagnóstico de alcoolismo no HPII alcançou um percentual correspondente a 3% de todos os diagnósticos indicados nessa década (Ribeiro, 2016, p. 165). Já nos dados analisados correspondentes ao gráfico 1.9 do Hospício anexo ao HSJB, a incidência na mesma década foi de 18% em relação aos diagnósticos prescritos no período.

Retomando o viés da configuração espacial do Hospício anexo ao HSJB, pudemos constatar, nos relatórios analisados com base nas frequentes demandas e reclamações do médico Domingos Jacy, que as instalações do hospício não atendiam adequadamente aos critérios científicos da psiquiatria da época, seja pelo número elevado de demandas de internação, seja pela falta de espaços adequados para a aplicação de tratamento terapêutico. Os sucessivos relatórios do médico apresentavam um tom de queixa quanto à precariedade das instalações do hospício frente ao número de admitidos. Para lidar com tal situação, Domingos Jacy pleiteava sucessivas reformas

para adequação do edifício e ainda argumentava que, com os recursos utilizados para manter as vagas no HPII e para a construção do hospício de Niterói, poderia ser viabilizada a construção de uma grande colônia agrícola provincial dotada de vastos terrenos para cultivo e variadas oficinas, e que permitisse a sequestração/isolamento do alienado e a correta classificação e separação dos pacientes.

No relatório de 1887, Domingos Jacy explicitava uma proposta mais objetiva empregando o valor da loteria destinado à manutenção das vagas no HPII, o valor gasto com a manutenção do hospício de Niterói, e o de mais algum orçamento que fosse aportado pela província fossem utilizados na construção de uma entidade que abrigasse 150 alienados. Esses indivíduos seriam distribuídos em pavilhões separados, de acabamento simples, seguros, implantados em terreno espaçoso que permitisse o cultivo de frutas e legumes e a criação de animais, atendendo aos pressupostos de uma colônia agrícola.

Em 1904, as demandas do médico alienista, unidas a outras vozes, viabilizaram a criação do Asilo-Colônia de Vargem Alegre, constituindo-se, assim, um fato importante na organização da assistência pública do estado do Rio de Janeiro, sob a condução da Inspetoria de Higiene e Saúde Pública.

1.4.2. *A decisão por uma instituição expressão da moderna psiquiatria: a reforma do Asilo-Colônia de Vargem Alegre e a criação da Colônia de Alienados de Vargem Alegre*

Havendo dedicado a maior parte de minha existência à melhoria da Assistência a Alienados, foi com prazer que vim assistir à inauguração das reformas do Hospital-Colônia de Vargem Alegre. Muito me agrada deixar aqui registradas minhas felicitações não só ao Governo do Estado como aos alienistas que ele mandou superintender os trabalhos da reforma, sobretudo pela benéfica orientação que vão dando a esse humanitário serviço do Estado do Rio.

Palavras do Prof. Dr. Juliano Moreira, diretor-geral da Assistência a Alienados do Distrito Federal (Almeida, 1922, p. 7).

O discurso de Juliano Moreira na inauguração, em 1921, da Colônia de Alienados de Vargem Alegre, revela-nos o ápice da organização institucional da assistência no antigo estado do Rio de Janeiro. A trajetória da assistência estadual, como comentado, começou com a fundação do hospício de Niterói, até sua extinção, em 1904, para dar lugar ao Asilo-Colônia de Alienados de Vargem Alegre, fundado em 19 de novembro de 1905. O asilo foi adaptado a partir das antigas

instalações da Fazenda de Vargem Alegre, que pertenceu ao Barão de Vargem Alegre, adquirida pelo antigo estado do Rio de Janeiro, em 1897, para ali primeiro implantar um centro agrícola.

O asilo-colônia para insanos estava destinado a abrigar alienados das cadeias públicas e do Hospício anexo ao HSJB, como já visto, além dos doentes que excediam as 140 vagas disponíveis para o estado do Rio de Janeiro no Hospício Nacional de Alienados. Ferreira e Brum descrevem a área do Centro Agrícola onde estava localizado o asilo,

que foi adquirida de Paulo de Oliveira Roxo e parentes pelo Estado do Rio de Janeiro por escritura de compra e venda de 18 de junho de 1896, lavrada pelo tabelião Francisco Gualberto de Oliveira em Petrópolis, então capital fluminense, ao custo de 161 contos de réis. Sua transcrição ocorreu no Cartório do 2º Ofício da comarca de Barra de Pirai em 25 de fevereiro de 1899 no livro 3º, às folhas 131, sob o número de ordem 283. A fazenda tinha pertencido ao Barão de Vargem Alegre e situava-se nas imediações da estação ferroviária de Vargem Alegre, ramal para São Paulo da Central do Brasil, o que garantia boa via de escoamento para a produção agrícola. A compra da fazenda [foi] motivada pela Lei nº 260 de 27 de dezembro de 1895[,] que previa a criação de três Centros Agrícolas para reanimar a agricultura fluminense (Ferreira e Brum, 2019, p. 1).

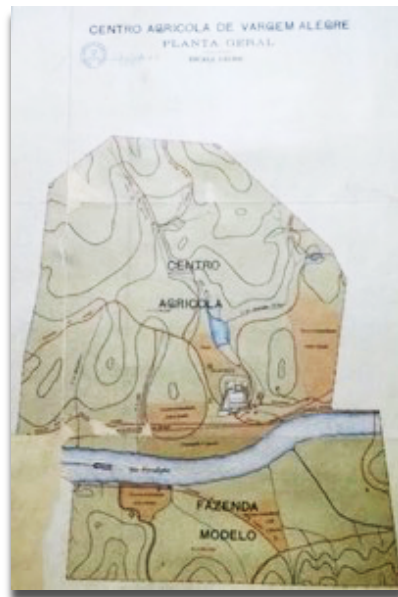
Na Figura 1.8, que mostra o mapa do Centro Agrícola, está assinalado o edifício da Fazenda de Vargem Alegre onde o asilo foi instalado, o qual sofreu pequenas reformas para acolher a grande demanda de pacientes de várias localidades do estado e também de outras unidades da Federação, que colocavam seus loucos nas fronteiras geográficas do Rio de Janeiro.

O serviço relativo aos alienados no estado estava ligado à Diretoria da Assistência Pública, que também tinha a seu cargo a higiene pública e privada e a nosocomial. Desde 1892, encontram-se referências nas mensagens à Assembleia de providências para a criação de uma instituição estadual para tratamento da doença mental (Porciúncula, 1892, p. 15).

A ideia da construção de um asilo-colônia já vinha sendo cultivada mesmo antes da luta do médico Domingos Jacy Monteiro Júnior para isso a mais antiga legislação localizada foi a Resolução nº 92, de 2 de outubro de 1894, que autorizou o governo estadual a adquirir terrenos, prédio e material para uma colônia rural de alienados (Portella, 1906a, p.7). Em mensagem em 15 de setembro de 1901, foi aprovada a criação de um asilo-colônia, informando que estavam em condições de adaptação para o tratamento de alienados as instalações da Fazenda Boa Vista de propriedade do estado do Rio de Janeiro, com recursos das loterias (Bocaiúva, 1901). Entretanto, Quintino Bocaiúva expôs, em Mensagem de 1902, diante da aprovação da Lei nº 506, de 14 de dezembro de 1901, a impossibilidade de atender ao pleito da Lei por falta de recursos orçamentários

(Bocaiúva, 1902). O asilo-colônia de Vargem Alegre só foi de fato estabelecido pelo Decreto nº 852, de 30 de março de 1904, promulgado por Nilo Peçanha (Portela, 1906, p. 7-11). O regulamento do asilo-colônia, de 27 de dezembro de 1904, determinava que o diretor da instituição estava subordinado ao diretor de Interior e Justiça, e que deveria ser dirigida por um médico (Portella, 1906).

Figura 1.8 - Centro Agrícola de Vargem Alegre, onde estava situado o asilo-colônia.



Fonte: Imagem retirada de Relatório Fundiário; Vargem Alegre, Barra do Pirai. ITERJ, Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

Nesse sentido, a criação de uma entidade de assistência para atender aos alienados do antigo estado do Rio de Janeiro foi idealizada no Império, atravessando críticas, dificuldades em alocar orçamentos e decisões de empreender, como registrado por diversos presidentes do estado do Rio de Janeiro: Porciúncula, 1892; Torres, 1901; Peçanha, 1904, 1915; Baker, 1908; Botelho, 1911; Collet, 1918, para citar alguns.

O Asilo-Colônia de Vargem Alegre foi fundado no início da gestão de Nilo Peçanha para atender à indigentes e pensionistas, estes em pavilhão especial, assim como doentes do sexo masculino e feminino. No entanto, finda a gestão de Nilo Peçanha, seu sucessor, Francisco Botelho, comunica na Mensagem de 1911 que a lotação do asilo estava excedida, relata condições desumanas, cruéis, aglomeração de doentes sem acomodações, e que o diretor acumulava funções de médico, cirurgião, administrador e farmacêutico. O presidente não recomendou obras de

adaptação, mas, sim, a construção de novos pavilhões nos moldes da moderna ciência psiquiátrica (Botelho, 1911, p. 33-34).

Na Mensagem de 1913, Francisco Botelho continuou as críticas ao asilo existente e relatou ter adquirido a Chácara do Jacaré, em São Gonçalo, e que os projetos de construção de uma colônia para alienados com todos os requisitos da ciência moderna estavam em andamento (Botelho, 1913, p. 29-30). Em 1914, Botelho se recusou a fazer obras de adaptação e manutenção e insistiu na transferência e construção no terreno da Chácara do Jacaré, afirmando que para este fim havia alocado o valor de 16:300\$000, autorizado pela Lei nº 1.012, de 25 de outubro de 1912.

Nilo Peçanha, ao retornar à Presidência do Estado do Rio de Janeiro, em 1915, fez críticas a Botelho, que havia deixado o asilo-colônia sem as necessárias obras por quatro anos. A promessa de construção de uma nova colônia agrícola em São Gonçalo, pelo administrador anterior, deixou o asilo-colônia em Vargem Alegre em situação lamentável e, desse modo, o presidente tomou medidas urgentes para diminuir o caos que havia se instaurado.

Em novembro de 1919, foi exonerado o antigo diretor do Asilo-Colônia, Epaminondas de Moraes Martins (1859-1941). O médico tinha sido delegado sanitário do estado do Rio de Janeiro e estava na direção do Asilo-colônia de Vargem Alegre desde 1905. Epaminondas foi intensamente criticado pelos periódicos da época pela má administração, e em 3 de dezembro de 1919 foi nomeado diretor o médico alienista Waldemar de Almeida, que tinha larga experiência na assistência a alienados na capital federal, permanecendo na direção da instituição até 1930. Antes disso, Waldemar Almeida havia sido empregado da Assistência a Alienados (1914-1915) do Distrito Federal, médico-assistente das Colônias da Ilha do Governador (1916-?), redator dos Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria (1919) e primeiro-secretário da Fundação Juliano Moreira e diretor da Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1919-1930), dentre outras atividades (Duarte, 1930; Muñoz, 2015, p.196; Veiga, 1916, 1917; Venancio, 2010, p.313).

O periódico *O Fluminense* anunciou o fim da remodelação da Colônia de Alienados de Vargem Alegre e a sua festiva reinauguração em 12 de outubro de 1921, após as obras executadas pelo governo do estado na Fazenda de Vargem Alegre (*O Fluminense*, 1921, capa). Na Figura 1.9, Juliano Moreira está presente na comitiva de reinauguração da Colônia de Alienados de Vargem Alegre, na primeira fileira do lado esquerdo, ao lado do presidente do estado, Raul de Moraes Veiga; ao fundo, pode-se ver o edifício central remodelado. No capítulo 3, detalhamos as instalações físicas da colônia.

Figura 1.9 - Comitiva de reinauguração da Colônia de Alienados de Vargem Alegre.



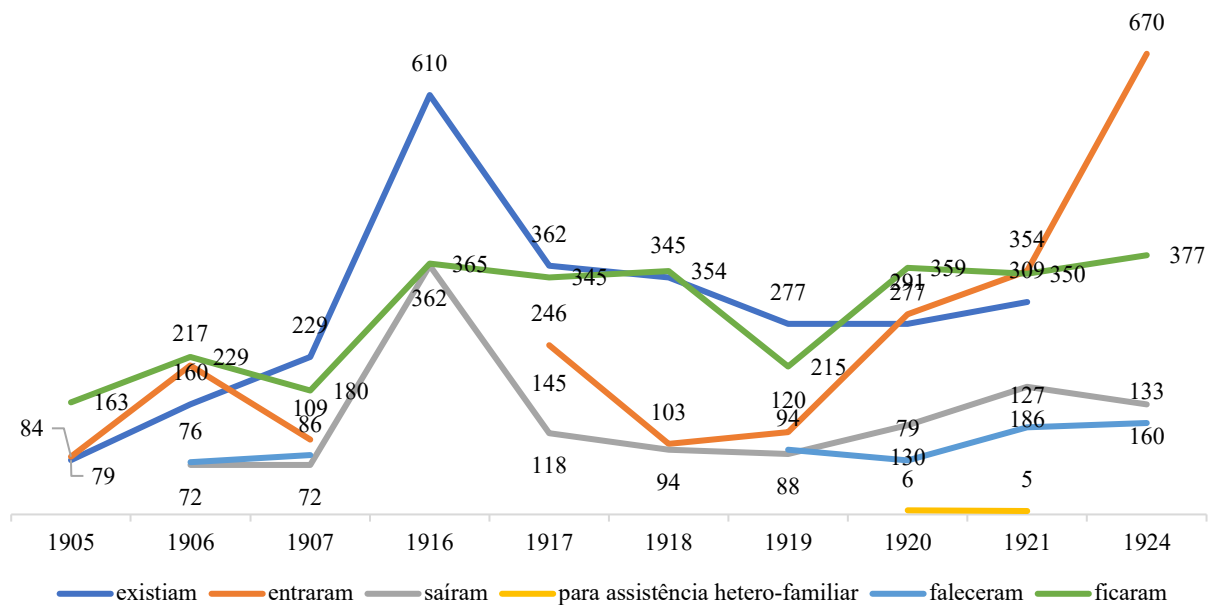
Fig. 9 - Sar. Presidente do Estado e comitiva no dia da inauguração do manicomio

Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Concluída a grande reforma, o Asilo-colônia de Vargem Alegre se transformou de fato em uma colônia agrícola que atendia aos critérios de seus pares nacionais e internacionais. A presença de Juliano Moreira na inauguração das reformas da colônia, a indicação de Waldemar Almeida com grande participação na assistência do governo federal, sugere que no início da década de 1920 havia troca de conhecimentos científicos no campo da psiquiatria e intercâmbio de médicos e de projetos de instituições mentais entre a assistência a alienados do estado do Rio de Janeiro e a Assistência a Alienados do governo federal no Rio de Janeiro.

A movimentação de alienados na Colônia de Vargem Alegre nos dois períodos aqui discutidos está demonstrada no Gráfico 1.10. A maioria dos doentes internados era proveniente dos municípios e das cadeias do estado. É importante observar, no segundo período de funcionamento de Vargem Alegre, que a assistência heterofamiliar estava sendo aplicada terapêuticamente: em 1920 e 1921, seis e cinco pacientes, respectivamente, saíram para receber esta modalidade de assistência. O percentual de altas foi maior no ano de 1916, talvez pelas péssimas condições das instalações do antigo asilo. A partir de 1920, o número de entradas cresce radicalmente, com a reinauguração da colônia.

Gráfico 1.10 - Movimentação de doentes internados na Colônia de Alienados de Vargem Alegre provenientes de municípios do Rio de Janeiro e da Penitenciária do Estado.



Fonte: Almeida, 1922; Backer, 1907; Botelho, 1913; Collet, 1917-1918; Veiga, 1919-1921.
Elaboração: própria da autora.

A rede de assistência se interconectava com a rede de ações da Saúde Pública. Este fato podia ser comprovado pelo serviço de profilaxia de verminoses prestado no Posto Rural de Barra do Piraí, implantado pela Fundação Rockefeller. A prestação desse serviço auxiliou na diminuição dos óbitos dos doentes mentais em Vargem Alegre.

Esta pesquisa não alcançou dados suficientes para confrontar o perfil sociocultural e os diagnósticos dos pacientes da Colônia de Alienados de Vargem Alegre, uma vez que, conforme apontado anteriormente, não se sabe onde os prontuários desses doentes estão guardados ou se foram perdidos. Provavelmente, os documentos clínicos continuam em salas dentro do prédio, que está ocupado por pessoas e famílias de sem-teto. Entretanto, podemos inferir que a assistência prestada na década de 1920 pelo antigo estado do Rio de Janeiro não diferia em filosofia e orientação científica da assistência prestada pelo Distrito Federal.

CAPÍTULO 2
A TRANSFORMAÇÃO URBANA NA CIDADE DO
RIO DE JANEIRO: a impossibilidade da convivência do
 indivíduo louco com o gosto pelo belo e pelos bons
 costumes

Devo recordar que trouxe para o cargo o entusiasmo de quem ia servir com um Governo novo, cujo programa era construir e melhorar, e cujo maior empenho estava em fazer do Rio uma cidade moderna, limpa, higiênica, digna, em suma, de ser a capital de um país como o nosso. A minha administração não podia ser estranha a esse plano, porque a boa polícia é o complemento lógico da boa Municipalidade e da boa saúde pública. É ela quem vigia o que a segunda embeleza e o que a terceira saneia. Os três ramos devem ser acordes no levantamento e na reabilitação moral da urbs. De que servirão as largas avenidas, os jardins floridos, os palácios magníficos, os grandes desembarcadouros movimentados, sem uma polícia que dê ao estrangeiro a convicção de que, a par de tudo isso, existe também a segurança perfeita, a vigilância imprescindível, a ordem? (Castro, 1905, p. VI).

As palavras do chefe da Polícia do Distrito Federal, transcritas do relatório apresentado ao ministro da Justiça e Negócios Interiores, José Joaquim Seabra, em 1905, expressam o desejo da reabilitação moral da *urbs*. Esse desejo refletia a imagem da cidade europeia que fosse capaz de se inserir num contexto internacional de modernidade, limpeza e higiene, e constituía-se num consenso das elites, dentre elas os políticos e os médicos, como atestam diversas leituras urbanas e sociais da cidade do Rio de Janeiro, principalmente, no início do século XX.

Desse modo, centramos a discussão deste capítulo nas interações do indivíduo louco pobre num cenário de transformação do tecido urbano da cidade. Essas interações são tratadas no âmbito da sociologia urbana, sob os efeitos das ações transformadoras higienista, sanitarista e estética. Num objetivo mais amplo, delinearemos o perfil sociocultural do alienado internado nas colônias agrícolas do Rio de Janeiro frente à possibilidade de seu retorno à estrutura social e econômica da cidade.

Para tal, utilizaremos os referenciais teóricos de Georg Simmel sobre as possíveis reações psicocomportamentais do indivíduo que viveu uma ruptura brusca do tecido urbano decorrente de um *processo civilizatório* na passagem dos oitocentos para os novecentos. Entende-se neste caso o processo civilizatório a implantação da infraestrutura urbana e o saneamento, seguido pelas intervenções urbanas que preconizavam a reordenação do tecido urbano que algumas cidades

brasileiras – como Rio de Janeiro, Recife, Santos, São Paulo, Manaus e Salvador – vivenciaram a partir da metade do século XIX (Segawa, 2002, p.19). Nesse sentido, a *civilização* estava vinculada às melhorias urbanas⁴⁸. Vejamos inicialmente, porém, uma discussão que apresenta os principais conceitos de Georg Simmel.

2.1 Onde a loucura na cidade do Rio de Janeiro encontra o pensamento sociológico de Georg Simmel?

Georg Simmel (1858-1918), nasceu em Berlim. Seu pensamento foi traduzido em diversos ensaios e textos sobre filosofia e cobrindo uma ampla gama de tópicos sociais. Suas ideias e teorias sociais foram assumidas, pela primeira geração de sociólogos urbanos da Escola de Chicago, entre eles Robert Ezra Park (1864-1944); Ernest Watson Burgess (1886-1966), dentre outros (Axelrod, 1979; Gondim, 2016; Japiassu, 2008; Wolff, 1964).

Georg Simmel construiu seu pensamento contemporaneamente as ideias de Emile Durkheim (1858-1917), Marx Weber (1864-1920) e embasado em Wilhelm Hegel (1770-1831) e Immanuel Kant (1724-1804). As analogias sociológicas e o pensamento sociocultural e histórico tocam em Durkheim e Weber. A crítica de Durkheim à Simmel era no sentido da fragmentação, a não conexão e a ausência de uma linha de orientação na sua obra. Já Weber considerava os escritos de Simmel brilhante. Em Kant a visão geométrica da ciência observada de maneira fracionada e racionalizada, que conduzia à individualidade que tinha o idealismo como expressão. E, em Hegel o processo de formação da consciência tanto de forma subjetiva pela individualidade quanto em seu sentido histórico cultural representada pelo espírito (Cf. Axelrod, 1979; Japiassu, 2008; Marcondes, 2007, Wolff, 1964).

Nos textos produzidos entre o fim do século XIX e o início do século XX, Simmel, expressa conceitos sobre a sociologia urbana que ultrapassam o pensamento sociológico, tocando a filosofia e a psicanálise freudiana. A forma de pensar de Simmel foi criticada, sobretudo, pela ambiguidade,

⁴⁸ Vale chamar atenção que o urbanismo, enquanto disciplina autônoma, surgiu na virada do século XIX para o século XX, como resultado das discussões de médicos e engenheiros acerca da higiene urbana. Não à toa, o urbanismo é repleto de metáforas médicas: o *coração* da cidade; a avenida é a *artéria* principal. Françoise Choay, citando Bardet conceitua que a palavra urbanismo parece ser usada pela primeira vez em 1910 no *Bulletin de la Société géographique de Neufchatel*. Segundo a autora, o urbanismo foi “ensinado na Escola de Belas-Artes de Paris a partir de 1953” (Choay, 2015, p.2).

pela fragmentação, pela contradição de ideias e por não revelar um fio condutor ideológico que perpassasse o conjunto de sua obra. No entanto, é pela parte da obra que conduz à imagem da realidade histórico cultural, vista a partir da individualidade; e pelas analogias psicológicas, que as ideias sociológicas são importantes para o embasamento teórico desta tese.

Nesse sentido, as principais correspondências que Simmel nos possibilita considerar são: a viabilidade de ter o indivíduo como ponto focal nas interações sociais, tendo como palco a cidade moderna; a influência dos estímulos produzidos pelo processo de urbanização no comportamento sociocultural individual; e o diferenciado comportamento do indivíduo que recebe estímulos da cidade moderna daquele que recebe estímulos da natureza, ou seja aquele que vive na pequena cidade rural.

Para Charles Axelrod, “todos os tópicos com os quais Simmel se preocupa estão relacionados de alguma maneira com a tensão dialética entre o indivíduo e o grupo, ou seja, as dimensões da luta humana pela individualidade”⁴⁹ (Axelrod, 1979, p. 45; tradução livre). Nesse sentido, as interações sociológicas nascem das relações individuais de cada indivíduo, que é único. Isso, segundo Axelrod, aproxima Georg Simmel de Friedrich Nietzsche (1844-1900), que também vê o indivíduo como ser único e para quem “a coletividade não constitui a realização das mais altas qualidades humanas, mas das qualidades mais baixas”⁵⁰ (Axelrod, 1979, p. 42; tradução livre).

Essa tensão dialética nos abre a oportunidade de discutir como o louco e pobre na cidade do Rio de Janeiro, no fim do século XIX e início do século XX, perdeu espaço na urbe e foi institucionalizado. O louco sem território na cidade ganhou lugar na instituição de assistência revestida de elementos visuais de uma pequena cidade rural, como era a proposta da colônia agrícola para alienados já desenvolvida nos capítulos 1 e será retomada no capítulo 3.

A valorização da individualidade em Georg Simmel é o que diferencia sua perspectiva sociológica. Ele vê o indivíduo e sua interação social de forma singular, compondo o todo, buscando a individualidade dentro do grupo social. Assim, a sociologia como ciência tem sentido para Simmel, se o todo for observado de forma fracionada e racionalizada. Portanto, concordamos com os conceitos de Simmel no sentido de que a sociedade urbana moderna é o resultado de diversos processos de interação social, tendo, porém, como protagonista o indivíduo.

⁴⁹ *All the topics that Simmel concerns himself with are related in some manner to the dialectical tension between the individual and the group, that is, the dimensions of the human struggle for individuality* (Axelrod, 1979, p. 45).

⁵⁰ *For Nietzsche as well as for Simmel, the collectivity does not constitute the fulfillment of the higher human qualities, but of the lower* (Axelrod, 1979, p. 42).

A sociedade moderna é então expressão da relação indivíduo-grupo social, em que o indivíduo se reveste de características psicológicas e comportamentais, fruto da internalização dos estímulos do meio no qual ele transita ou se fixa. Toda a discussão, se dá na cidade, e tendo como referência a relação campo-cidade. Portanto, balizada por essa relação e pelas reações externas e internas que acometem a pessoa, os padrões e as formas dessas associações são analisados por Simmel sob o ponto de vista das influências mentais, não sendo interesse dele formular regras e leis da sociologia urbana. Daí a crítica de Durkheim decorrente da ausência de regras e leis gerais na teoria sociológica de Georg Simmel.

Sobre a construção do pensamento de Georg Simmel, Otto Rammstedt comenta que o sociólogo sofreu forte inspiração das ideias do naturalismo alemão na década de 1880. De acordo com o autor, o *moderno* para Simmel espelhava os anseios naturalistas, o que “exigia uma representação da natureza como fenômeno acessível à *experiência sensível*” (Rammstedt, 2015, p. 54, grifo nosso). Nessa linha, para Simmel a essência da

Modernidade é o *psicologismo*, o *vivenciar*, o *interpretar* o mundo segundo as reações do nosso interior e, na verdade, como um mundo interior, a dissolução dos conteúdos fixos no elemento fluido da alma, da qual toda substância foi extraída e cujas formas são todas apenas formas de movimento (Simmel, [1909], 2001, p. 34 *apud* Rammstedt, 2015, p. 60).

As ideias do naturalismo em Georg Simmel possivelmente se articularam com as de Hegel sobre as etapas de formação da consciência, subjetividade e interioridade da individualidade. Como já discutido no capítulo 1, em Georg Simmel, a *consciência* era um canal aberto para os estímulos da natureza e, portanto, a natureza era uma facilitadora do extravasamento das paixões descontroladas, do afloramento das emoções e da vivência de experiências sentimentais. Desse modo, a visão do autor se compatibiliza com a busca por paisagens e ambientes naturais como elementos do cenário terapêutico expressos na ambientação da colônia para alienados. Nesse mesmo sentido, o isolamento do indivíduo louco poderia ser traduzido pelo afastamento dos estímulos psicológicos da cidade urbanizada, permitindo a interiorização e o afloramento de sensibilidades pela aproximação com a natureza e dando-lhe um tempo necessário de maturação longe desses estímulos.

Para Simmel, diferentemente da vida no campo, a vida na cidade requer uma específica postura comportamental e psicológica do indivíduo. Este autor atrela as características urbanas que impelem a pessoa a ser quantitativa, como já visto anteriormente, a um conseqüente *estilo de vida*.

Como estilo de vida, Simmel refere-se a uma sociedade “na qual a cultura tornada objetiva se relaciona à cultura dos sujeitos” (Simmel, [1900] 1989, p. 628 *apud* Rammstedt, 2015, p. 61). O estilo de vida era induzido por um conjunto de atributos disponibilizados pelo processo de urbanização: “aparelhos, meios de transporte, produtos da ciência, da técnica, da arte [são] indivisivelmente cultivados na cidade” (Rammstedt, 2015, p. 61). Assim, estilo de vida em Simmel “não é um conceito estratificador – como, por exemplo, em Bourdieu, mas, sim, um conceito epocal, pois se aquele se refere a uma ‘diferenciação sincrônica’, este a uma ‘diferenciação diacrônica’” (Ibidem, p. 61).

Desse modo, a cidade moderna se representa nos estilos de vida dos seus indivíduos, de sorte que, quanto mais aparatos urbanos, científicos, meios econômicos, maior a capacidade de a pessoa lidar ou não com os estímulos mentais e se identificar com um estilo de vida. O estilo de vida nas cidades urbanizadas era essencialmente intelectual e não emocional, dominado pela objetividade em oposição à subjetividade. Diante disso, a individualidade tendia a ser racional e instrumental nas relações sociais. Articulando a ideia de individualidade com autores brasileiros, Antônio Edmilson Rodrigues, autor de coletânea de crônicas de João do Rio sobre a cidade do Rio de Janeiro explicita que a mudança do estilo de vida espelhava-se na imagem de “que o progresso destruiu o sentimento e projetou a competição” (Rodrigues, 2000, p. 54). O próprio João do Rio, na publicação *Psychologia Urbana*, de 1911, apresenta uma coletânea de crônicas sobre “certos estados d’alma da cidade, de modo aliás urbaníssimo” (Rio, 1911, p. 12), onde descreve a emergência de um novo estilo de vida:

Uma *estética nova* surge, a estética do milagre animador. A natureza é outra, utilizada pelo homem, vista na corrida dos automóveis. A vida das cidades tem esse *frenesi* de saber, esse desespero orgíaco do domínio, de audácia, de energia cerebral. O homem é outro, com instintos aguçados e os sentimentos duplicados (Rio, 1911, p. 223, grifos nossos).

Ainda nessa linha de pensamento, tudo na cidade era mensurável, o valor qualitativo era reduzido ao quantitativo e isso produziu o que Simmel considerou um indivíduo de atitude *blasé*, isto é, dado à superficialidade, à indiferença e à alienação. Mentalidade *blasé* era oposta àquela mentalidade da pessoa da pequena comunidade rural. Para Simmel, a indiferença urbana se manifestava na indiferença sobre a diferença, tornando possível, assim, na visão do autor, que o ser urbano fosse livre das regras da sociedade e permitisse a ele o anonimato (Simmel [1903], 1964, p. 53-64).

Muito embora Simmel tenha construído seus conceitos críticos a partir de sociedades modernas estabelecidas em cidades como Londres, Berlim e Paris, tínhamos uma dúvida acerca da aplicação dos conceitos de Georg Simmel no contexto sociocultural e econômico da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. No entanto, resolvemos pela aplicação desses conceitos no caso da cidade do Rio de Janeiro, mediante os seguintes argumentos: (1) a cidade havia se tornado um polo de atração, com um rápido crescimento populacional, iniciado com a vinda da corte portuguesa para o Brasil e incrementado com as migrações decorrentes da diminuição da cultura cafeeira no Vale do Paraíba fluminense, principalmente entre 1872 e 1890 como aponta o gráfico da Figura 2.3; (2) a densidade urbana decorrente do seu traçado urbano confinado entre os morros e o mar; e (3) a drástica mudança no tecido urbano a partir das intervenções⁵¹ realizadas por Pereira Passos e Rodrigues Alves na cidade no início da década de 1900.

Soma-se aos argumentos anteriores os conceitos de Louis Wirth que define características de uma comunidade urbana independente de seu tamanho, quando, por exemplo, sofrem interferência de centros urbanos próximos. O autor, ainda, afirma que o nível de urbanização abrange mais do que relações numéricas populacionais, o cerne do conceito está no modo da vida urbana, o acúmulo de características, no modo de vida, do crescimento das cidades. O autor, também, distingue o conceito de urbanismo sobre o qual aponta, “particularmente importante chamar atenção para o perigo de confundir urbanismo com industrialização e capitalismo moderno” (Wirth, 1938, p. 7)

Assim, nesse período, o Rio de Janeiro ainda não havia atingido os níveis de industrialização compatíveis com a Segunda Revolução Industrial. Entretanto, os dados populacionais guardavam semelhança com países da Europa e das Américas. O recenseamento de 1906 apresenta uma população total de 811.443 habitantes e uma densidade na zona urbana de 3.980 habitantes por km². Esses números podiam ser comparados com os de cidades como Nova Iorque, com 4.600 habitantes por km²; Londres, com 14.500 habitantes por km²; Berlim, com 28.500 habitantes por km²; e Buenos Aires, com 5.100 habitantes por km² (Brasil Recenseamento 1906, 1907, p. 28).

⁵¹ Para Hugo Segawa o sentido de intervenção urbana se dá como “produto de uma elaboração ideológica [gradual a partir de processos urbanos iniciados na cidade do Rio de Janeiro, na metade do século XIX que adquiriram uma] nova condição - como visão racionalizadora e integrada de interferência na cidade, numa lógica de modernização das estruturas urbana – com a codificação de uma disciplina específica: o urbanismo” (Segawa, 2002, p. 19).

Se bem que o processo de industrialização no Rio de Janeiro não tenha sido o responsável pela desestruturação drástica dos espaços urbanos, as ações de *renovação urbana*⁵² no centro da cidade assumiram o papel desestruturante. E, como viu-se acima, a cidade contava com uma densidade populacional comparável com Nova Iorque e Buenos Aires. Diante disso, pensamos que o conceito de cidade moderna delineado por Georg Simmel pode ser perfeitamente aplicado ao caso da cidade do Rio de Janeiro, pois, independentemente da menor escala populacional ou da densidade, o que se discute é o processo de transformação urbana no Rio de Janeiro e seus efeitos sobre o comportamento psicológico do indivíduo nesse cenário.

Sob o viés da medicina, os efeitos do processo de urbanização no comportamento psicológico do indivíduo foram descritos por médicos da América do Norte, sendo George Miller Beard um deles. Os sintomas de doenças que se relacionavam ao progresso e à civilização apresentados por Beard na Universidade de Nova Iorque, em 1869, se relacionavam a um quadro de sintomas de uma doença intitulada *neurastenia*, a qual ele atribuiu ser consequência da vida na sociedade moderna:

[...] Ambas, anemia e neurastenia, como causas de doença crônica e aguda. A neurastenia, ou exaustão nervosa, pode causar sintomas como dispepsia, dor de cabeça, paralisia, insônia, anestesia, neuralgia, gota reumática, espermatorreia no sexo masculino e irregularidades menstruais na mulher [...]; anemia é sempre resultado da neurastenia e vice-versa. Ambas, anemia e neurastenia, são mais frequentemente encontradas em comunidades intelectuais e civilizadas. Elas são parte da compensação para o nosso progresso e refinamento⁵³ (Beard, 1869, p. 217, tradução livre).

Em 1881, Beard publicou outro estudo, desta vez diagnosticando a neurastenia relacionada ao estilo de vida na sociedade norte-americana. A publicação *American Nervouness* apresentava causas e consequências da doença na sociedade americana. A *neurastenia* norte-americana, doença, que acometia as elites, como afirma o autor, se espalhava por outras camadas da sociedade que

⁵² Trata-se o termo “renovação urbana” neste capítulo como uma mudança que transforma a característica e a função urbanística da área. Ao contrário do termo usado por muitos historiadores como reforma urbana ocorrida em 1903, do ponto de vista dos estudos urbanos, o emprego de “renovação urbana” é mais adequado, segundo a Carta de Lisboa (1995), porque trata-se de um novo modelo, com novas construções, configurando-se um setor com novas funções. A renovação se dá em um setor urbano através de demolições de estruturas morfológicas e tipológicas e adoção de estruturas contemporâneas ao período (Claper, 2008, p. 13).

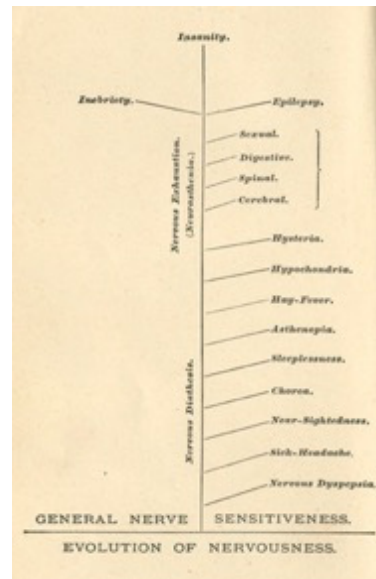
⁵³ *Both anemia and neurasthenia may also be the cause of chronic and acute diseases. Thus neurasthenia, or nervous exhaustion, may give rise to dyspepsia, headaches, paralysis, insomnia, anesthesia, neuralgia, rheumatic gout, spermatorrhea in the male and menstrual irregularities in the female. [...]; anemia is often the result of neurasthenia, and vice versa. Both anemia and neurasthenia are most frequently met with in civilized, intellectual communities. They are a part of the compensation for our progress and refinement* (Beard, 1869, p. 217).

estivessem expostas às influências do progresso. O autor elaborou o diagrama apresentado na figura 2.1 para mostrar os sintomas de evolução da doença. Caso a pessoa estivesse sensível às influências da vida civilizada, ela poderia apresentar a sequência de sintomas correspondente ao lado do diagrama denominado de *sensitiveness*. Caso já apresentasse os sintomas da neurastenia, sua condição apresentaria mudança correspondente ao lado do diagrama denominado *general nerve*.

No artigo publicado em 1906 com Afrânio Peixoto, no qual Juliano Moreira faz uma revisão dos casos do HNA, o psiquiatra admite que a neurastenia apresentava um número baixo de casos nas estatísticas brasileiras da época. Ele atribui a isso duas razões: a primeira, o hospício era o lugar de observação dos doentes; e a segunda, a neurastenia se torna mais grave como doença mental numa fase mais tardia da doença. O médico afirma, ainda, que nas instituições privadas a neurastenia era frequentemente observada e que alguns casos, preferiam consultar especialistas europeus. (Moreira, [1906], 2017).

Com relação às afirmações de Juliano Moreira, a neurastenia era, no Brasil, uma doença que acometia as elites, assim como, nos Estados Unidos da América do Norte. No entanto, pelos conceitos que expusemos, anteriormente, sobre a cidade urbanizada e suas influências psicocomportamentais no indivíduo, tanto na visão de Simmel quanto na breve abordagem sobre o conceito de modo de vida de Louis Wirth, podemos interpretar, embora não haja dados que comprovem, que os sintomas da neurastenia poderiam acometer, também, as classes em posição mais baixa da sociedade. Sob determinada ótica, essa suposição estabelece uma relação entre o pensamento sociológico desses autores sobre o processo de urbanização acontecido na cidade do Rio de Janeiro, que trouxe consequências, até certo ponto, traumatizantes para as pessoas pobres que habitavam e trabalhavam no centro da cidade, como discutiremos mais adiante.

Figura 2.1 - *American Nervousness, Its Causes and Consequences* by George M. Beard (1881); gráfico criado por Beard para apresentar a progressão dos sintomas atribuídos à neurastenia.



Fonte: material da disciplina *Minds & Brains in America*, cursada na Universidade de Michigan, 2º semestre de 2018.

Anthony Vidler, autor contemporâneo, faz uma relação direta entre as alterações do espaço urbano com os sintomas que acometiam o indivíduo moderno. Em sua análise dessas alterações, o autor busca suporte nas novas ciências do fim do século XIX e início do século XX, tais como a sociologia, a psicologia e a psicanálise, e, fazendo uso do pensamento de Georg Simmel, introduz o conceito de *patologia espacial* para denominar o conjunto de sintomas que os indivíduos apresentavam. Vidler elege como sintoma da patologia a ‘derealization’, que no indivíduo urbano corresponderia à alienação psicológica:

Esta patologia espacial da cidade, inteiramente presente na metáfora organicista dos românticos, realistas e naturalistas, ganhou aparentemente novo científico suporte no último quarto do século XIX com o gradual surgimento das disciplinas da sociologia, psicologia e psicanálise. O espaço da nova cidade agora estava sujeito à vigilância como possível causa do aumento da alienação psicológica – que o Círculo de Viena chamou de ‘derealization’ – do indivíduo metropolitano e, depois, como um instrumento de potencial favorecimento do comportamento perigoso da multidão⁵⁴ (Vidler, 1991, p. 34, tradução nossa).

⁵⁴ This ‘spatial pathology’ of the city, already fully present in the organicist metaphors of romantic, realist, and naturalist novelists alike, gained new and apparently scientific support in the last quarter of the 19th century with the gradual emergence of the disciplines of sociology, psychology, and psychoanalysis. The space of the new city was now subjected to scrutiny as a possible cause of an increasingly identified psychological alienation – the Vienna Circle

Nesse contexto sociopsicológico da história urbana, Vidler ainda descreve fobias causadas pelas radicais mudanças urbanas ocorridas no fim do século XIX. Tais patologias, identificadas por Otto Westphal, o autor as imputa ao processo de *Haussmanization*⁵⁵ ocorrido naquela época:

Essas condições psicológicas apresentavam sintomas como palpitações, sensações de calor, vermelhidão, tremores, medo petrificante de morrer e extrema timidez quando os pacientes de Westphal [Otto Westphal, que identificou pela primeira vez os sintomas da ansiedade urbana] andavam através de espaços abertos ou através de ruas vazias⁵⁶ (Vidler, 1991, p. 35, tradução nossa).

O conceito de patologia espacial expresso por Vidler correspondia a qualquer processo urbano que afetasse drasticamente determinados indivíduos, causando fobias pela profunda mudança do tecido urbano. Assim, a expressão *Haussmanization* foi por ele utilizada para definir o processo de profunda alteração no tecido urbano com a aplicação de princípios de um urbanismo pragmático⁵⁷. Governantes com o mesmo perfil de Haussmann, ou seja, de um urbanismo pragmático, interviram em outras cidades da América do Sul, como Buenos Aires, Caracas e Santiago, com o mesmo sentido que foi planejado para o Rio de Janeiro – projetar internacionalmente uma metrópole burguesa, tendo como referencia o modo de vida europeu.

No Rio de Janeiro, desde a década de 1850 eram elaborados instrumentos como códigos de posturas, leis, planos e projetos para alterar o cenário da cidade, por meio, entre outras ações, de saneamento, higienização e embelezamento. Esses instrumentos buscavam preparar a cidade para uma nova ordem moral, social e, estética, em que se restringiam a fluidez e a mobilidade do indivíduo louco e pobre, portanto, ‘não civilizado’, justamente os mais afetados pelas patologias

was to call it ‘derealization’ – of the metropolitan individual, and further, as an instrument favoring the potentially dangerous behavior of the crowd (Vidler, 1991, p. 34).

⁵⁵ Georges-Eugène de Haussmann (1809-1891) alterou o antigo tecido urbano parisiense por intermédio de um novo sistema de circulação e uma cirurgia de espaços abertos, preservando os monumentos históricos. A esse modo de intervir no urbano, Françoise Choay chamou “urbanismo de regulação” (Almandoz, 2013). Para Richard Sennett, Haussmann “adaptou os princípios lineares usados pelos romanos, valendo-se de compasso e régua para calcular o traçado das ruas; seus assistentes, que ele chamava de ‘geômetras urbanos’, subiam em altas torres de madeira, especialmente construídas, para avaliar, inclusive, o que deveria ser demolido. [...] Haussmann separou e dividiu as comunidades pobres com avenidas largas” (Sennett, 2016, p. 333).

⁵⁶ *This psychological condition, the symptoms of which included palpitations, sensations of heat, blushing, trembling, petrifying fear of dying, and extreme shyness, occurred when Westphal’s patients were walking across open spaces or through empty streets* (Vidler, 1991, p. 35).

⁵⁷ Na visão de Luciano Patetta o urbanismo nas cidades capitais “estabeleceu uma hierarquia precisa das estruturas urbanas (que coincide, naturalmente, com a hierarquia econômica e das classes sociais). Para que se tornasse evidente a consistência da cidade como ‘organismo’, devia ser respeitada uma rigorosa graduação: a emergência volumétrica e as qualidades formais (ou estilísticas)” (Patetta, 1987, p. 23-24).

espaciais. Assim, a institucionalização em ampla escala, como discutido anteriormente, e a desterritorialização da loucura foram ações efetivadas e decorrentes de um processo civilizatório que se intensificou no início do período republicano na cidade.

2.2 A desterritorialização do indivíduo louco pobre na cidade do Rio de Janeiro

A Revolução Industrial trouxe para as sociedades modernas a divisão do trabalho, a competição e a força do poder econômico. Todas essas características da sociedade tornaram-se expressões do individualismo e da busca por um lugar na sociedade. O indivíduo urbano moderno deveria ter um forte senso moral para fazer as escolhas certas, uma vez que as paixões e emoções estavam em constante disputa para ultrapassar os limites impostos pela razão (Berrios, 1985; Hawkins, 1991; Simmel [1903, 1908], *apud* Wolff, 1964).

Nesse sentido, a loucura urbana ganhou representação como imagem do “não civilizado”, significando um mundo à parte do mundo “civilizado” moderno. André Azevedo faz uma análise semântica dos termos “civil”, “civilidade”, “polícia”, “urbano” e “urbanidade” e estabelece um elo semântico entre “urbanizar” e “civilizar” (Azevedo, 2003). Assim, fazendo uma ponte entre o pensamento de Azevedo e o processo civilizatório na cidade do Rio de Janeiro, vemos que, se a loucura “não era civilizada” por não ser capaz de arcar com características e comportamentos adequados para o pertencimento à sociedade, conseqüentemente ela seria banida à semelhança dos pobres.

Para que se possa entender o sentido e o significado da desterritorialização da loucura pobre, faremos uma breve digressão sobre as bases ideológicas da mudança urbana na cidade do Rio de Janeiro abrangendo duas vertentes: a negação das estruturas urbanas da cidade colonial e a (re)organização da cidade, tendo como referência um modelo excludente de urbanização.

2.2.1 *Estudo de um fenômeno: a negação do passado colonial e da pobreza na perspectiva urbana da capital federal*

A cidade que os portugueses construíram na América não é produto mental, não chega a contradizer o quadro da natureza, e sua silhueta se enlaça na linha da paisagem. Nenhum rigor, nenhum método, nenhuma previdência, sempre esse

significativo abandono que exprime a palavra “desleixo” – palavra que o escritor Aubrey Bell considerou tão tipicamente portuguesa como “saudade” e que, no seu entender, implica menos falta de energia do que uma íntima convicção de que “não vale a pena” (Holanda, 1995, p. 110).

No trecho acima, do capítulo *o Semeador e o Ladrilhador* do livro *Raízes do Brasil* (1995), Sérgio Buarque de Holanda interpreta criticamente os métodos colonizadores dos portugueses. Fazemos aqui um parêntese sobre uma das vertentes da visão crítica de Buarque de Holanda acerca do fenômeno urbano. Segundo Fania Fridman, Sérgio Buarque de Holanda sofreu influência, em Berlim, “quando entrou em contato com a crítica interpretativa dos fenômenos urbanos de Simmel, Krakauer e Benjamin” (Fridman, 2007, p. 65). Revestido dessa linha crítica, Buarque de Holanda identifica a figura do *semeador* com os portugueses e a do *ladrihador* com os espanhóis. Os espanhóis, numa empreitada colonizadora ladrilhadora, asseguraram a ocupação do solo conquistado, enquanto os portugueses estavam presos ao litoral, semeando o território, sem nenhum rigor, sem nenhum método, como revelado no texto acima.

A raiz do traçado da cidade colonial brasileira vem da tradição portuguesa ultramarina em construir cidades-fortificação, diferentemente do que aconteceu com a ocupação espanhola nas Américas, a qual, segundo Buarque de Holanda, “caracterizou-se largamente pelo que faltou à portuguesa: por uma aplicação insistente em assegurar o predomínio militar, econômico e político da metrópole sobre as terras conquistadas” (Holanda, 1995, p. 95).

Desse modo, as cidades da América portuguesa tinham traçado sinuoso e ruas estreitas, que no conjunto desenhavam circulações com pouca visibilidade e pouca amplitude de visão, tanto para quem estava na cidade quanto para quem estava fora dela. No caso do Rio de Janeiro, o traçado formava uma malha urbana que dava organicidade aos espaços da urbe e respeitava os limites físicos – morros, pântanos, mar. A malha urbana inicial estava restrita à área central, entre os Morros de Santo Antônio, do Castelo, da Conceição e São Bento, o que dificultava a expansão da vila e, depois, da cidade. A figura 2.2, mapa do século XVIII, revela o confinamento da malha urbana situada entre os morros e o mar.

Uma correspondência dos espaços coloniais orgânicos e com limites naturais da cidade do Rio de Janeiro pode ser feita com o pensamento espacial e territorial de Georg Simmel. Para este autor, o espaço físico onde acontecem as interações sociais é uma forma estanque; assim, o importante para Simmel são as interações sociais que acontecem no espaço físico, que dão a ele, espaço, características e qualidades. Ainda nesse viés, o espaço que adquiriu características fruto

das interações sociais, o autor denomina de espaço sociológico, que, segundo ele, ganha marcas puramente psicológicas por agregar visões e comportamentos psicológicos dos indivíduos que interagem nele. A noção de limite nos espaços torna-se norteadora das relações sociais; dessa maneira, o limite delimita os espaços relacionais entre os indivíduos. Portanto, de acordo com o autor, “o limite não é um fato espacial com efeitos sociológicos, mas um fato sociológico que assume sua forma espacialmente” (Simmel, 2013, p. 81).

Na perspectiva de Simmel, estabelecendo uma leitura das relações entre indivíduos nos espaços físicos da cidade colonial orgânica, cercada pela natureza, vemos que esses espaços sociológicos imputavam-lhe características capazes de acolher a diversidade e a multiplicidade porque as relações sociais eram diversas e múltiplas. Diferentes pessoas – escravos, forros e livres, portugueses, mascates, brasileiros, italianos – ocupavam os espaços da área central da cidade do Rio de Janeiro sem distinção social ou segregação na ocupação dos espaços. Entretanto, essa organicidade espacial e relacional foi mudando, principalmente a partir da chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro e do decorrente crescimento populacional.

Em 1799, havia na cidade do Rio de Janeiro 42.168 habitantes, distribuídos na área central, de acordo com os dados do recenseamento de 1906. A maior parte dos habitantes ocupava as freguesias da Sé, Candelária, São José e Santa Rita. Já próximo à Independência, em 1821, a população na cidade era de 112.695 habitantes, distribuídos pelas freguesias urbanas⁵⁸ e freguesias afastadas ou rurais⁵⁹, apontando um crescimento da população, em 22 anos, de 167%. A vinda da corte para o Rio de Janeiro acarretou a primeira mudança urbana na cidade e a população mais do que dobrou no período.

⁵⁸ No recenseamento de 1906, as freguesias urbanas, em 1821, eram Sé, Candelária, São José, Santa Rita e Sant’Anna (Brasil, Recenseamento 1906, 1097, p. 26).

⁵⁹ No recenseamento de 1906, faz-se referência às freguesias afastadas, denominadas suburbanas. Em 1821, eram Engenho Velho, Lagoa, Irajá, Jacarepaguá, Inhaúma, Guaratiba, Campo Grande, Ilha do Governador e Paquetá. (Brasil, Recenseamento 1906, 1907, p. 26). Porém, estas também podem ser classificadas como áreas rurais.

Figura 2.2 - Mapa levantado pelo sargento-mor de engenheiros Francisco José Roseio, em 1769, e apresentado em 6 de janeiro de 1770, com o fim de levantar uma trincheira de fortificação à cidade do Rio de Janeiro.



Fonte: Recenseamento de 1920, Brasil, 1923, p. 11

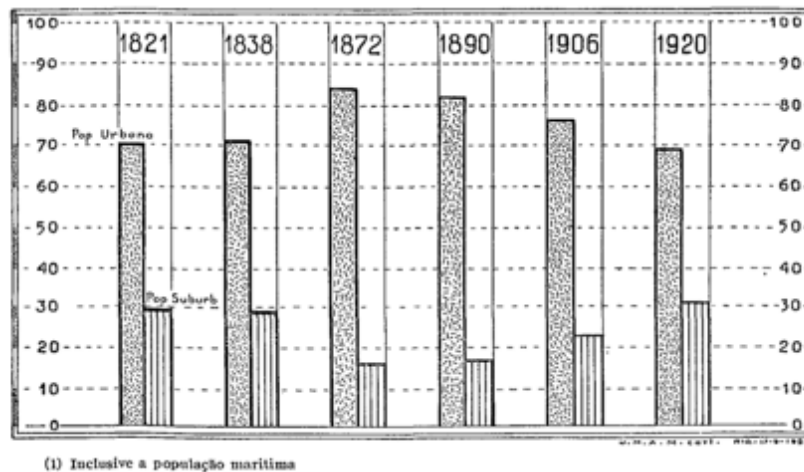
A conexão entre a chegada da corte e o aumento da população na cidade do Rio de Janeiro é comentada por Juliano Moreira através do aumento dos índices de loucura como decorrência do rápido desenvolvimento urbano e da luta pela sobrevivência na cidade:

Com a vinda para o Brasil da corte de D. João VI houve um rápido crescimento da população da cidade do Rio de Janeiro. O rápido desenvolvimento do meio urbano, certo gosto pelo luxo, o aumento da luta pela vida, trouxeram, também, um relativo acréscimo de casos de alienação mental. Cresceu o número de tais infelizes nas prisões. Os mais desgraçados eram enviados às horrorosas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia (Moreira [1905], 2011, p. 730).

Em 1890, a população da cidade do Rio de Janeiro, Distrito Federal, era de 522.651 habitantes, perfazendo, em 79 anos, um aumento de 364% em relação ao ano de 1821. Pechman e Fritsch atribuem como causa para o crescimento populacional, que continuava acelerando, o

motivo de o Rio de Janeiro ser um ponto focal administrativo, financeiro, comercial e cultural (Pechman e Fritsch, 1985). Já Benchimol atribui o aumento da população na cidade ao desenvolvimento das indústrias têxteis e de fiação e à decadência da cultura do café no Vale do Paraíba, que provocaram migrações internas e externas (Benchimol, 1990). A figura 2.3 apresenta o crescimento da população da cidade do Rio de Janeiro e compara áreas urbanas e suburbanas:

Figura 2.3 - Crescimento da população urbana e suburbana/rural na cidade do Rio de Janeiro.



Fonte: Recenseamento de 1920, Brasil, 1923, p. XXI.

Durante todo o século XIX, como representado no gráfico, o percentual da população urbana era mais alto do que o da população suburbana, principalmente nos anos de 1872 e 1890. Considerando que a população urbana ocupava as áreas centrais da cidade, confinada entre o mar e os morros, houve o agravamento das condições sanitárias, e a deterioração das condições de moradia, causada pela alta densidade ocupacional e, também, o adensamento nos espaços urbanos.

Com relação a esse cenário de piora das condições sanitárias e de moradia, Sidney Chalhoub aponta que, nas últimas décadas do século XIX, havia uma ideologia da higiene, na qual os pobres não só eram vistos como um problema na organização do trabalho e da ordem, mas também como uma fonte de contágio (Chalhoub, 1996).

Na perspectiva deste autor, a introdução de códigos de posturas municipais desde a década de 1870 já pressupunha uma visão de oposição entre civilização moderna e tempos coloniais. Esses pressupostos de cunho ideológico conduziam à “verdade” e à “civilização” que legitimaram as políticas públicas de intervenção no meio urbano. Deram, pois, “suporte ideológico para a ação ‘saneadora’ dos engenheiros e médicos que passariam a se encastelar e acumular poder na

administração pública, especialmente após o golpe militar republicano de 1889” (Chalhoub, 1996, p. 35).

As “novas” representações do progresso republicano eram indicativas de uma nova ordem urbana que negava a monarquia e seu passado colonial e projetava a imagem da cidade em outros países, principalmente da Europa. A ordem antiga da urbe não era desordem, mas sim uma organização que suportava a convivência de indivíduos heterogêneos no mesmo espaço orgânico colonial. Sendo assim, houve uma guinada na Primeira República, em que o espaço urbano passou a ser mais valorizado e visto como condição de progresso e civilidade, sendo então resguardado pelo estabelecimento de códigos de higiene, de saneamento, de moral e estéticos.

Gisele Sanglard identifica uma desestrutura da “ordem”, no Rio de Janeiro, na passagem para o período republicano:

Durante a Colônia e o Império, nas áreas rurais o monopólio da violência esteve com os senhores de escravos – e a criação da Guarda Nacional aumentou-lhes ainda mais o poder –, e nas grandes cidades era a polícia quem controlava a “desordem” das ruas. O advento da República desestruturou a ordem anterior, e a Abolição libertou uma população de negros que acabou por se instalar nos cortiços da capital (Sanglard, 2008, p. 75).

A polícia fazia parte da aplicação dos mecanismos de restrição e de vigia desses códigos em prol do bem social comum e dos bons costumes, como revelado, no trecho apresentado no início do capítulo e lembrado aqui:

[...] A minha administração não podia ser estranha a esse plano, porque a boa polícia é o complemento lógico da boa Municipalidade e da boa saúde pública. É ela quem vigia o que a segunda embeleza e o que a terceira saneia. Os três ramos devem ser acordes no levantamento e na *reabilitação moral da urbs*. (Castro, 1905, p. VI, grifo nosso).

Nesse contexto de transformação do tecido urbano da cidade sob condições limitadoras da diversidade e das ações individuais, a polícia desempenhava papel estratégico. As formas de restrição à loucura se deram em dois tempos. A primeira forma de restrição, sem distinção, como maneira de extração, sequestro e isolamento do louco sob métodos coercitivos. Depois, o afastamento da loucura como enfermidade indigente que dependia da assistência e da autoridade pública e da caridade, como apresentado no capítulo 1. Assim, simbolicamente a negação das

estruturas urbanas coloniais abriu espaço para as ações de *renovação urbana* da cidade e a consequente expulsão dos pobres por força da valorização das áreas centrais do Rio de Janeiro.

2.2.2 *A higiene, o saneamento e o belo como ideologia na cidade dos noventa: um modelo excludente de modernidade da urbe*

O processo civilizador que se expressou na cidade do Rio de Janeiro considerava: negar a identidade colonial e sua estrutura urbana com circulações de traçado sinuoso e estreito e edificações de arquitetura civil e militar portuguesa; e privilegiar o projeto de um sistema viário que sobrepujasse os tecidos urbanos antigos. A identidade republicana, apoiada nos modelos estéticos e higienistas urbanos europeus, partia de uma outra leitura dos problemas urbanos, em que os espaços exigiam estruturas urbanas com ruas largas de traçado retilíneo, com ampla visão espacial e preservação dos monumentos históricos⁶⁰. A infraestrutura urbana e o saneamento eram importantes à semelhança do acontecido nas reformas higiênica e habitacional empreendidas pela Inglaterra e Alemanha. Essas intervenções de infraestrutura e saneamento foram efetivadas a partir da metade do século XIX na cidade do Rio de Janeiro e viabilizadas com financiamento do capital estrangeiro.

Jaime Benchimol apresenta uma leitura econômica centralizada nos investimentos em infraestrutura pública capaz de transformar o meio urbano. Esses investimentos foram viabilizados por empréstimos públicos, recursos diretos da Inglaterra ou de outros concorrentes, para a modernização das economias periféricas na segunda metade do século XIX, e tornaram possível a implantação de infraestrutura urbana em países como o Brasil, aparelhando-os para responderem ao fluxo de matéria-prima e de produtos industrializados. No caso do Rio de Janeiro, os

serviços públicos – iluminação a gás, redes domiciliares de água e esgoto, limpeza, transportes urbanos etc. –, instalados por empresas estrangeiras e, em alguns casos, nacionais, empregando assalariados, ajudaram a dissolver o sistema

⁶⁰ André Azevedo indica, em seu estudo, o interesse de Pereira Passos, que “se expressava através da reverência do prefeito para com a tradição da cidade. Esta valorização da tradição do Rio de Janeiro era expressa sobretudo na preservação de referências históricas da cidade. Tal postura reverente para com estas referências da urbe já despontava na ação urbanística de Pereira Passos, quando fora convidado a participar da Comissão de Melhoramento da Cidade do Rio de Janeiro, em 1874” (Azevedo, 2013, p. 271). A postura de Pereira Passos seguiu a tendência do historicismo arquitetônico e o urbanismo do século XIX que, de acordo com Luciano Patetta, tinha a característica morfológica de isolar os monumentos do passado que deveriam ser destacados do espaço reestruturado ao redor (Patetta, 1987, p.23).

escravista [...]. As companhias de bondes comandaram o espraiamento da malha urbana para além do antigo período da Cidade Velha e seu desdobramento recente, a Cidade Nova (Benchimol, 2003, p. 236).

Ainda na mesma linha de pensamento de Benchimol, o novo fluxo de mercadorias, espraiando-se pelas ruas e vielas do centro da cidade, e o crescimento do comércio, com o fluxo de imigrantes também crescente, iam sobrepondo funções na área central do Rio. Segundo o autor,

no populoso centro coexistiam escritórios e bancos, lojas, depósitos, oficinas, trapiches, prédios públicos, moradias particulares em sobrados e casas térreas, armazéns frequentemente associados a cortiços e estalagens, velhos casarões aristocráticos subdivididos em cômodos exíguos e sujos para famílias inteiras de trabalhadores (Ibidem, p. 236).

Outra leitura urbana era a dos higienistas, que ligavam a degradação do meio urbano aos maus hábitos da população, sujeiras e ignorâncias físicas e morais. A degradação era evidente no centro do Rio de Janeiro, onde as habitações coletivas se apinhavam juntamente com o lixo e a falta de saneamento. As ruas estreitas numa cidade cercada por morros não provinham, na visão dos higienistas, a circulação adequada do ar, ocasionando problemas sanitários e de higiene. Era então urgente sanear a cidade, melhorar as habitações coletivas tornando-as higiênicas, principalmente após as epidemias de cólera, febre amarela e varíola que assolaram a população desde 1850.

Gisele Sanglard relaciona a chegada da República com as alterações de competências municipais e federais, principalmente na regulação urbana; assim, coube ao Distrito Federal as intervenções de higiene urbana:

Entre as diversas medidas tomadas pela prefeitura estava, pode-se citar a derrubada do cortiço Cabeça-de-Porco, no Centro do Rio de Janeiro, em fevereiro de 1893 – exatamente um ano após a promulgação da lei que deu poderes à prefeitura para atuar na higiene da cidade. Assim, a destruição do Cabeça-de-Porco na gestão do médico e prefeito Barata Ribeiro (1892-1893) reforçou a vitória da política higienista e abriu o período de forte intervenção pela qual cidade que passaria ainda na gestão do prefeito Pereira Passos (1902 – 1906) – o Rio do bota-abaixo. Ação demolidora culminou com a derrubada do morro do Castelo, na gestão do prefeito Carlos Sampaio (1920-1922), visando a todas as referidas medidas de melhoria das condições higiênicas e sanitárias da cidade” (Sanglard, 2008a, p.65).

Jaime Benchimol afirma que, no contexto da epidemia de febre amarela de 1850, institucionalizou-se um novo tipo de medicina como conhecimento e como prática de intervenção na sociedade urbana. A medicina social incorporava em suas ações e estratégias a geografia, geologia, história e economia, fazendo uso de dados estatísticos para intervir no espaço; era basicamente preventiva, localizando os perigos urbanos locais e agindo no habitante da cidade, preservando a saúde coletiva: “torna-se um braço a serviço da prosperidade e segurança do Estado” (Benchimol, 1990, p. 115).

Desse modo, segundo este autor, a perspectiva da medicina social ganhava autoridade para intervir em tudo que pudesse causar doença. A coabitação numerosa, caracterizada por agrupamentos de indivíduos ocupando o mesmo local de moradia, num relacionamento desordenado, era um dos alvos da polícia médica:

Ao responsabilizar a desordem urbana pela degeneração da saúde não só física como “moral” da população, a medicina social diagnosticava causas naturais, relacionadas às peculiaridades geográficas do Rio de Janeiro, e, sobretudo, causas sociais, tanto no nível do funcionamento geral da cidade como de suas instituições. A primeira causa da doença era, então, a geografia do meio ambiente, em particular as condições climáticas (Ibidem., p. 116).

A medicina social e a polícia social apontadas por Benchimol são traduzidas depois por Chalhoub como o advento da ideologia da higiene como visto anteriormente. Essa ideologia dava suporte aos engenheiros, médicos e políticos para intervirem no meio urbano e vinha ao encontro da inserção da cidade num panorama internacional, buscada desde o período imperial. Entretanto, os mecanismos idealizados – leis, planos e projetos – não foram efetivados naquela época.

De fato, a efetivação desse ideal no plano da urbe aconteceu no início dos novecentos, nas administrações do prefeito Francisco Pereira Passos (1902-1906) e do presidente Francisco Rodrigues Alves (1902-1906), tendo como orientação o plano da Comissão de Melhoramentos, publicado em 1875, do qual participou da sua elaboração o engenheiro Francisco Pereira Passos. Segundo Lucia Silva, não havia proposta higienista no Plano de Melhoramentos, mas, sim, uma orientação para o saneamento, o que, para esta autora, revelou uma mudança na leitura dos problemas da urbe (Silva, 2013, p. 204).

Pedro Cantisano aponta outra abordagem a dos instrumentos jurídicos que tornou possível a rápida efetivação das intervenções urbanas por parte do governo municipal e federal. Um

conjunto de leis e decretos muitos já estabelecidos que deram suporte jurídico às ações de Pereira Passos e Rodrigues Alves no início do século XX (Cantisano, 2016).

Benchimol já havia revelado que, sobre a questão do patrimônio municipal, Pereira Passos colocou em prática as disposições de uma lei municipal de 1898. Apoiado na lei, o prefeito estabeleceu um prazo de noventa dias para que a Diretoria de Patrimônio registrasse, “com base na planta da cidade e em outros documentos do Arquivo Municipal, assim como nos trabalhos da Comissão da Carta Cadastral” (Benchimol, 1990, p. 259), os limites dos domínios municipais nos terrenos foreiros. Essa medida facilitou a negociação do prefeito com os proprietários dos terrenos, a partir do reconhecimento do domínio municipal.

Pechman e Fritsch afirmam que Pereira Passos estabeleceu medidas para o disciplinamento dos espaços urbanos e de seus moradores. Para exercer a função de regulador de usos urbanos, Passos teria que transferir para a esfera pública competências da esfera privada. “Para cercar seu projeto de base legal, Passos, tomando como ponto de partida o Código de Posturas de 1832, elaborou uma nova legislação municipal” (Pechman e Fritsch, 1985, p.155). Com base no momento vivido pela cidade, conservou, adaptou com mais rigor, substituiu e colocou em prática medidas do código que não estavam sendo cumpridas (Ibidem).

Supportados por um arcabouço jurídico e de instrumentos de planejamento, os governos federal e municipal concretizaram as ações transformadoras da cidade que já vinham sendo pensadas por longo tempo. Essas intervenções ocorreram em dois níveis: as ações municipais, conduzidas pela administração do prefeito Pereira Passos; e as federais, dirigidas pelo presidente Rodrigues Alves. As obras realizadas por Rodrigues Alves tinham como objeto o desenvolvimento econômico e comercial, com a ampliação e modernização do Porto do Rio de Janeiro, a abertura de ruas e avenidas, de modo a melhorar a circulação de mercadorias e as trocas comerciais. Cabe nesse sentido uma reflexão se as obras do Porto do Rio tiveram efetividade, tendo em vista que o Porto de Santos, em São Paulo, inaugurado em 1892, já estava operando.

As obras sob a responsabilidade de Pereira Passos estavam relacionadas com a abertura das Avenidas Central e Beira-Mar, a implantação e recuperação de uma série de jardins e praças ao longo dessas ações e a integração do centro com os subúrbios da cidade, principalmente os bairros da classe operária nos subúrbios do Rio de Janeiro. Além de compatibilizar as intervenções municipais com as federais, Passos privilegiou a circulação e o transporte – trem e bonde na cidade (Azevedo, 2013; Benchimol, 2003, 1990; Pechman e Fritsch, 1985; Silva, 2013).

Gisele Sanglard aponta que a administração do prefeito Pereira Passos caracterizou-se por ações intervencionistas e autoritárias na reforma urbana, o

que possibilitou a solução concomitante dos três principais problemas da cidade: o viário, com suas ruas estreitas que impediam a circulação de veículos maiores do que as tradicionais carroças de um só burro; os principais focos de epidemia – as habitações populares –; e a arquitetura obsoleta da cidade, com os prédios herdados dos períodos colonial e imperial. Foi o Rio do “bota-abaixo”, cujo alvo principal foram as numerosas habitações populares e existentes na região e que teve no discurso sanitarista a justificativa de suas ações (Sanglard, 2008, p.76).

Pedro Cantisano defende que, dentre as mudanças legislativas que deram suporte às ações governamentais na reforma urbana, destaca-se a Lei nº 939, de 29 de dezembro de 1902, que possibilitou as desapropriações no perímetro das intervenções. Este autor chama a atenção para um dispositivo desta lei, os atos exercidos *ratione imperii*, o que “proibia que o Judiciário interviesse quando o prefeito praticasse tais atos” (Cantisano, 2016, p. 406). Uma vez que tais atos não estavam definidos na lei, afirma o autor que se abriram espaços para arbitrariedades. O Decreto nº 1.151, de 1904, estendeu esse dispositivo ao diretor-geral da Saúde Pública, Oswaldo Cruz (Idem, p. 406).

No tocante às ações de saúde pública no período, Gilberto Hochman, aponta que a reforma sanitária comandada por Oswaldo Cruz se deu “em um contexto político e social extremamente complexo, e também foi parte da grande reforma urbana da cidade do Rio de Janeiro na gestão de Pereira Passos” (Hochman, 1998, p. 99-100). E ainda, enfatizando a participação da saúde pública na reforma de Passos, Hochman e Fonseca apontam que a principal característica da gestão de Oswaldo Cruz

à frente dos serviços federais de saúde entre 1903 e 1909, basicamente restritos ao Distrito Federal e aos portos. A principal característica dessa fase seria a ênfase no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola (Hochman e Fonseca, 1999, p. 75-76).

Como visto a legislação foi a grande aliada de Pereira Passos para a renovação do centro da cidade, viabilizando de forma rápida e efetiva o “Bota Abaixo”. As habitações coletivas, onde moravam os imigrantes, escravos libertos e seus descendentes, a população pobre que dependia da proximidade do centro da cidade para trabalhar, foi a grande atingida pelas demolições para a abertura de avenidas e ruas no centro da cidade. A legislação municipal, uma aliada, pressionava,

por meio de multas, para mudanças e melhorias nas habitações, que tiveram seu custo aumentado por conta das exigências construtivas; ou exigia a demolição delas quando eram consideradas em estado de ruína. Decorreram dessa aliança legislativa duas situações: a primeira, a valorização dos imóveis e terrenos pelas melhorias urbanas realizadas; e a segunda, a expulsão da população pobre para as áreas adjacentes e menos valorizadas e a ocupação dos morros do centro da cidade (Benchimol, 1990; Chalhoub, 1996; Silva, 2013; Vaz, 1994).

As habitações coletivas eram a principal moradia da população pobre no centro da cidade do Rio de Janeiro. Fania Fridman, nesse sentido, apresenta dados sobre o crescimento dessas habitações desde a metade do século XIX:

Em 1858, só na freguesia de Santana havia 154 deles (de um total de 842 na cidade). No ano de 1870, eles representavam residência para 29% da população local, o maior percentual da cidade. Se na ocasião as moradias coletivas concentravam-se nas freguesias de Santana, Santo Antônio, Santa Rita, Glória, São José, Espírito Santo, em 1888 elas centralizavam-se em Santana, Santo Antônio, Sacramento e Espírito Santo (Fridman, 2007, p. 27).

De acordo com os dados do recenseamento de 1920, com a abertura da Avenida Central os distritos da Candelária, Santa Rita e São José tiveram suas áreas valorizadas pelos melhoramentos urbanos e arquitetônicos e pela mudança de vocação habitacional para comercial, o que teve como consequência a expulsão da população pobre dessas áreas. Na figura 2.4 fica clara a saída de habitantes das áreas, por apresentarem dados de crescimento populacional negativo. O distrito da Candelária, no período de 1906 a 1920, apresentou crescimento de – 11,05%, Santa Rita apresentou – 16,91% e São José – 35,52%. Já Irajá apresentou, no período, um crescimento de 263,37%, seguido por Inhaúma, com crescimento de 95,45%. Muito embora existisse uma malha de transporte consolidada na cidade no período das reformas – trens implantados desde 1858 e bondes desde 1868 – para os bairros suburbanos, não identificamos até o momento estudos que apontassem que a população pobre tenha migrado de forma intensificada para os bairros suburbanos. Os aspectos impeditivos para tal eram: o elevado custo de construção nessas áreas por estar a construção no subúrbio, também, sujeita ao código de posturas da prefeitura; e o elevado custo do transporte para ir e voltar do subúrbio para o centro e outras áreas da cidade.

Figura 2.4 - Crescimento populacional nos distritos da cidade do Rio de Janeiro entre 1906 e 1920.

Crescimento da população districtal no período de 1906 a 1920

DISTRICTOS	POPULAÇÃO		CRESCIMENTO NO PERÍODO		CRESCIMENTO MÉDIO ANUAL			
	1906	1920	Absoluto	Relativo %	Aritmético	Geométrico	Wagenaar	
Candelária	4 454	3 962	- 492	- 11,05	- 0,79	- 0,81	- 0,84	
Santa Rita	45 929	38 164	- 7 765	- 16,91	- 1,21	- 1,32	- 1,32	
Sacramento	24 612	27 370	2 758	11,21	0,80	0,76	0,76	
São José	42 980	27 714	- 15 266	- 35,52	- 2,54	- 3,09	- 3,09	
Santo Antonio	38 996	49 325	10 329	26,49	1,90	1,70	1,68	
Santa Theresza	7 971	8 326	355	4,45	0,32	0,31	0,31	
Gloria	57 477	68 330	10 853	18,88	1,35	1,25	1,24	
Lagoa	47 992	57 558						
Gaven	12 570	15 270						
Copacabana	—	22 761	35 027	57,81	4,14	3,32	3,21	
Sant Anna	37 266	40 632	3 366	9,03	0,65	0,62	0,62	
Gambôa	42 049	50 699	8 650	20,57	1,47	1,35	1,34	
Espirito Santo	57 682	77 798	20 116	34,87	2,50	2,17	2,13	
São Christovão	45 098	59 332	14 234	31,56	2,26	1,99	1,95	
Engenho Velho	37 695	48 948	11 253	29,85	2,14	1,89	1,86	
Andaraý	48 536	84 171	35 635	73,35	5,25	4,02	3,84	
Tijuca	7 708	11 484	3 776	48,99	3,51	2,90	2,82	
Engenho Novo	28 422	41 727	13 305	46,81	3,35	2,79	2,72	
Mejer	34 476	57 252	22 776	66,06	4,73	3,70	3,56	
Inhaúma	67 478	131 886	64 408	95,45	6,84	4,92	4,63	
Itará	27 405	59 586	32 181	117,43	18,87	9,68	8,14	
Jacarépaguá	14 980	19 751	4 771	31,85	2,28	2,00	1,97	
Campo Grande	31 248	52 405	21 157	67,71	4,85	3,71	3,62	
Guaratiba	17 925	23 669	5 744	31,69	2,27	1,99	1,96	
Santa Cruz	15 380	16 506	1 126	7,32	0,52	0,51	0,51	
ILHAS	Faquetá	2 283	2 916	633	27,73	1,99	1,77	1,74
	Governador	5 616	8 785	3 169	56,43	4,04	3,26	3,15
	Outras	1 083	1 332	249	22,99	1,65	1,49	1,48
	TOTAL	8 982	13 033	4 051	45,10	3,23	2,70	2,64

Fonte: Recenseamento de 1920, Brasil, 1923, p. XXIII.

Outra consequência das intervenções na cidade foi a ocupação dos morros próximos pela população pobre e dependente da proximidade da área central quando tiveram suas habitações demolidas, como coloca Lilian Fessler Vaz:

Expulsos do centro e impedidos de se assentar até nos locais mais distantes e mais econômicos, os pobres encontraram outra opção na ocupação de morros vazios nas proximidades do centro. A autoconstrução com materiais precários sobre terrenos de propriedade incerta se difundiu rapidamente e a favela começou a se fazer notar na paisagem da cidade (Vaz, 1994, p. 588).

Lilian Fessler Vaz aponta ainda que as primeiras construções no Morro da Providência foram de soldados egressos da Guerra de Canudos em 1897. A autora menciona que no morro já devia haver construções dos desalojados da demolição do cortiço Cabeça de Porco em 1893. Foi nesse morro que também se instalaram os pobres da área central que tiveram suas habitações

demolidas na reforma de Passos. Como mencionado por Lilian Fessler Vaz e Sidney Chalhoub, o Rio de Janeiro saía da era dos cortiços e entrava na era das favelas (Chalhoub, 1996; Vaz, 1994).

Como memória da cidade colonial, as fotografias 2.5 a 2.7, tiradas por Augusto Malta, retratam as imagens do perfil da região central. Percebem-se nelas o casario e a vista panorâmica do centro da cidade do Rio de Janeiro, paisagens urbanas onde os sobrados e os telhados coloniais são, ainda, remanescentes e espaço de resistência frente ao processo de renovação urbana marcado por grandes obras.

Figura 2.5 - Fotografia aérea do centro do Rio de Janeiro: Rua do Sacramento (atual Avenida Passos)⁶¹, antes do prolongamento; ao fundo, o Morro de Santo Antônio.



Fonte: Coleção Pereira Passos, fotógrafo Augusto Malta, 1903. Acervo: Museu da República/RJ.

⁶¹ De acordo com Noronha Santos, 1965, p. 100.

Figura 2.6 - Fotografia aérea das demolições na Rua do Sacramento depois do prolongamento.



Fonte: Coleção Pereira Passos, fotógrafo Augusto Malta, 1903. Acervo: Museu da República/RJ.

Figura 2.7 – No centro da fotografia o prefeito Pereira Passos na inauguração das obras na área central



Fonte: Coleção Pereira Passos, fotógrafo Augusto Malta, s/data. Acervo: Museu da República/RJ.

As radicais mudanças no tecido urbano da cidade colonial estabelecidas pela ordem civilizatória acarretaram o banimento, dos espaços da urbe, daqueles indivíduos que se tornaram *estranhos* à nova organização da cidade moderna, já que não correspondiam aos “padrões” de civilização pretendidos. Nesse sentido, os estranhos poderiam ser os vadios, os mendigos, as prostitutas e os loucos ociosos e perambulantes.

Considerando a teoria social de Georg Simmel, podemos estabelecer, a partir da figura do estranho, desenvolvida em seu ensaio *The stranger* (1908),) uma analogia com a desterritorialização do indivíduo louco e pobre na cidade do Rio de Janeiro. Em Simmel, o estranho é um personagem que combina qualidades, aparentemente contraditórias, de proximidade e afastamento. O estranho pertence ao grupo social pelas semelhanças mais gerais; mas, como os pobres e como vários “inimigos internos”, é um elemento do próprio grupo que pode se desconectar ou se afastar dele. Sua posição como membro de pleno direito envolve tanto estar fora dele como confrontá-lo. No pensamento social do autor, o estranho é livre e, sob essa condição de pleno direito e liberdade, mesmo que potencial, não abandona a condição de poder ir e vir (Simmel [1908], *apud* Wolff, 1964, p. 402-408). Já o pobre, assim como o louco pobre, não conseguiu, na urbe republicana, assumir a condição potencial do *estranho* e transpor os limites do espaço e do grupo social, sem poder e nem ter direito a confrontá-lo, e até mesmo de se afastar dele. E sem essa condição, ele perdeu seu território na cidade do Rio de Janeiro e foi institucionalizado no hospício e de lá transferido para as colônias agrícolas.

2.3 Quem era o indivíduo louco pobre internado nas colônias para alienados na cidade do Rio de Janeiro e de onde ele vinha?

Como já visto no capítulo 1, a porta de entrada para a institucionalização do doente mental, do sexo masculino e indigente era o Hospício Nacional de Alienados. Para identificar quem era doente internado no HNA e posteriormente transferido para as colônias agrícolas, e de onde ele vinha, ou seja, por onde ele circulava na cidade quando apreendido pela polícia, analisamos qualitativamente dados de 133 prontuários médicos correspondentes ao período de 1890 a 1919. Considerando que na maioria desses documentos clínicos não constava o endereço do indivíduo, adotamos, para fins metodológicos, o campo do documento que identifica a origem, isto é, o

distrito, a delegacia ou o serviço auxiliar policial onde ele foi apreendido, como possível área de abrangência para definir a procedência.

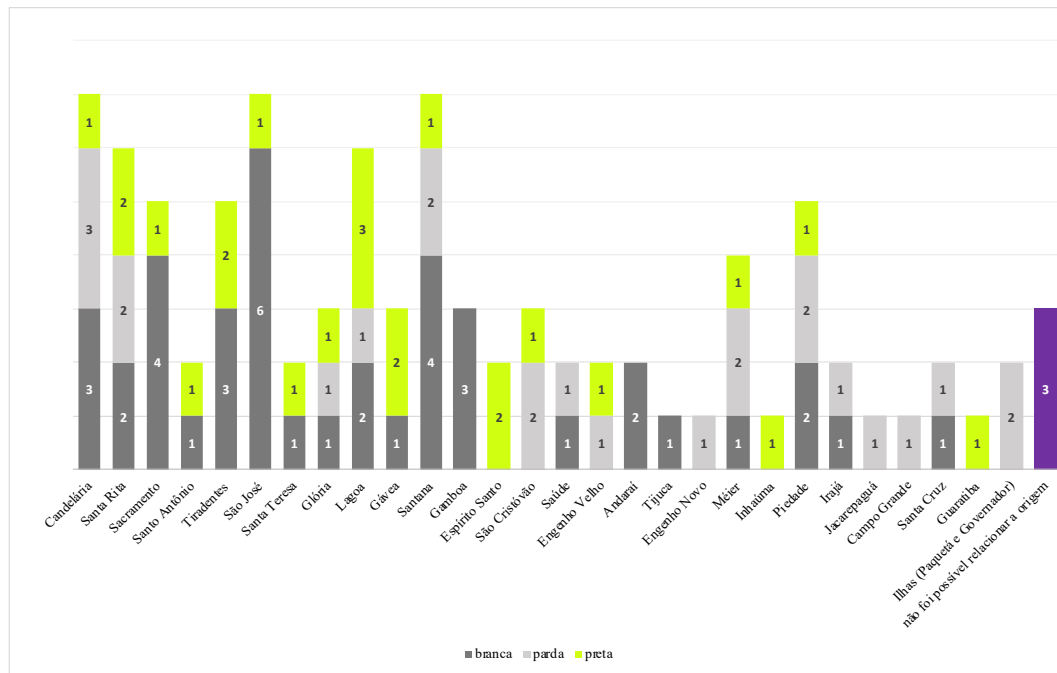
Para a definição do local policial de origem, utilizamos como referência as listas de delegacias urbanas e distritos policiais estabelecidas pelos Decretos nº 1.034B de 1892 e nº 6.440, de 1907. Esses decretos relacionavam as unidades policiais com os respectivos limites das circunscrições urbanas e dos distritos da cidade do Rio de Janeiro. As circunscrições das delegacias urbanas coincidiam com as freguesias da cidade em 1892, do mesmo modo, os distritos policiais assemelhavam-se à divisão territorial estabelecida por Pereira Passos, descrita no Decreto nº 434, de 16 de junho de 1903, enquanto localização geográfica no território municipal, ver Anexo A com as listas de distritos, freguesias e circunscrições.

Na divisão distrital da Polícia Civil, há duas áreas que diferem da classificação de Pereira Passos: o 4º distrito policial, de Tiradentes, e o 20º distrito policial, de Piedade. No livro sobre as freguesias do Rio Antigo vistas por Noronha Santos, Tiradentes fazia parte de Sacramento; já Piedade era um centro populoso da freguesia de Inhaúma (Noronha Santos, 1965). Como consta nos gráficos apresentados a seguir, optamos por não incorporar Tiradentes e Piedade às freguesias ou distritos correspondentes à legislação de Pereira Passos.

No que tange à divisão territorial do Rio de Janeiro, até o fim da Monarquia os limites territoriais do município concordavam com a divisão eclesiástica de 21 freguesias. Em 1892, a capital federal contava com 20 circunscrições urbanas e 8 circunscrições suburbanas. O recenseamento de 1906 adotou a divisão do território do Distrito Federal estabelecida pelo Decreto nº 434/1903, com 25 distritos. Em 1915, o Decreto nº 1.698 criou o distrito de Copacabana, o que perfazia o total de 26 distritos urbanos e suburbanos. E o recenseamento de 1920 continuou com os 26 distritos de 1915, muito embora o Decreto nº 1.376, de 22 de julho de 1919 tenha criado o distrito da Penha (Brasil Recenseamento 1906 e 1920, 1923, 1907; Noronha Santos, 1965).

Nessa linha de análise, assumiu-se como definição que o indivíduo louco deveria ter sido apreendido pela polícia e registrado na delegacia urbana ou no distrito policial próximo ao local onde morava ou costumava circular na cidade do Rio de Janeiro. O gráfico 2.1 refere-se à origem dos 133 doentes que foram transferidos para as colônias. Em 88 prontuários foi possível correlacionar a origem com a área urbana, 42 tinham outras instituições de procedência (ver Gráfico 2.2) e em três não foi possível fazer a correlação de origem com a área urbana.

Gráfico 2.1 - Número de doentes internados nas Colônias da Ilha do Governador, no período 1890-1919, distribuídos por cor e por circunscrição urbana e distrito de procedência de registro policial.



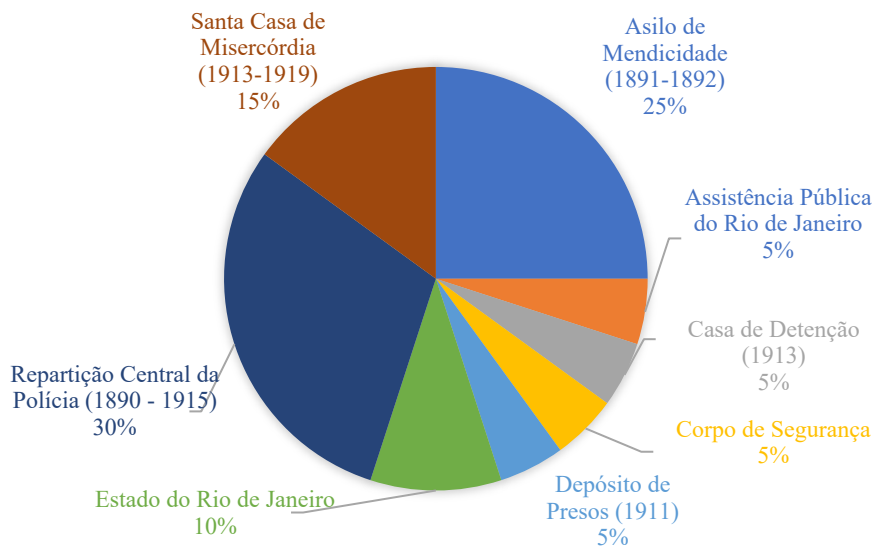
Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

Apesar do gráfico apresentar um período longo de análise ele ratifica o discutido anteriormente: que o maior número de indivíduos vinha dos distritos da Candelária, São José e Santana. Assim, o resultado é compatível com as áreas do centro da cidade que sofreram valorização e mudança de uso, ou seja, de habitacional para comercial. E, dessa forma, nessas áreas se deu o fenômeno de expulsão da população pobre para outras áreas do centro, como já dito. Os distritos da área da central da cidade, também, reúnem a maior quantidade de indivíduos de cor branca nas colônias com destaque para Candelária, Sacramento, Tiradentes, São José, Santana e Gamboa.

Santana, Lagoa, Meier, Piedade aparecem com um número relativo de doentes internados nas colônias. De acordo com os recenseamentos de 1906 e 1920, esses foram distritos que cresceram em número de habitantes, provavelmente porque receberam habitantes que saíram das áreas mais centrais da cidade, ficando assim, caracterizada na década de 1910 uma migração para as áreas suburbanas da cidade.

O gráfico 2.2 apresenta a análise qualitativa dos 42 prontuários que apresentaram o número de doentes transferidos para as colônias com procedência que não a unidade policial⁶². O Asilo de Mendicidade, passa da responsabilidade do governo federal para o municipal em 1893, e entre 1891 e 1892, estão representados no gráfico 25% dos prontuários analisados enviados do asilo para o HNA e daí para as colônias. Nos prontuários analisados, nesse espaço de tempo, Marcio Nery, assinava os pareceres de transferência como médico do Asilo, mas, também, entre 1892 e 1893, assinava como médico do Hospício, solicitando transferências de doentes para as colônias. Ressalta-se que nesse período, Marcio Nery, foi o médico que mais transferiu doentes do HNA para as colônias. Do mesmo modo que Nery, Ulysses Vianna, entre 1915 e 1919, solicitou a maioria das transferências do Hospital para as colônias. O estado do Rio de Janeiro, correspondeu à 15% das transferências.

Gráfico 2.2 - Número de doentes internados nas Colônias da Ilha do Governador, distribuídos por instituições de procedência sem correlação com a área urbana.



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

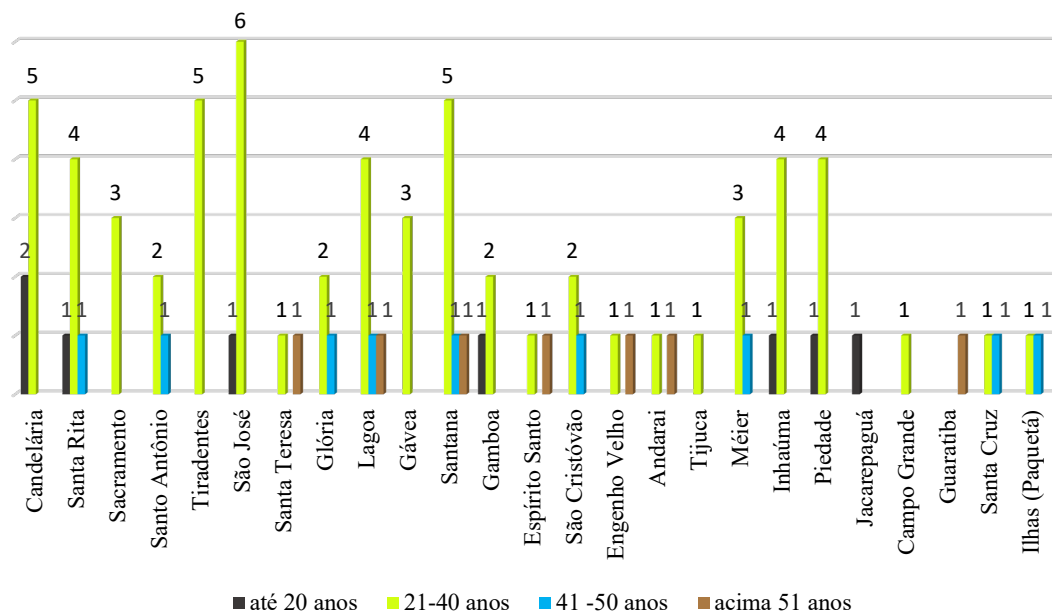
Na análise do gráfico 2.3, sem sombra de dúvida, a população de idade entre 21 e 40 anos era a de maior concentração etária nas colônias agrícolas, fato também, confirmado nos gráficos gerais da assistência apresentados no capítulo 1. Talvez isso se justifique por ser essa uma faixa

⁶² Embora, não apareça no prontuário uma unidade policial como procedência do indivíduo, consta, na maioria, um ofício de encaminhamento da Secretária da Polícia da Capital Federal.

etária que fisicamente estava capacitada para o trabalho agrícola e para a pecuária. A maior incidência de internações, acima de 51 anos, aparece no período entre 1890 e 1893, embora, 30% dos prontuários não tivessem a idade preenchida a tendência observada no universo de pacientes internados no HNA, nesse período, era a de enviar os doentes com idade mais avançada para as colônias, postura diferente do período de Juliano Moreira e João Rodrigues Caldas. Entre o universo de 133 doentes transferidos para as colônias agrícolas, 40 não tinham anotação de procedência ou tinham outras procedências que não as delegacias de registro e 7 não tinham anotação de procedência e nem de idade. Portanto, dos 133 prontuários analisados, 86 prontuários constavam informações que puderam ser representadas no gráfico.

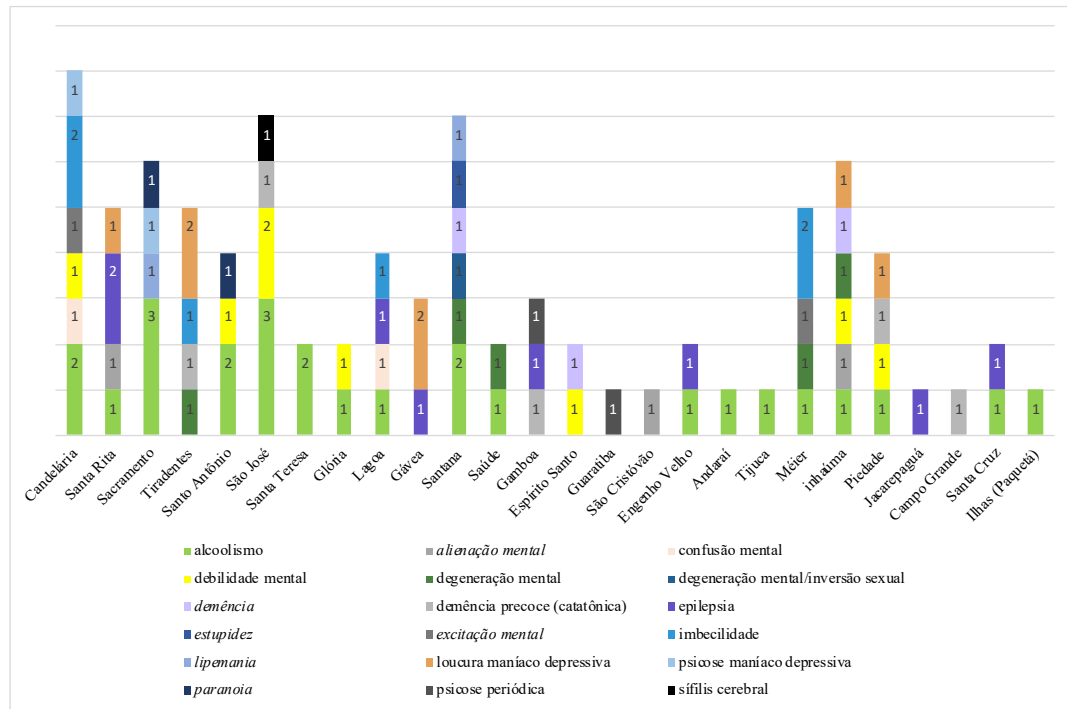
Dos 86 prontuários com anotação de procedência e idade o gráfico apresenta que São José entre 1902 e 1919 foi o distrito com o maior número de transferidos na faixa de 21 a 40 anos para as colônias, seguida por Candelária, Santana e Tiradentes que eram distritos populosos. Santa Rita, Lagoa, Inhaúma e Piedade aparecem em terceiro lugar em número de internados transferidos entre 21 e 40 anos de idade. Isso pode se justificar pelo longo período abrangido pelo gráfico e, como já dito sobre o crescimento desses distritos, Piedade e Inhaúma foram os destinos daqueles que conseguiram mudar para o subúrbio, como visto no gráfico 2.1.

Gráfico 2.3 - Número de doentes internados nas Colônias da Ilha do Governador no período 1890-1919, distribuídos por idade e por distrito de procedência de registro policial.



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

Gráfico 2.4 - Número de doentes internados nas Colônias da Ilha do Governador, no período 1890-1919, distribuídos por diagnóstico e por distrito de procedência de registro policial.



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

Como comentado no capítulo 1, o período de análise dos prontuários abrange dois momentos na psiquiatria brasileira, nas papeletas e nos prontuários encontramos os diagnósticos compatíveis com a classificação estabelecida por João Carlos Teixeira Brandão; e no período de Juliano Moreira a classificação compatível com a do professor Emil Kraepelin. Dos 133 prontuários selecionados, 86 atenderam ao critério registro de procedência e diagnóstico. O gráfico 2.4 apresenta os diagnósticos distribuídos por distritos, as legendas em fonte itálica correspondem às classificações do professor Teixeira Brandão. No entanto, observamos que nas duas classificações os diagnósticos de alcoolismo e sífilis cerebral atravessam todo o período analisado, ver Anexo A com a lista de diagnósticos registrados, por período do prontuário.

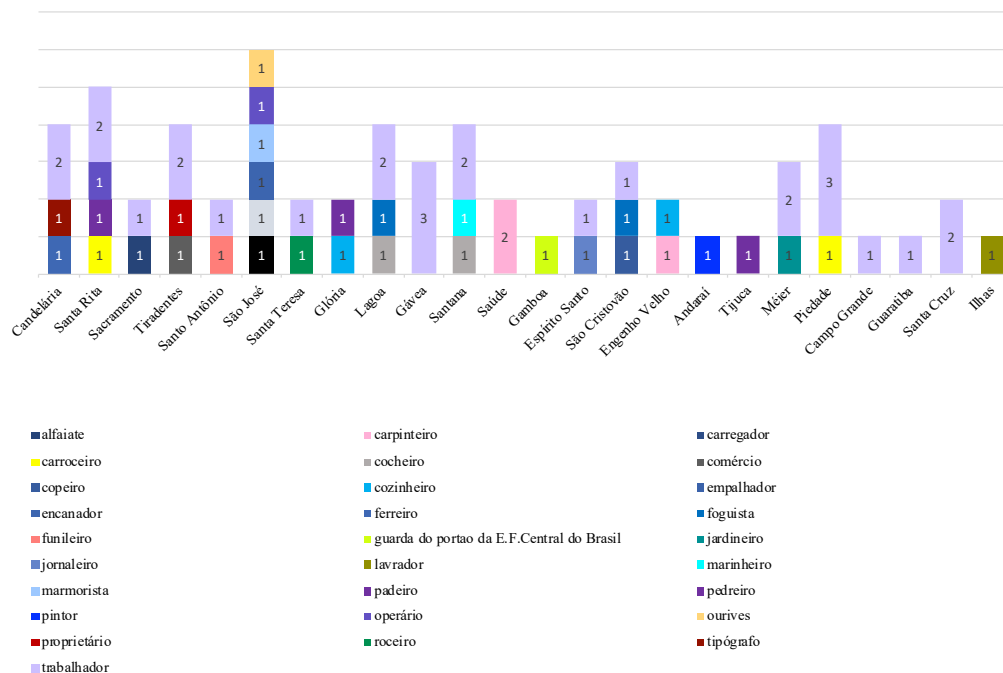
Da mesma forma como observado nos gráficos da análise das movimentações da assistência a alienados, no capítulo 1, o diagnóstico de alcoolismo apresenta-se aqui como sendo o de maior prevalência em todos os distritos. Verificamos o maior número dos diagnósticos de alcoolismo nos distritos de Sacramento e São José, seguidos por Candelária, Santo Antônio, Santa Tereza e Santana. Chamamos ainda a atenção para um único diagnóstico de sífilis cerebral em Santa Rita.

Gisele Sanglard chama a atenção para três doenças que acometiam a população urbana - a tuberculose, a sífilis e o câncer – que no fim do século XIX recupera

a concepção típica do Oitocentos, [onde] a cidade cancerígena ou geradora de tuberculose, onde a promiscuidade e o estilo de vida mais independente, com valores flexíveis do que os do campo, eram os principais fatores de sua propagação. Não era a cidade, mas o tipo de vida que nela se levava – ideia que trazia também uma reinterpretação do velho mito que contrapunha a cidade corrompida ao campo sadio (Sanglard, 2008, p.158).

Desse modo, a tendência observada, nos distritos das áreas centrais da cidade, da incidência de casos de alcoolismo, pode ser associada a doenças derivadas da inadaptação social, como Juliano Moreira colocou, em 1923, e de sífilis e alcoolismo da questão social, como Santos e Verani apresentam, isto é, como discutimos anteriormente, podemos relacioná-las ao modo de vida urbana e ao processo civilizatório na cidade do Rio de Janeiro. Ainda, segundo Fernando Santos e Ana Verani, o alcoolismo como doença social, conceito que surgiu na Europa na segunda metade do século XIX, não estava atrelado a problemas orgânicos, “mas estendia-se para questões de ordem social e moral” (Santos e Verani, 2010, p. 408).

Gráfico 2.5 - Número de doentes internados nas Colônias da Ilha do Governador, no período 1890-1919, distribuídos por profissão e por distrito de procedência de registro policial



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Interação.
Elaboração: própria da autora.

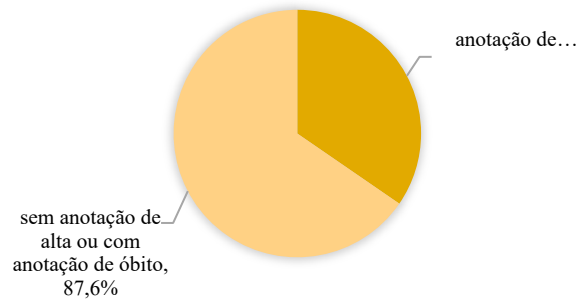
Os dados do gráfico 2.5 correspondem a 62 prontuários nos quais constava o campo “procedência”, isto é, a delegacia policial de registro combinada com o campo “profissão” preenchido. Dentre as profissões assinaladas, pode-se estimar que 25% eram atividades que requereriam certo grau de conhecimento teórico e prático, tais como as de: funileiro, ferreiro, cozinheiro, ourives, marmorista, tipógrafo e outras.

Cabe lembrar, aqui, o descrito anteriormente no capítulo 1, que o indigente era uma categoria mais ampla, cujos indivíduos poderiam estar passando por uma situação temporária de falta de trabalho. Desse modo, o preenchimento do campo “profissão” em grande parte dos prontuários, principalmente entre 1902 e 1919, mostra-se coerente com a classe não pagante, indigente, do interno nas colônias, uma vez que o acometimento da doença mental poderia ser um fator de incapacidade para o trabalho. Do total de prontuários selecionados neste estudo, isto é, 133 doentes, do sexo masculino, internados na categoria indigente, em cerca de 70% estava indicada a profissão. Nesse sentido de análise do preenchimento do campo “profissão”, Daniele Ribeiro verificou que este campo, nos prontuários dos doentes internados no HNA nas décadas de 1870 e 1880, era, também, pouco preenchido (Ribeiro, 2016, p. 108). A mesma tendência se repetiu nos prontuários dos doentes transferidos para as Colônias da Ilha do Governador, no período de 1890 a 1901.

Quanto aos distritos com maior incidência de profissão, ressaltamos São José, com seis profissões diferentes, e Santa Rita, com cinco profissões diferentes. Também observa-se em Tiradentes a profissão assinalada como “proprietário”, o que pode ter sido um engano na informação, considerando que proprietário não seria enquadrado na categoria indigente, e, sim, na categoria pagante. Para a profissão “trabalhador”, Daniele Ribeiro aponta, em seus estudos sobre as profissões dos doentes internados no HNA até a década de 1880, as classificações: “trabalhador do campo”, “trabalhador de enxada” e “trabalhador de roça” (Ribeiro, 2016, p. 93-103). Numa concepção mais ampla, se relacionarmos a profissão “trabalhador” como sendo um dado que guarde alguma relação com o trabalho agrícola, podemos interpretar que os prontuários com essa informação, ao lado daqueles com a informação “roceiro”, “jardineiro” e “lavrador” correspondem a 48% do total das profissões analisadas.

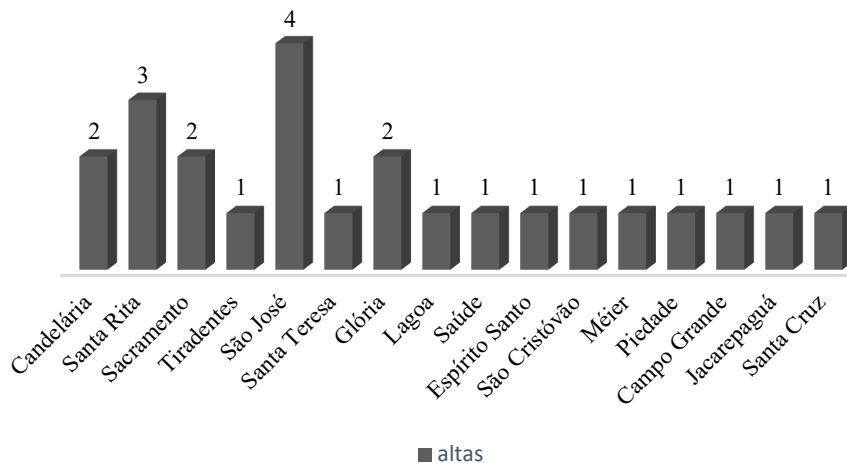
No gráfico 2.6, está representada a totalidade dos 133 prontuários, dos quais: 46 (46,4%) apresentaram anotações sobre alta do paciente, independentemente do número de entradas no HNA, e 87 (87,6%) apresentaram anotações de óbito ou não tinham anotações de óbito ou alta.

Gráfico 2.6 – Distribuição do total dos prontuários com anotação de alta ou sem anotação de alta.



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

Gráfico 2.7 - Número de doentes internados nas colônias agrícolas, distribuídos por altas entre 1911-1919, e por distrito de procedência de registro policial.



Fonte: Acervo do Arquivo Permanente do IMASNS. Série Dossiê Internação.
Elaboração: própria da autora.

O gráfico 2.7 representa as altas anotadas nos 27 prontuários selecionados com anotação de procedência, entre 1911 e 1919. Cabe enfatizar que a maior incidência de altas está concentrada no período em que Rodrigues Caldas foi diretor das Colônias da Ilha do Governador, como já comentado, quando as transferências do HNA para as colônias foram intensificadas. A incidência maior de altas aparece nos distritos de São José, seguido por Santa Rita. O número de altas não chega a ser representativo, mas deve-se considerar que não era uma prática dos psiquiatras do período relatar nos prontuários a evolução dos doentes. Encontramos apenas motivos para atos administrativos, como transferências, devoluções, mudanças de seção etc.

Do ponto de vista da desterritorialização do indivíduo louco pobre, três fatos se mostraram relevantes na discussão deste capítulo. O primeiro, a guinada no processo urbano ocasionado pelas obras de renovação urbana na cidade, que puderam ser efetivadas com o apoio de um arcabouço jurídico. O segundo, o esquecimento da identidade da cidade colonial, em substituição por uma identidade referenciada por uma ideia civilizatória, que contou com elementos de embelezamento estético da cidade do Rio de Janeiro para ser concretizada, fazendo com que cidade fosse uma representação da República. O terceiro, a expulsão dos pobres das áreas objeto da renovação, sem que houvesse no âmbito do planejamento opção para realocá-los. Isso empurrou o problema da moradia para as áreas adjacentes e para os morros do entorno. Os pobres que dependiam do trabalho no centro da cidade também não encontraram lugar nas áreas suburbanas, pelo alto custo do transporte e de construção de novas moradias.

Relacionado à construção do perfil sociocultural do indivíduo louco pobre que foi internado nas colônias agrícolas e que habitava a cidade do Rio de Janeiro, os dados e informações levantados ratificam a historiografia sobre os processos urbanos e migrações das populações pobres dos distritos das áreas centrais para os morros adjacentes e para as áreas suburbanas da cidade, principalmente após a reforma de Pereira Passos e Rodrigues Alves (Benchimol, 1990; Chalhoub, 1996; Fridman, 2007; Pechman e Fritsch, 1985; Silva 2013; Vaz, 1994). Ainda sobre o perfil do doente mental que era transferido, principalmente na administração de Juliano Moreira como diretor da Assistência a Alienados e de João Rodrigues Caldas nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador, a tendência observada nos distritos das áreas centrais da cidade aponta para incidência dos casos de alcoolismo e um de sífilis, o que poderia estar relacionado às questões sociais. Nessa lógica, o abuso do álcool afetava o comportamento do indivíduo, prejudicando a inserção dele no grupo social e dificultando suas funções em relação ao trabalho (Cf. Moreira, 1923; Santos e Verani, 2010). No entanto, é importante enfatizar que Juliano Moreira não atribuía o acometimento dessas doenças às condições climáticas e raciais, sendo as doenças possíveis de serem mitigadas por medidas profiláticas e educacionais (Moreira, 1906).

A faixa de idade mais incidente de homens transferidos para as colônias agrícolas foi de 21 a 40 anos. São José, entre 1902 e 1919, foi o distrito com o maior número de transferidos nessa faixa, seguido por Candelária, Santana e Tiradentes, que eram distritos populosos. Santa Rita, Lagoa, Inhaúma e Piedade aparecem em terceiro lugar em número de internados transferidos entre 21 e 40 anos de idade.

CAPÍTULO 3

COLÔNIAS PARA ALIENADOS NO RIO DE JANEIRO: a organização e a estruturação dos espaços das instituições psiquiátricas percebidas pela prática científica

O sistema de tratamento ao ar livre será adotado mais cedo em nações poderosas e em ascensão, como os Estados Unidos, o Brasil e as da América Central, do que na Europa, onde a reforma [da psiquiatria] pode destruir lentamente os abusos que surgiram gradualmente mas com tanta segurança que oferecem uma forte resistência⁶³. (Parigot, 1863, p. 332, tradução nossa)

Jules Parigot era médico e foi superintendente da Colônia de Gheel, na Bélgica. O médico também era conhecido no Brasil e, segundo Juliano Moreira, ele escreveu um trabalho sobre o futuro da assistência ao alienado em nosso país (Moreira, 1915, p. 68). Parigot ressaltava que o Novo Mundo abraçaria um sistema reformador e inovador que faria frente aos antigos e grandes hospícios do Velho Mundo para tratamento de insanos. O médico belga acreditava que as Américas estavam abertas a atitudes transformadoras e humanitárias no tratamento das doenças mentais.

É com esse viés de introduzir um momento de mudança na psiquiatria do século XIX, no Rio de Janeiro, que se desenvolve este capítulo. Para tal estabelece-se uma abordagem na qual os experimentos institucionais de tratamento da doença mental até a metade dos oitocentos estavam em colapso, internacionalmente, e a colônia para alienados surge progressivamente como opção terapêutica, a partir da difusão de experiências e modelos internacionais europeus. As colônias, por serem uma opção da assistência de segregação de pacientes em diversos edifícios ao invés de agregação de pacientes num mesmo espaço de um edifício, eram alternativas de menor custo de construção, de administração e de manutenção frente aos grandes asilos, hospícios e hospitais da Europa e das Américas.

Nessa linha, vemos que, no fim dos oitocentos e início dos novecentos, a experiência da colônia agrícola para alienados se configura no campo da ciência psiquiátrica como lugar: de interações entre discursos e práticas científicas; de representações socioculturais; e do diálogo entre múltiplos atores envolvidos no processo de organização e estruturação dos seus espaços. Entende-

⁶³ *The Free-Air System will be much sooner adopted in rising and powerful nations, such as the United States, Brazil and those of Central America, than in Europe, where reform can destroy but slowly abuses which have crept up so gradually and so securely as to offer a strong resistance.* (Parigot, 1863, p. 332)

se que a organização e a estruturação dos espaços institucionais são fruto das interações sociais que neles acontecem. No caso das instituições psiquiátricas, a organização e estruturação dos espaços se dão pelo exercício da prática terapêutica e pelo uso dos espaços institucionais pelos doentes mentais e pelos trabalhadores da ciência que nele desempenham funções específicas.

A concepção dos espaços da colônia agrícola para alienados nasce a partir da integração de duas linguagens. A primeira, metafórica, que sustenta a impressão visual usando elementos do Romantismo do século XIX evocados pela arquitetura e pelo ambiente natural do entorno do edifício, que eram vistos e utilizados pelos psiquiatras como instrumentos de tratamento e recuperação da doença mental. Alia-se à impressão visual a ideia menos tangível: aquela ligada ao sonho do tratamento próximo ao doente mental, do reequilíbrio das suas emoções pelo trabalho e do retorno dele à sociedade. A segunda linguagem, pragmática, apoiada nos interesses políticos em que a colônia fosse vista como solução que poderia diminuir os custos de construção e de tratamento do doente mental – custo de manutenção – e como possibilidade de alívio da superlotação dos hospícios.

Para desenvolvermos a discussão sobre a organização e estruturação, percorreremos as bases de concepção da colônia agrícola retomando a filosofia original de acolhimento para alienados que nasceu da experiência milenar, humanitária, desenvolvida com insanos na localidade de Gheel, na Bélgica. Veremos, ainda, decorrente do pensamento humanista, as mudanças no comportamento do médico no tratamento do doente mental a partir dos conceitos de *non-restraint* (não contenção do doente) e *open-door* (liberdade no tratamento), oriundos das experiências na Escócia. Esses ideais humanitários contribuíram para uma nova visão da ciência psiquiátrica, que levou à progressiva transformação do espaço asilar fechado em espaços asilares abertos tendo a impressão visual como elemento terapêutico, num cenário de pequenos prédios com um número menor de pacientes, dispostos como um sistema de vilas, implantado na Europa a partir da década de 1850. E como conclusão do capítulo, realizaremos análises da organização e estruturação dos espaços das colônias agrícolas para alienados na capital federal e no antigo estado do Rio de Janeiro objetos deste estudo, quais sejam: as Colônias de Alienados da Ilha do Governador (1890); a Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1904-1921); e a Colônia de Alienados de Jacarepaguá (1924).

3.1 A filosofia da comunidade de Gheel como influência na concepção das colônias para alienados em diversos países

Ao longo dos séculos, a comunidade de Gheel foi sendo a fonte de inspiração para médicos que viam na experiência dimensões humanísticas, caritativas e terapêuticas. Diversas publicações de médicos registraram e transmitiram as experiências praticadas na aldeia de Gheel e, também, a mudança de visão sobre os tratamentos não coercitivos, das quais destacam-se: a do francês Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), *Notice sur le village de Gheel*, publicada em 1822; as do inglês John Conolly (1794-1866), *The construction and government of lunatic asylums and hospital for the insane*, publicada em 1847, e *The treatment of the insane without mechanical restraint*, publicada em 1856; a do alemão Wilhelm Griesinger (1817-1868), *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, publicada em 1861; e a do escocês John Sibbald, *On the plans of modern asylum for the insane poor*, publicada em 1897, dentre outras (Gomes, 1843; Griesinger, 1861; Letchworth, 1889; Sibbald, 1897a).

Os debates sobre Gheel nos periódicos médicos mostraram que o modelo filosófico de uma colônia humanitária teve origem a partir da peregrinação de insanos à localidade de Gheel, atraídos pelas lendas da morte trágica da princesa cristã Dymphna, no século VII, e a ligação com o retorno à sanidade pela peregrinação e veneração à Santa Dymphna, padroeira dos insanos (ver Figura 3.1). Durante anos, os insanos peregrinos foram acolhidos pelos moradores da aldeia e realizavam trabalhos domésticos e agrícolas para colaborar com as famílias que os acolhiam (Burdett, 1891; Letchworth, 1889; Souza, 1880; Grob, 1994; Scull, 2015).

Durante o século XIX, era frequente em diversos periódicos científicos norte-americanos a discussão sobre o saber de Gheel. Os principais pontos de destaque nessa iniciativa secular eram: o espaço aberto com livre acesso, o *free air system*,⁶⁴ e a convivência familiar com baixo índice de evasão e baixo índice de mortalidade, pontos que poderiam ter um futuro promissor com impactos significativos na administração e no tratamento institucional do insano, em confronto com o que vinha sendo praticado nos grandes asilos do período (Arlidge, 1868; Parigot, 1863; Sibbald, 1897).

⁶⁴ A expressão “*free air system*” é encontrada nas fontes e diz respeito ao tratamento terapêutico pelos médicos belgas. O *free air system* traduz uma mudança de postura terapêutica em relação ao alienado, assim como o *non-restraint* escocês, expressão e posição debatida na Europa na metade do século XIX (Parigot, 1863, p. 336).

Figura 3.1 - Desenho da Igreja de Santa Dymphna; s/data.



THE CHURCH OF ST. DYMPHNA, GHEEL.
From an old picture

Fonte: Retirado de *The insane in foreign countries*, por William Letchworth, 1889.

A experiência em Gheel ao longo dos séculos adaptou-se à modernidade, como expõe John M. Galt (1819-1862), grande defensor daquele modelo nos Estados Unidos. Galt, citando a publicação de Cumming (1852), afirma que na primeira metade do século XIX havia em Gheel mil insanos sob tratamento e supervisão de uma equipe de cinco médicos (Galt, 1855, p. 355). Como defensor da filosofia de Gheel, o autor, no entanto, tinha fortes oponentes, que temiam a mudança de um sistema centralizado e com forte vigilância em relação ao doente mental. Desse modo, segundo Gerald Grob, a controvérsia sobre Gheel, sobretudo em relação à assistência heterofamiliar, criou uma forma de estigma criticada por muitos alienistas norte-americanos (Grob, 1973).

A disseminação da experiência de Gheel e de outras experiências de sucesso no tratamento da doença mental deu-se por intermédio das visitas. Essas visitas, que faziam parte de um roteiro científico de viagem, levavam médicos, superintendentes de instituições psiquiátricas e filantropos a renomados asilos, hospícios e hospitais de diferentes países. Segundo Enric Novella, essas viagens eram atividades importantes para os primeiros alienistas e faziam parte da formação da cultura profissional deles (Novella, 2006). Esses visitantes escreveram artigos científicos, livros e

relatórios de viagem e participaram de congressos, sendo, esses, elementos de disseminação de ideias e de experiências de novos modelos institucionais, conforme aprofundaremos no capítulo 4.

Os modelos experimentais em asilos-colônia em países como Bélgica, Escócia e Alemanha, dentre outros, geraram pressupostos para tratamento do doente mental, que agregaram outras possibilidades institucionais diferentes daquelas, até então, praticadas. A incorporação da visão humanística e dos direitos do doente mental à base científica da psiquiatria deu outra dimensão às novas instituições. Assim, os principais pressupostos para a concepção dessas instituições eram: a possibilidade de liberdade para o doente durante o tratamento; a inexistência de mecanismos restritivos e punitivos; a assistência partilhada com a comunidade, isto é, a convivência heterofamiliar, que foi fundamental para a vida do alienado na aldeia de Gheel; e o trabalho como atividade estruturante, com vistas ao retorno do doente à sociedade.

Esses modelos experimentais de instituições psiquiátricas tiveram trajetórias distintas em diferentes países. Nos Estados Unidos, segundo Gerald Grob, o espaço do asilo era um símbolo que representou e foi responsável pela organização da psiquiatria. O autor afirma que a psiquiatria dos Estados Unidos, na metade dos oitocentos, foi moldada na instituição psiquiátrica e que a teoria e a prática não vieram apenas da experiência europeia, e, sim, de um contexto social (Grob, 1973, p. 132-133). O autor considera que a planta física do asilo não era meramente o local de confinamento e tratamento da doença mental. O asilo era planejado para facilitar o tratamento moral e a eficácia do tratamento pelo médico. Os psiquiatras norte-americanos desenvolveram formas específicas de arquitetura e claras orientações para a administração dessas instituições (Grob, 1994, p. 71).

No centro da discussão sobre modelo de instituições estava Thomas Story Kirkbride (1809-1883), religioso, médico, nascido numa família rural próspera de tradição quaker. Ele iniciou sua prática profissional no *Friends Asylum for the Insane* (1825), pertencente ao *The Friends Society*,⁶⁵ e, mais tarde, tornou-se superintendente do Hospital da Pensilvânia (1752), na Filadélfia. Kirkbride fundou em 1844, com outros doze superintendentes de asilos estaduais, a *Association of Medical*

⁶⁵ The Friends Society, uma organização de origem quaker, implantava seus asilos com base nas experiências com o tratamento moral, onde a benevolência orientava a terapêutica prescrita por William Tuke (1732-1822), fundador da *York Retreat* (1792), na Inglaterra (Cf. Tuke, 1813).

*Superintendents of American Institutions for the Insane*⁶⁶ (AMSAI) (Grob, 1994; Tomes, 1994; Yanni, 2003).

A experiência adquirida no asilo da *Friends Society* na Filadélfia foi a primeira aproximação de Kirkbride com o tratamento moral de Pinel no hospital Salpêtrière, em Paris, na França, e de Tuke no *York Retreat*⁶⁷, em York, na Inglaterra, e, portanto, o médico evocava na terapia do doente elementos humanísticos e religiosos. Os elementos de percepção humanística agregados à estética da natureza, próximos às características românticas, Kirkbride os transportou para o modelo, sobretudo arquitetônico, do asilo, e revelam-se na transcrição de Nancy Tomes sobre a condição de localização do asilo para insanos:

A paisagem circundante deve ser de um tipo variado e atraente, e a vizinhança deve possuir inúmeros elementos de caráter agradável e de interesse. O próprio edifício deve ser colocado de modo que as vistas de todas as janelas, especialmente as [das] salas de recepção e salas de estar ocupadas durante o dia, tenham perspectivas agradáveis e exibam a vida em suas formas ativas⁶⁸ (Tomes, 1994, p. 14, tradução nossa).

Na perspectiva de Kenneth Hawkins, o entorno do asilo, para Kirkbride, permitia o cuidadoso controle das impressões mentais pela constante possibilidade de lidar, o mais próximo possível, com os sinais da natureza. O paciente poderia desfrutar da vista das janelas e varandas, dos caminhos e bancos do entorno do asilo, e isso, segundo o autor, era a marca registrada do sistema construtivo de Kirkbride (Hawkins, 1991).

⁶⁶ Nos Estados Unidos, e entre 1850 e 1870, a Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane (AMSAI), uma associação composta pelos mais importantes médicos psiquiatras dos grandes asilos para insanos dos Estados Unidos, lançou uma série de orientações sobre padrões arquitetônicos para a construção de instituições para alienados; esses padrões estavam embasados no modelo criado por Thomas S. Kirkbride, superintendente do Pensilvânia Hospital, largamente aplicado na construção dos hospitais norte-americanos até 1870 (Grob, 1994; 1983; 1973). Na visão da AMSAI e na de Kirkbride, esses padrões refletiam o perfil do médico psiquiatra e da psiquiatria do final dos oitocentos; tais padrões convertiam o ambiente do entorno e os edifícios como parte integrante do “tratamento moral”, porém os superintendentes dos grandes asilos buscavam alternativas de menor custo e que pudessem aliviar a superlotação dos asilos.

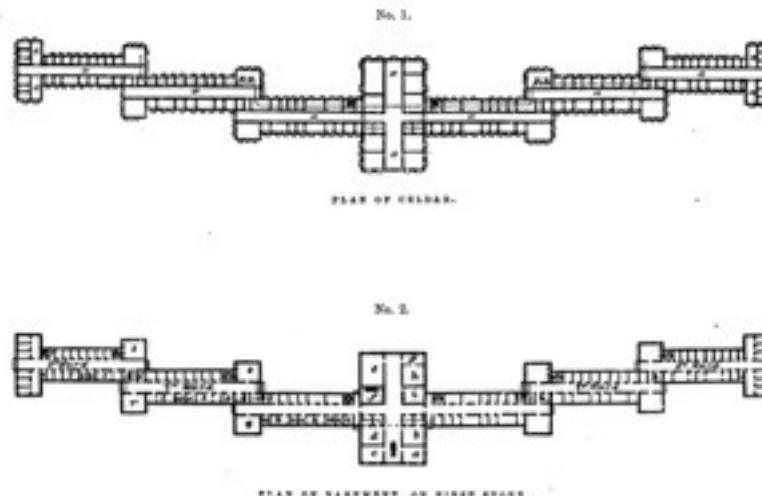
⁶⁷ O *York Retreat*, na Inglaterra, era um modelo de asilo cujas acomodações e aparência primavam pela simplicidade estética. O princípio terapêutico do asilo era o tratamento hidroterápico, a alimentação como elemento terapêutico, a atenção dirigida ao paciente, a benevolência, a importância do estado geral do doente e os efeitos benéficos do tratamento ao ar livre e exercícios (Tuke, 1813).

⁶⁸ *The surrounding scenery should be of a varied and attractive kind, and the neighborhood should possess numerous objects of an agreeable and interesting character. The building itself should be placed so that the views from every window, especially the parlors and rooms occupied during the day, had pleasant prospects and exhibit [ed] life in its active forms* (Tomes, 1994, p. 141).

Essas características românticas que eram elementos terapêuticos, aliadas à organização espacial do asilo, constavam do plano linear de Kirkbride, divulgado pelo tratado publicado em 1854, *On the construction, organization, and general arrangements of hospitals for the insane*. O plano do asilo era composto de duas asas com uma ala central; as alas, que eram espelhadas, uma para pacientes masculinos e outra para pacientes femininos, tinham disposição escalonada para receber ventilação adequada e permitir ampla vista dos jardins e do entorno, além de melhor iluminação dos espaços internos (Tomes, 1994).

Em 1854, o *Kirkbride plan* era reconhecido pelos superintendentes que defendiam a supremacia dos grandes asilos como um plano unificador da teoria com a prática, integrando a forma física e organizacional da instituição ao tratamento psiquiátrico. O *Kirkbride plan* foi largamente usado até a década de 1870 como padrão arquitetônico construtivo para os asilos estaduais. Na Figura 3.2, a configuração da planta linear de Kirkbride, que fazia parte do tratado publicado em 1854.

Figura 3.2 – Planta baixa do Kirkbride Plan.



Fonte: Retirado de *On the construction, organization, and general arrangements of hospitals for the insane, 1854*.

Antes da divulgação do tratado de 1854, Thomas Kirkbride publicou em 1847 o artigo *Remarks on cottages for certain classes of patients, in connection with hospitals for the insane*. Nesse artigo, o psiquiatra trata de forma pioneira as vantagens e desvantagens de um sistema de segregação de pacientes em espaços anexos nas proximidades dos grandes asilos. Os edifícios para

poucos pacientes, sugeridos pelo autor, onde residiriam junto com seus atendentes, eram do estilo *cottage*. Os *cottages* estavam ligados ao asilo central e eram dirigidos para certas classes de doentes, especialmente aqueles que podiam pagar por certa liberdade e privacidade. Thomas Kirkbride lista no artigo uma série de pressupostos para acomodar classes de pacientes em *cottages*, tais como: a construção de número limitado de *cottages*, que eram implantados no mesmo terreno e conectados por acessos ao asilo; a distância suficiente para manter a privacidade dos pacientes; o entorno que possibilitasse aos pacientes vista privilegiada da natureza; pequeno número de pacientes em cada *cottage*; e aumento do número de atendentes nesse tipo de configuração (Kirkbride, 1850).

A proposta pioneira de Thomas Kirkbride de segregação de pacientes acomodando-os em *cottages*, experimentada no Hospital da Pensilvânia, destinava-se a oferecer uma alternativa para os pacientes internados nos grandes asilos que poderiam pagar o tratamento e gostariam de alcançar alguma privacidade. A configuração dos espaços e a ideia de tratar pacientes em pequenos grupos parecem se aproximar da filosofia da colônia agrícola; no entanto, essa experiência não incorporava o trabalho agrícola como terapêutica.

Separar pacientes agudos e crônicos em entidades distintas tendo como possibilidade alcançar menores custos de construção parece ter sido a grande controvérsia entre os psiquiatras norte-americanos. Os *congregate systems*, representados pelos grandes asilos com plantas lineares e grandes blocos compactos, geralmente com dois andares, eram defendidos pelos psiquiatras da antiga geração; os *segregate systems*, *cottage plans*, *villa plans*, representados pelos edifícios de aparência doméstica, ocupados por um número pequeno de pacientes, eram defendidos pelos psiquiatras da nova geração (Tomes, 1994).

Em 1865, a AMSAII considerou propostas para separar os doentes crônicos e agudos em diferentes e menores instituições, porém, só no ano seguinte, após longas discussões entre os superintendentes, foi aprovada a implantação de instituições menores para tratar crônicos e agudos, o que foi o começo da retirada da primazia dos grandes asilos, que evocavam atributos vitorianos da cura pela estética. Isso pode ser percebido na luxuosa decoração, gosto pela arte, prazerosos jardins e estilo grandioso dos grandes *state asylums*. Mais tarde, de forma mais simples, esses símbolos foram transportados para as *colonies farms* pelo uso dos sinais da natureza como elemento de cura, preservando uma estética do belo, na linha do pitoresco, ainda que diferente daquela do luxo dos grandes asilos, privilegiando a estética da natureza e do campo.

Os *cottage plans*, ou *villa systems*, instituições menores ligadas aos asilos estaduais norte-americanos, poderiam estar associadas a uma fazenda. Assim, à *colony farm*, num primeiro momento, foi contemplada a opção de segregar pequeno número de pacientes, hospedando-os em *cottages* próximos ao asilo principal e adjacentes a uma unidade ou mais unidades de produção agrícola. A opção de segregação de pacientes e a oportunidade de trabalho em fazendas próximas ao asilo surgiram nos Estados Unidos como opção econômica de custeio dos pacientes e uma forma de aliviar a superlotação dos grandes asilos, portanto privilegiando uma visão pragmática da instituição.

Em 1877, o *cottage plan* do Kankakee State Hospital, em Illinois, perto de Chicago, como esclarece Henry Burdett, foi o primeiro nessa filosofia e teve inspiração na experiência de Altscherbitz, na Alemanha. Esse modelo de asilo-colônia, como detalharemos no capítulo 4, acomodava 600 insanos em prédios de estilo doméstico de construção, cada um podendo receber de 25 a 30 internos, tendo próximo um edifício central como hospital para doentes agudos (Burdett, 1891, p. 179).

Na Alemanha, a implantação de instituições de assistência para o doente mental remete a mudanças na ciência psiquiátrica a partir da metade do século XIX. Tais mudanças foram marcadas pelo embate entre alienistas alemães de tradição francesa e as novas ideias da psiquiatria alemã (Engstrom, 2003). Do mesmo modo que em outros países, os modelos adotados na Alemanha foram fruto do desenvolvimento das discussões científicas no decorrer do século XIX.

Num primeiro momento, os médicos alemães visitaram as instituições renomadas da Inglaterra, Escócia, Bélgica e França. Num segundo momento, reformularam o sistema de saúde e reestruturaram seus asilos. A partir de então, o fluxo foi revertido: médicos estrangeiros vinham buscar conhecimento e visitar as novas instituições alemãs. As ideias inglesas e escocesas, como a do abandono do *mechanical restraint* e a da liberdade do paciente durante o tratamento *open-door*, além da ênfase no ensino e treinamento médico e a pesquisa, foram elementos centrais dessas mudanças.

Wilhelm Griesinger (1817-1868) foi um dos precursores das novas ideias e mudanças na psiquiatria alemã. Em 1861, ele visitou a Inglaterra, a França e a Colônia de Gheel, na Bélgica. Após a viagem, reeditou seu tratado em psiquiatria, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, muito lido por médicos alemães e que, segundo Eric Engstrom, tinha forte conotação

terapêutica no *free-treatment* e no *non-restraint*. A obra de John Conolly⁶⁹, *The treatment of the insane without mechanical restraint*, publicada em 1856, teve influência nos tratados de Griesinger, que morreu antes de ver suas ideias difundidas e aplicadas na Alemanha e internacionalmente (Engstrom, 2003, p. 61-62).

Para Griesinger, critérios como curabilidade e incurabilidade deveriam ser revistos, uma vez que eles eram norteadores da prática institucional alienista. Nesse sentido, Eric Engstrom destaca que nos oitocentos o conceito de curabilidade tinha se tornado um importante critério para os médicos psiquiatras e administradores, guiando as construções de novas instituições, a distribuição de pacientes e os recursos para essas instituições. O autor afirma, ainda, que Griesinger, no âmbito de uma nova psiquiatria, concluiu que deveria haver outro critério, pragmaticamente baseado na perspectiva terapêutica do paciente e, por extensão, na duração de seu tratamento (Engstrom, 2003).

Wilhelm Griesinger, segundo Engstrom, era profundamente crítico aos grandes asilos do início dos oitocentos, e o cerne de sua crítica era que essas instituições tinham falhado em diferenciar diferentes categorias de doentes, acabando por se tornarem instituições carcerárias (Engstrom, 2003, 2011). Essa crítica de Griesinger seria a mesma que os psiquiatras norte-americanos fariam, a partir da metade do século XIX, às grandes instituições de seu país. No Brasil, tal crítica era observada nos artigos científicos e na imprensa leiga, isto é, no discurso médico e político, de forma pontual.

Desse modo, o modelo idealizado por Griesinger, segundo Roelcke, Weidling e Westwood, era composto, principalmente, por dois tipos de asilo: um urbano, para pacientes agudos, curto tempo de tratamento; e outro rural, para pacientes crônicos, longo tempo de tratamento. Embora o asilo urbano tivesse que estar situado em um ambiente agradável, ele deveria estar próximo à cidade para a própria acomodação e tratamento dos casos agudos, e, além disso, estar ligado a uma universidade, para viabilizar as atividades de estudo, treinamento e pesquisa. O asilo rural deveria ser organizado sob a forma de colônia agrícola, tendo como sustentação terapêutica de base o trabalho como atividade diária e o cuidado familiar dos internos. O doente internado poderia ser transferido de uma unidade para outra, dependendo de seu diagnóstico (Roelcke, Weidling e Westwood, 2010, p. 18-20).

⁶⁹ John Collony era inglês, segundo Andrew Scull, um dos responsáveis pelas mudanças do alienismo na Inglaterra. À semelhança de Philippe Pinel e William Tuke, é citado na maioria das fontes analisadas da primeira metade dos oitocentos, tanto norte-americanas quanto alemãs.

Na visão de Engstrom, Wilhelm Griesinger considerava fundamental libertar o doente do encarceramento desnecessário e da contenção arbitrária, que poderiam distorcer as expressões “naturais” de seus sintomas. A liberdade poderia proporcionar maior efetividade terapêutica e, além disso, ambientes economicamente produtivos. Desse modo, Griesinger idealizou dois tipos de ambiente dirigidos ao tratamento dos doentes mentais:

Primeiro, Griesinger propôs a construção de colônias agrícolas para os pacientes viverem fora do asilo principal e se envolverem com o trabalho agrícola. As colônias acomodariam apenas pacientes mais robustos de origem camponesa (em vez de habitantes da cidade instruídos) e forneceriam uma estrutura na qual seu trabalho poderia ser utilizado produtivamente. Ao fazer isso, as colônias gerariam uma “atmosfera de contentamento, trabalho, comunidade e liberdade” benéfica. A segunda forma de ambiente emancipado era a família. Tomando a cidade belga de Gheel como seu ponto de partida, os cuidados familiares de Griesinger (*Familienpflege*) procuravam colocar pacientes calmos, não violentos e, principalmente, mulheres nas casas, participando da vida cotidiana dos anfitriões, enquanto os médicos do asilo principal visitariam ocasionalmente a família para inspecionar as condições da orientação terapêutica⁷⁰ (Engstrom, 2003, p. 55, tradução nossa).

Embasada no modelo de Griesinger, Alt-Scherbitz foi a terceira instituição rural implantada na fase de reestruturação dos asilos na Alemanha. A colônia era tida como modelo internacional nos novecentos. O diretor da instituição, o médico Albrecht Paetz, não fazia distinção e nem atribuía classificação para os pacientes da colônia. Paetz apontava como pontos importantes para uma colônia agrícola desse tipo: o sistema de portas abertas como requisito essencial; a promoção do bem-estar dos doentes; e a possibilidade de ampla gama de opções de trabalho diário, bem como a de que todos os pacientes pudessem acessá-las (Paetz, 1893).

Albrecht Paetz também atribuiu a Griesinger a ideia de novas opções de tratamento em diferentes instituições no país e considerava a década de 1870 importante para a disseminação das colônias na província prussiana da Saxônia (Paetz, 1893, p. 45). Portanto, as dimensões

⁷⁰ *First, Griesinger proposed building agricultural colonies for patients to live outside the main asylum and engage in agricultural labor. The colonies would accommodate only more robust patients of peasant origin (rather than educated city-dwellers) and provide a framework in which their labor could be put to productive use. In doing so, colonies would generate a beneficial “atmosphere of contentment, work, community, and freedom”. The second form of emancipated environment was the family itself. Taking the Belgian town of Gheel as his point of departure, Griesinger’s family care (Familienpflege) sought to place quiet, non-violent, and especially female patients in the homes of nearby hosts’ daily lives, while doctors from main asylum would occasionally visit the family to inspect conditions of guide therapy* (Engstrom, 2003, p. 55).

humanitárias centradas no paciente, a liberdade como cerne e o trabalho como eixo terapêutico eram pontos essenciais da nova forma de cuidado da doença mental na Alemanha.

Baseado nas concepções de Griesinger da década de 1860 e na visão humanitária da doença mental, Juliano Moreira condenou “a ideia do tratamento em massa com disciplina da caserna, de alienados suscetíveis ainda de uma vida mais humana, teve sua época e não tem mais futuro” (Moreira, 1910, p. 378). O psiquiatra brasileiro expressa as lacunas que o asilo fechado poderia ocasionar como única opção terapêutica da doença mental e endossa a opção pelo asilo-colônia segundo o modelo de Alt-Scherbitz, revelando tendências terapêuticas para as colônias de alienados originária da “vulgarização da existência da colônia de Gheel, [que] deram nascimento aos asilos chamados de “portas abertas” – *open-door*, sistema dos escoceses” (Moreira, 1910, p. 378).

O tratamento humanitário e livre é indicado por Juliano Moreira como opção para o modelo assistencial a ser adotado pela psiquiatria brasileira, ideais adquiridos por ele quando de suas viagens à Europa, como visto no capítulo 1. Para Ana Venancio, “no Brasil, como na Europa, tratava-se de recriar, de modo planejado, uma comunidade implicada por uma experiência harmoniosa com a loucura, a exemplo da aldeia de Gheel, na Bélgica” (Venancio, 2005, p. 71).

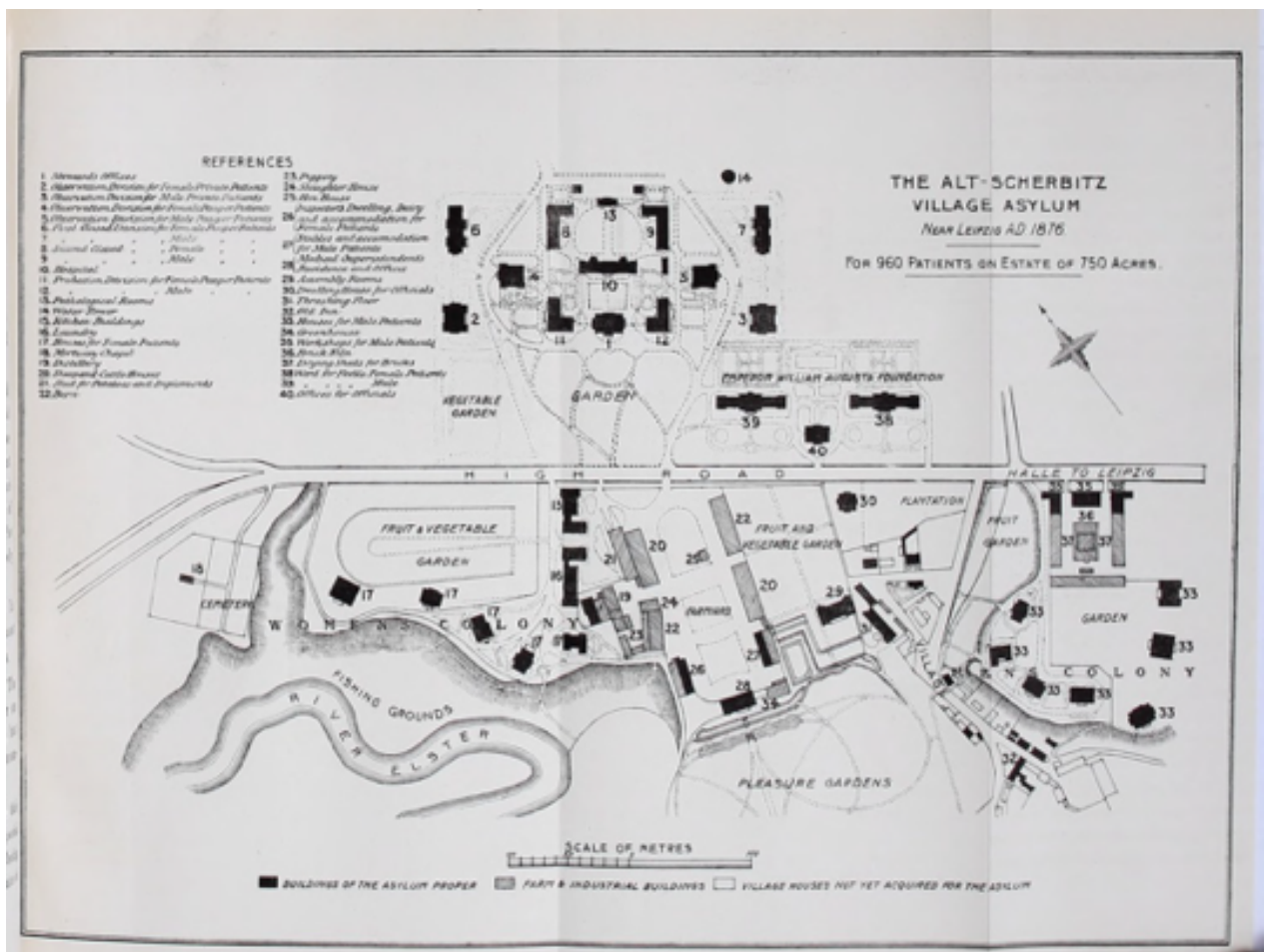
A experiência de Alt-Scherbitz era frequentemente citada nos discursos políticos e artigos científicos brasileiros como um modelo de sucesso na moderna assistência ao alienado. Nesse modelo, segundo Juliano Moreira, o tratamento do alienado representava, frente ao tratamento vigente, uma inovação por anexar a um pequeno hospital fechado uma grande colônia aberta, a qual poderia ser ocupada por dois terços da população geral de doentes mentais, enquanto um terço dos doentes deveria receber tratamento constante e vigilância (Moreira, 1910, p. 378-379).

A colônia de Alt-Scherbitz, de acordo com John Sibbald, congregou na mesma entidade duas dimensões: uma dimensão médica – a institucional; e outra, não médica – a colônia. O hospital era composto de edifícios separados que abrigavam, cada um, de 20 a 50 pacientes. O acesso ao conjunto se dava por rodovia que cortava a propriedade (ver Figura 3.3). Ao norte da rodovia, estavam os edifícios de tratamento, com instalações médicas e acomodações para 550 pacientes. Ao sul da rodovia, situava-se a colônia agrícola, com capacidade para acomodar 410 pacientes⁷¹ (Sibbald, 1897a, p. 20).

⁷¹ O número de pacientes acomodados em Alt-Scherbitz, apresentado por Sibbald em 1897 e correspondente a 910, difere do número apresentado por Paetz em 1893, correspondente a 800 no total; ver capítulo 4.

O terreno da mansão Scherbitz, uma área de 3,0 km², foi comprado em 1876 pela autoridade provincial por 975.000 marcos; com a conclusão das obras, o valor despendido chegou a cerca de um milhão de marcos. As residências tinham aparência variada e acomodavam pacientes públicos e privados separadamente, assim como homens e mulheres de forma distinta (ver Figuras 3.4 e 3.5). O estilo arquitetônico da instituição central, do hospital e das casas era semelhante ao do *swiss chalet* (chalé), e a implantação das unidades lembrava uma vila. O ponto central da concepção era que a uniformidade deveria ser evitada (Paetz, 1893; Sibbald, 1897a, p. 23-24).

Figura 3.3 - Planta de situação do Asilo de Alt-Scherbitz, 1876.



Fonte: Retirado de *On the plans of modern asylum for the insane poor* (Sibbald, 1897a, p. 23).

Figura 3.4 - Aldeia superior



Fonte: Retirado de *Kolonisierung der Geisteskranken*, 1893, p. 181.

Figura 3.5 - Administração



Fonte: Retirado de *Kolonisierung der Geisteskranken*, 1893, p. 173.

O lugar central conferido às experiências de asilo-colônia na Alemanha, nos Estados Unidos, na Inglaterra, na Escócia e na França⁷² durante os oitocentos reforçou a posição do médico psiquiatra como um dos protagonistas na implantação e organização dos espaços desse tipo de entidade. Em diversos países, o médico e futuro superintendente ou diretor da instituição psiquiátrica era o responsável por acompanhar as obras durante a construção, assumindo a posição após sua conclusão. Os critérios da ciência psiquiátrica para o asilo-colônia preconizavam: médicos e atendentes mais próximos dos pacientes; menores grupos de pacientes; o trabalho como condição estruturante da terapêutica. O atendimento a esses critérios era condição essencial para a construção do sistema de asilo-colônias, como já dito.

⁷² As fontes analisadas apontam que na França a experiência pioneira foi a do Asilo de Sainte-Anne, em Paris. O Hospício de Juquery, em São Paulo, guarda semelhança em estilo e configuração da planta com o asilo de Sainte-Anne.

3.2 O Romantismo como acesso ao consciente e alinhado à sustentabilidade pelo trabalho na concepção das colônias para alienados no Rio de Janeiro

O Romantismo surgiu no fim do século XVIII e esteve ligado a eventos políticos, históricos e culturais na Europa até o século XIX. O movimento romântico teve manifestações na arte, na arquitetura e literatura, e evocava as ideias que circulavam, principalmente, naquele continente, sendo a expressão “emoção” central no pensamento romântico. O fluir das emoções e sensibilidades do Romantismo fazia contraste com as emoções contidas e codificadas do movimento neoclássico. Allison Palmer comenta sobre a divulgação/expansão do movimento romântico:

Artistas e filósofos desse movimento [que] introduziram muitas nuances para entender a estética, as emoções, as sensibilidades profundas como motivadoras das pessoas, o curso do sublime que emanava da imagem do amplo, indomável, e o poder da natureza como inspiração⁷³ (Palmer, 2011, p. 1-2; tradução nossa).

Os ideais românticos ganharam forte expressão no pensamento germânico, com destaque para o filósofo Wilhelm Friedrich Hegel, para quem, segundo Palmer, a arquitetura era “a primeira arte praticada pelo humano; era principalmente simbólica, enquanto a escultura era clássica, e a pintura, música e poesia eram expressões mais apropriadas do Romantismo”⁷⁴ (Palmer, 2011, p. 122, tradução nossa).

Costa *et al.* indicam que o historicismo surge como uma reação romântica ao processo de industrialização das cidades. O estilo configurou-se, segundo os autores,

pela utilização de referências vernaculares, pela rusticidade, pelos projetos residenciais com composição assimétrica e plantas irregulares e pela adoção da tipologia do chalé de amplos telhados de duas águas com grande angulação. Essa observância de uma visão estética antiurbana na criação dessas vilas-colônias vai ao encontro da concepção das cidades-jardins presente como referência no urbanismo brasileiro no início do século XX (Costa *et al.*, 2013, p. 291).

Albrecht Paetz, diretor-médico da Colônia de Alt-Scherbitz, faz transparecer de forma clara, nos seus escritos em 1893 sobre a colônia, os ideais alemães românticos, com a valorização

⁷³ *Artists and philosophers of this movement introduced a more nuanced understanding of aesthetics, emotions, the deeper sensibilities that motivate people, and of course the sublime, which draws upon the image of a vast, untamed, and powerful nature for its inspiration* (Palmer, 2011, p. 1-2).

⁷⁴ *Architecture — the first art practiced by humans — was primarily symbolic, while sculpture was mainly classical, and painting, music, and poetry were more appropriate expressions of romanticism* (Palmer, 2011, p. 122).

da natureza na cura e bem-estar do doente mental, a opção de liberdade para todos os doentes e o trabalho não punitivo, que “seria de alguma forma salutar e benevolente” (Paetz, 1893, p. 51) No entanto, o cerne da opção agrícola, num cenário romântico, seria a conexão do paciente com a liberdade e o contato “cênico da natureza que suscita a intuição de uma natureza bela de Deus” (Paetz, 1893, p. 51-52).

Nesse sentido da natureza como elemento terapêutico canalizador de emoções, Kenneth Hawkins discute a função terapêutica dos jardins, menciona que era central no discurso vitoriano o “*great principle of equilibrium* que governava os laços entre os sistemas mental e físico. [...] a saúde física e mental era sinônimo da simetria e balanço” (Hawkins, 1991, p. 23). O autor revela que os editores do *Journal of American Insanity*, principal periódico norte-americano e a voz dos psiquiatras dos *state asylums*, afirmavam acreditar no conceito de equilíbrio e que para a cura da insanidade muitos indivíduos deveriam ser “reeducados, fisicamente e mentalmente” (Ibidem., p. 23).

Já nos reinos germânicos, o jardim era apresentado como elemento que despertava sentimentos no observador. Segundo Hanno Kruft, o jardim nesses reinos teve a interferência do formal jardim francês e, num momento posterior, a do jardim inglês. Segundo o autor, na perspectiva de Christian Cay Lorenz Hirschfeld (1742 -1792), que era professor de filosofia em Kiel, os jardins propiciavam ao observador – nesse caso, o próprio Hirschfeld – a expectativa de um sentimento de resposta ao estímulo de diferentes paisagens e funções que o parque ou jardim desempenhavam. O jardim romântico, na classificação de Hirschfeld, era inspirado pelas ideias iluministas e “evoca surpresas, espanto, uma agradável sensação de espanto e um clima de meditação”⁷⁵ (Kruft, 1994, p. 267, tradução nossa).

Ainda seguindo as ideias expostas por Kruft, na metade do século XVIII emerge o conceito que está no centro da discussão sobre os princípios estéticos. Esse conceito, também aplicado aos jardins, era a noção do *pitresco*⁷⁶. A irregularidade e o que era bruto, como a natureza intocada, selvagem, emergiam desse conceito, “união feliz da simplicidade com variedade, para a qual as ideias brutas contribuem essencialmente”⁷⁷ (Kruft, 1994, p. 263, tradução nossa). Estava em

⁷⁵ *evokes surprises, amazement, a pleasant sense of astonishment and a mood of meditation* (Kruft, 1994, p. 267).

⁷⁶ De acordo com Kruft, a estética do pitresco tem suas raízes na França (Kruft, 1994). O pitresco era tudo que pudesse representar um clima de rusticidade no cenário, interpretado como sendo próprio e “apropriado” ao ambiente natural em que ele se inseria.

⁷⁷ *happy union of simplicity and a variety to which the rough ideas essentially contribute* (Kruft, 1994, p. 263).

discussão a irregularidade *versus* a regularidade. Foi grande a controvérsia entre os conceitos de pitoresco e sublime⁷⁸. A visão do jardim alemão de Hirschfeld estava inserida na noção do pitoresco, do irregular, do natural; leitura semelhante sobre a manifestação do pitoresco cabe ser feita em relação às construções que poderiam intermediar a passagem da sensação para o sentimento, onde a natureza era fonte de estímulo sensorial.

Na arquitetura, o Romantismo evocou interesses nostálgicos em reviver estilos do passado como o gótico medieval e o Renascimento. O que fosse vernacular, pitoresco, exótico, mas também o que fosse simples e rústico na linha do pitoresco, poderia ser utilizado como elemento da arquitetura do edifício (Palmer, 2011, p. 10). Nessa vertente, cabe lembrar, como já apontado no capítulo 1, que o reviver de estilos e o “ar rústico” foram elementos estilísticos aplicados à Colônia do Juquery pelo arquiteto Ramos de Azevedo (Costa, 2011, p. 33-34).

Assim, a ideia de inserir a colônia agrícola em áreas de paisagem natural como recurso terapêutico é tratada por Leslie Topp, que associa o isolamento do doente na natureza ao tratamento e considera as colônias agrícolas como comunidades utópicas de um Romantismo tardio e começo de Modernismo, tidas como capazes de aliviar indivíduos que sofriam de doença mental das pressões da vida moderna (Topp, 2005, p. 144).

Conceituado como terapêutico pelos alienistas do início do século XIX, o isolamento é descrito por Jan Goldstein, na visão de Esquirol, como sendo importante enquanto mudança de cenário, período de estada do doente no asilo (convalescência). Era nesse período que o alienado poderia ficar longe das impressões e estímulos que o levaram à internação. Essa “*mudança de cena* era um tipo de isolamento, especialmente terapêutico quando um paciente era acompanhado por um estranho em vez de por amigos ou parentes”⁷⁹ (Goldstein, 2001, p. 289, tradução nossa).

Portanto, é sob a perspectiva do afastamento e do isolamento do doente mental dos cenários que mobilizaram suas paixões descontroladas, e da inserção do paciente na natureza, que seria capaz de fazer fluir o consciente desses indivíduos, que os asilos rurais do início do século XIX e as colônias agrícolas da metade do século XIX foram concebidos.

Para tal, nada mais apropriado do que o campo em oposição à cidade. Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman já ressaltavam o contraste entre a vida na cidade e a vida nos sertões: “no

⁷⁸ O sublime assim como o pitoresco eram elementos de evocação do belo no Romantismo. Palmer afirma que o “sublime poderia ser emocional, espiritual, intelectual ou estético” (Palmer, 2011, p. 4).

⁷⁹ *change of scene was a type of isolation, especially therapeutic when a patient was accompanied by a stranger instead of by friends or relatives* (Goldstein, 2001, p. 289).

discurso médico predominante na segunda metade do século XIX, o campo e os sertões eram focalizados como lugar propício à vida saudável e harmoniosa. Em contraste, a cidade revelava-se perigosa – espaço de doenças e vícios” (Lima e Hochman, 1996, p. 28).

De fato, havia critérios elencados e respeitados internacionalmente para a concepção das colônias agrícolas: a localização era um deles e, além do ambiente de entorno natural, a proximidade de um hospital, a facilidade de acesso por estrada ou ferrovia, a implantação em vastas áreas com solo fértil e vegetação farta; fontes abundantes de água para abastecer e para o cultivo do solo e criação de animais eram os obrigatórios. Somam-se a esse conjunto os atributos românticos: as pequenas unidades residenciais e institucionais com ar doméstico, um ambiente bucólico rural, itens esses que expressavam um novo tipo de asilo, configurado como vilas e pequenas cidades para insanos. Essa instituição fazia contraste com a arquitetura luxuosa de estilo palaciano e as práticas restritivas dos antigos asilos e hospícios do início do século XIX, principalmente na Europa, e da metade do século XIX, nos Estados Unidos da América do Norte.

As colônias agrícolas concebidas no Rio de Janeiro guardavam os mesmos critérios internacionais elencados anteriormente, e, com o sentido de interpretarmos sua origem e implantação, fizemos uso, para fins metodológicos, de uma classificação com base nos conceitos introduzidos por Henry Charles Burdett (1847-1920), derivados de suas observações nas instituições que visitou no fim do século XIX. Burdett separou-as em dois tipos: o primeiro, as instituições para insanos *adaptadas*⁸⁰, aquelas implantadas em edificações construídas para outros fins, como prisões, palácios, conventos etc. O segundo, as instituições erigidas para um fim específico. As colônias agrícolas atreladas a um hospital para alienados seriam as *novas edificações*, projetadas com o propósito específico de ser uma instituição para o tratamento dos alienados (Burdett, 1891).

Desse modo, as instituições agrícolas de assistência no Rio de Janeiro abrangidas por esta pesquisa de tese compreendem o último ano do período imperial e as duas primeiras décadas do republicano; são elas: as Colônias de Alienados da Ilha do Governador (1890) e a Colônia de Jacarepaguá (1924), sob a direção do governo federal; e, no antigo estado do Rio de Janeiro, a Colônia de Vargem Alegre (1904/1921), sob a responsabilidade do antigo estado do Rio de Janeiro.

⁸⁰ São exemplos de instituições adaptadas: o Sainte-Anne, em Paris, antes da reforma de 1867, adaptado em um antigo convento (1678); o Hospital Charenton, em Paris (1641), e a nova construção, em 1838; o Rilhafolles, em Lisboa, adaptado no antigo Convento da Luz (1848); e o Alt-Scherbitz, na Alemanha, adaptado no Castelo de Alt-Scherbitz (1876) (Burdett, 1891, tradução nossa).

E aplicando a classificação de Burdett, temos, como *colônias adaptadas*, as Colônias de Alienados da Ilha do Governador (1890) e o Asilo-Colônia de Vargem Alegre em seu primeiro período (1904-1920); e como *colônias novas com propósito específico*, a Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1921) e a Colônia de Alienados de Jacarepaguá (1924).

Nas novas construções semelhantes aos modelos internacionais, com a configuração de uma vila, as habitações eram de estilo chalé⁸¹; entretanto, independentemente do estilo das edificações, todas guardavam a mesma simbologia: a de lembrarem residências familiares rurais. As *adaptadas* seguiam a tendência de seus edifícios originais – na Ilha do Governador e em Vargem Alegre, o estilo colonial português das casas-sede das fazendas das quais se originaram. As novas colônias – de Vargem Alegre, após a remodelação, e a de Jacarepaguá – remetiam ao estilo adequado à moderna psiquiatria.

A colônia agrícola, em sua concepção, pode ser interpretada por duas linguagens – uma metafórica e outra pragmática –, ambas contendo elementos dos discursos científico e político. Nesse sentido a dualidade de linguagens aparece em duas principais vertentes na concepção da instituição. Uma que atribuía identidade visual à colônia que buscou na natureza, como já comentado, elementos terapêuticos como fonte de estímulo sensorial, com atributos pitorescos, autocentrados, autônomos, representando a simbologia do Romantismo, que, se aliavam a conceitos de liberdade e da busca do equilíbrio moral e físico. E, outra que atribuía identidade prática, que imputava ao trabalho agrícola (o trabalho realizado dentro da instituição), e a assistência familiar (o trabalho realizado fora da instituição) características terapêuticas e de sustentabilidade econômica da colônia agrícola.

Tendo esses aspectos abordados em mente, na próxima seção discutiremos a organização e estruturação das colônias agrícolas no Distrito Federal e no antigo estado do Rio de Janeiro. Do ponto de vista da estruturação física dos edifícios das colônias, partimos do pressuposto de que as instituições *adaptadas* necessitaram uma série de demandas e intervenções ao longo do tempo.

⁸¹ De acordo com Günter Weimer, os chalés eram muito difundidos no país na virada do século XIX para o século XX. O autor comenta sobre os assim denominados chalés suíços, “cuja origem também é misteriosa, visto que não podem ser encontrados naquele país” (Weimer, 2005, p. 294). Weimer atribuí o nome às sucessivas imitações dos chalés alpinos suíços, que no Brasil se distanciaram do modelo original. Já Giovanna Brenna atribui ao chalé no Rio de Janeiro o gosto pelo pitoresco no último quartel do século XIX. Segundo a autora, “com suas empenas voltadas para a rua [...] enfeitados de lambrequins de madeira recortados à serra fita, tímpanos estucados à Renascença, janelas em arco ou vergas retas guanercidas de cantaria, arrematadas por ornamentos de estuque, e às vezes varandinhas de ferro fundido, os “chalés suíços” cariocas tinham na realidade muito pouco em comum com as habitações rurais da Europa, [...] assemelhando-se mais às construções pre-fabricadas na técnica *ballon-frame* que iam povoando as cidades dos Estados Unidos” (Brenna, 1987, p.36-37).

Com relação às *instituições novas*, partimos do princípio de que foi possível a elas desempenhar a função terapêutica e a de abrigo dos pacientes desde sua concepção baseada no programa científico psiquiátrico brasileiro.

3.2.1 *As Colônias de Alienados da Ilha do Governador (1888-1924): Conde de Mesquita e de São Bento*

*Creei o albergue e o asylo, E o galeão – com que ronha! Ao lavrador, p’ra acudir-o,
Creei o albergue e o asylo; Vou, não sendo este o estilo, P’ra Fernando de Noronha.
Creei o albergue e o asylo, E o galeão – com que ronha!
(Frei Vianna, Mequetrefe, nov. de 1888, p. 3.)*

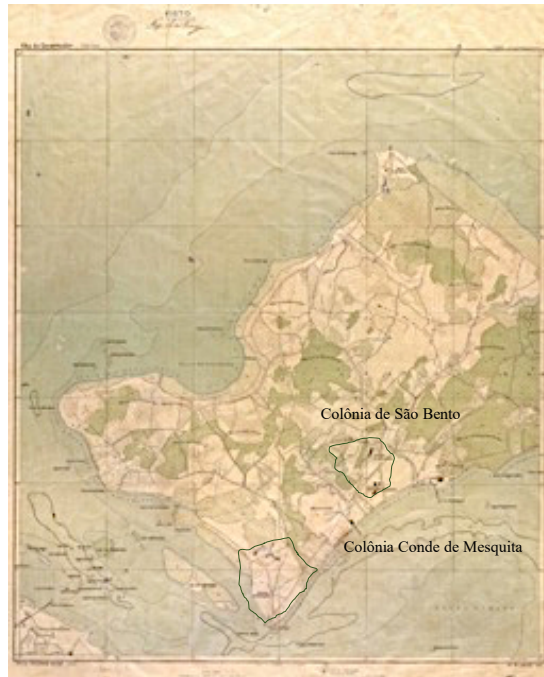
Criado pela necessidade de dar um destino específico para os doentes mentais internados no Asilo de Mendicidade, o Asilo do Galeão, como assegura o trecho do periódico apresentado acima, estava em funcionamento desde 1888. As Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, nessa época, tiveram suas instalações adaptadas pelos mendigos sãos para receberem internos do Asilo de Mendicidade. Os estabelecimentos da Ilha do Governador contavam com diferentes nomes nos periódicos da época, tais como Asilo do Galeão e Asilo Ferreira Vianna. As duas colônias estavam implantadas em terras na Ponta do Galeão e no Morro de São Bento, onde, atualmente, estão situados o aeroporto e as instalações da Base Aérea do Galeão, no Rio de Janeiro.

Com a chegada da República, o Asilo do Galeão tornou-se as Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Na imagem da Figura 3.6, a seguir, vemos o mapa elaborado em 1922. Nele é possível localizar os limites das áreas das duas colônias na porção ocidental da Ilha do Governador. A Conde de Mesquita estava na Ponta do Galeão e a de São Bento, no Morro de São Bento.

A propriedade das terras onde as duas colônias foram implantadas originou-se no século XVII, quando foram doadas à Ordem de São Bento, por escritura, em 4 de maio de 1695, pelo capitão Manoel Francisco Fernandes Franco (Lemos, 1977, p. 41). A Conde de Mesquita, na Ponta do Galeão, utilizava as antigas instalações do Palacete de Dom João VI, que fora reformado pela Ordem Beneditina para receber o príncipe regente nos períodos de veraneio. Sobre as reformas realizadas, o relato dos beneditinos informa: “mandou o Abade Frei João da Madre de Deus França

(1768-1835) enriquecer e ornamentar a residência que aí existia, para receber o monarca e sua comitiva” (Ibidem, p. 41). Nesse local, também foi construída uma tapada de caça para diversão de Dom João VI.

Figura 3.6 - Mapa da Ilha do Governador, folha oeste, Rio de Janeiro; Serviço Geográfico Militar, 1922



Fonte: Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro, RJ.

Disponível em: http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_cartografia/cart544907/cart544907.pdf

Dom Jerônimo Lemos, citando o viajante luterano John Luccock, que visitara, no Natal de 1816, a Ilha do Governador, fez relato da residência de Dom João VI: “a casa foi construída recentemente pela Ordem, presenteada ao Rei. [...] A casa possui quatorze cômodos, num só pavimento. Anexa aos aposentos acha-se uma longa varanda com adornos e acabamentos de excelente estilo” (Ibidem, p. 41).

A Colônia de São Bento, no Morro de São Bento, utilizava as instalações do mosteiro existente no local, que também fora reformado para ser residência da família real portuguesa. Esta residência alojou os monges vindos do Mosteiro de São Bento, no Centro do Rio de Janeiro, quando ocupado pelas tropas da independência. Uma parte dos monges se refugiou na casa da fazenda da Ilha do Governador (mosteiro da Ilha), ficando a outra parte na ala do noviciado do Mosteiro de São Bento, no Centro do Rio de Janeiro (Rocha, 1991, p. 75).

Utilizando as instalações da Ilha do Governador, foi inaugurado, em 23 de setembro de 1888, o Asilo do Galeão, extensão rural do Asilo de Mendicidade, como vimos no capítulo 1. Esse evento ganhou as páginas da imprensa leiga. O jornal *O Paiz* publicava nota sobre a inauguração, ressaltando ser o asilo voltado para mendigos válidos, destinados ao trabalho na lavoura (*O Paiz*, 24 set. 1888, capa). Já a *Gazeta de Notícias*, na mesma data, aponta que os 18 asilados, em bom estado de sanidade mental foram transferidos do Asilo de Mendicidade para o Asilo do Galeão a fim de preparar a terra para a lavoura e realizar as reformas dos prédios para o recebimento de loucos e mendigos internados no Asilo de Mendicidade (*Gazeta de Notícias*, 24 set. 1888, p. 2).

Cerca de um mês depois, o *Diário de Notícias* anunciava a visita do ministro da Justiça, acompanhado do seu oficial de gabinete, ao Asilo do Galeão. O ministro foi recebido pelos diretores e pelos médicos José Eduardo Teixeira de Souza e Francisco de Paula Valladares, que ali estavam para examinar e verificar a possibilidade de remoção de asilados em condições de serem transferidos para a Colônia Conde de Mesquita. O ministro examinou as obras do muro em construção pelos asilados e achou as obras adiantadas. Percorreu também a horta, que estava sendo bem cultivada e aumentada pelos asilados (*Diário de Notícias*, 13 out. 1888, p. 2).

A *Gazeta de Notícias* também publicou, no mês seguinte, notícia sobre a visita do ministro da Justiça e comitiva, para verificação das obras no Asilo do Galeão. A notícia informa que as obras na Ilha do Governador estavam sendo conduzidas pelo engenheiro Luiz Schreiner e que estavam em progresso as obras nos dois prédios e na lavoura, todas realizadas pelos asilados oriundos do Asilo de Mendicidade. O médico Teixeira de Souza, do Asilo de Mendicidade, estava sempre presente nas visitas ao Galeão (*Gazeta de Notícias*, 24 out. 1888, p. 2).

A fazenda do Galeão onde estava a casa de fazenda Conde de Mesquita, que daria origem à Colônia Conde de Mesquita, fora arrendada dos beneditinos pelo Barão de Itacurussá. Já a fazenda de São Bento, que daria origem à Colônia de São Bento, que abrigava as instalações do mosteiro, estava em uso pela Ordem Beneditina. A polêmica sobre a posse dessas terras, que vinha desde o período imperial, permaneceria durante toda a existência das Colônias da Ilha do Governador, no período republicano.

Na mudança para a República, o engenheiro Luiz Schreiner, que era o responsável pela administração do Asilo do Galeão, postou-se em defesa das terras dos beneditinos, o que podemos traduzir como uma relação tensa entre católicos e governo republicano, conforme as notícias transcritas a seguir:

É indispensável pôr de sobreaviso o ilustre chefe do governo provisório sobre qualquer possível atentado contra a propriedade do mosteiro de S. Bento naquela ilha. Desde que tal asilo não continue (e é preciso saber-se que ele vai por água abaixo, visto que o cidadão Aristides Lobo não quis mais concorrer com alguma coisa para sustentá-lo), tudo reverte-se para o mosteiro; isto é o que foi estipulado com o Sr. Ferreira Vianna, ministro do Império. Fique, pois, desde já denunciada essa cavilosa (sic) insinuação de título de propriedade passado ao governo: não há tal título de propriedade. Tudo isso só tem remédio no dia em que o governo abrir mão desse lado de interesse por onde se continua a prender à Igreja, apesar de ter decretado sua separação (*O Apóstolo*, 20 fev. 1890).

Tal afirmação pôde ser vista na matéria publicada pelo jornal *O Paiz*, em 15 de fevereiro de 1890, na qual é dito que o ministro da Justiça havia recomendado ao Barão de Itacurussá a legalização da doação, que este fizera ao Estado, do edifício e benfeitorias da fazenda do Galeão, Colônia Conde de Mesquita, em terras arrendadas do Mosteiro de São Bento, e chamado que este apresentasse no contencioso do Tesouro Nacional, o mais brevemente possível, o título de propriedade ou qualquer outro documento que permitisse lavrar a respectiva escritura (*O Paiz*, 15 fev. 1890, capa).

No fim dos oitocentos, com a chegada da República, o Asilo do Galeão deixa de ser uma extensão agrícola do Asilo de Mendicidade sob a administração da Polícia e passa a ser as Colônias de Alienados da Ilha do Governador, uma extensão agrícola do Hospício Nacional de Alienados, conduzida pela Assistência Médico-Legal de Alienados, que começava a se estruturar, tendo como diretor o médico João Carlos Teixeira Brandão.

Desse modo, em 1890, as Colônias de Alienados da Ilha do Governador foram as primeiras colônias agrícolas do Brasil que tiveram *espaços e funções adaptadas* à nova finalidade: a de serem colônias de alienados. Mais tarde, em 1920, o ministro da Justiça e Negócios Interiores fez retrospectiva da assistência endossando que as Colônias da Ilha do Governador foram também as primeiras colônias da América Latina:

foi o Brasil o primeiro país da América Latina a fundar uma Colônia de insanos, decretada em 1890 pelo Governo da República. Estabeleceu-se em terrenos e edifícios que o notável político e saudoso parlamentar, Conselheiro Ferreira Vianna, obtivera dos frades de S. Bento e do Barão de Itacurussá, herdeiro do Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, onde havia sido instalado o Asilo de Mendigos, transferido nessa época para o Mangue (Pinto, 1920, p. 177).

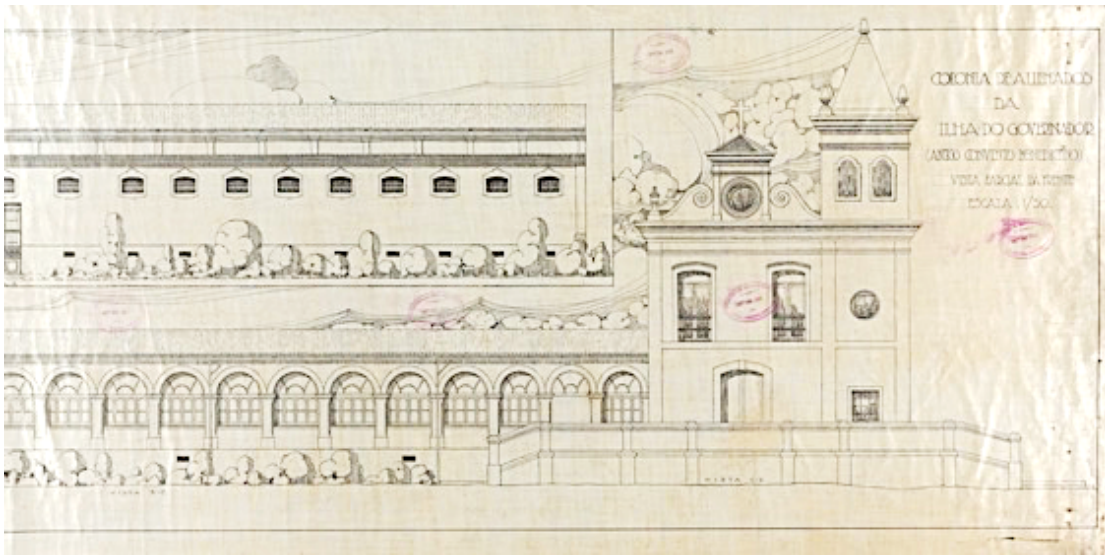
O acesso do continente até as Colônias de Alienados da Ilha do Governador era difícil, como também entre as colônias. A distância entre a Colônia de São Bento e a Conde de Mesquita era de 2,5 km, e a travessia entre elas demorava cerca de quarenta minutos. No início de seu funcionamento a infraestrutura local era precária; os acessos não eram pavimentados, não havia água potável canalizada e o abastecimento era realizado por poços que causavam constante contaminação das águas de abastecimento; não havia esgotamento sanitário. A água que vinha de poços não era suficiente para a produção agropecuária, além de o terreno na Conde de Mesquita ser arenoso e não apropriado para cultivo. Além disso, o banho dos internos era feito no mar, sob a vigilância dos guardas, e, no início do funcionamento, a lavagem de roupa acontecia na lavanderia do Hospício Nacional de Alienados (Brandão, 1892, p. 28-29).

No entanto, não estão claros quais foram os motivos que levaram a Assistência Médico-Legal de Alienados à escolha das instalações dos beneditinos na Ilha do Governador para fundar as primeiras colônias agrícolas do Brasil, porque todos esses aspectos citados anteriormente contrariavam os preceitos da ciência da época para implantação de colônia agrícola. Um dos argumentos para a escolha da área poderia ser porque lá já estava instalado o Asilo do Galeão, e a (re)inauguração da extensão rural do Hospício Nacional de Alienados poderia ser imediata, juntamente com a estruturação da Assistência Médico-Legal de Alienados.

A Colônia Conde de Mesquita, na Praia do Galeão, no antigo Palacete de D. João VI, e a Colônia de São Bento, no Morro de São Bento, na Praia de São Bento, antigo mosteiro dos monges beneditinos, foram tornadas de utilidade pública com a desapropriação dos terrenos e das benfeitorias da parte ocidental da Ilha do Governador até os limites da Fazenda de São Bento com a de Santa Cruz, pelo Decreto nº 893, de 18 de outubro de 1890, de forma às duas colônias pertencentes à Assistência Médico-Legal de Alienados ficarem isoladas.

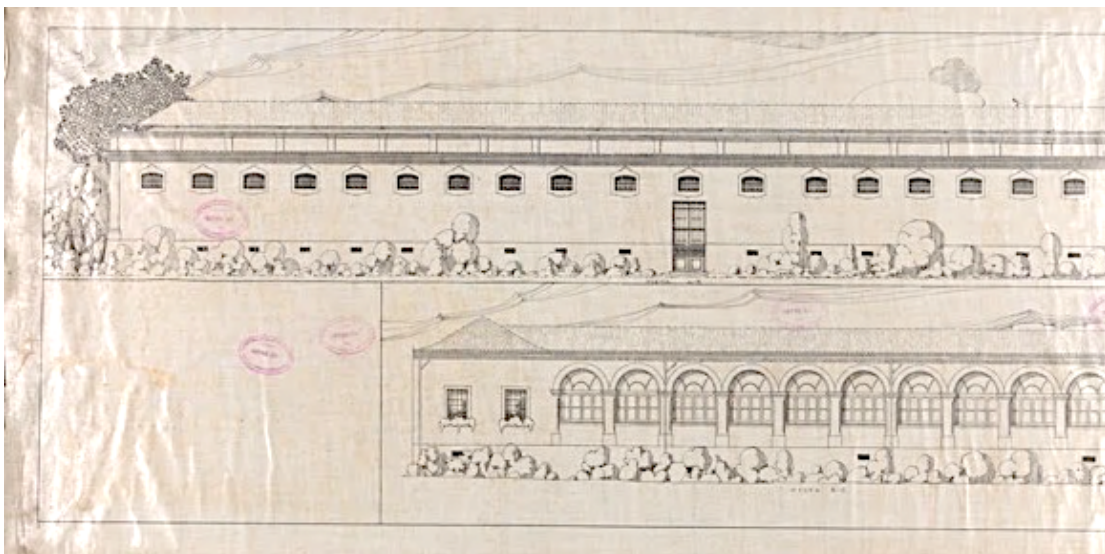
Nas Figuras 3.7 a 3.10, pode-se ver a planta com a configuração do antigo mosteiro adaptada para o novo objetivo de colônia de alienados.

Figura 3.7 - Fachada da Colônia de São Bento; s/data.



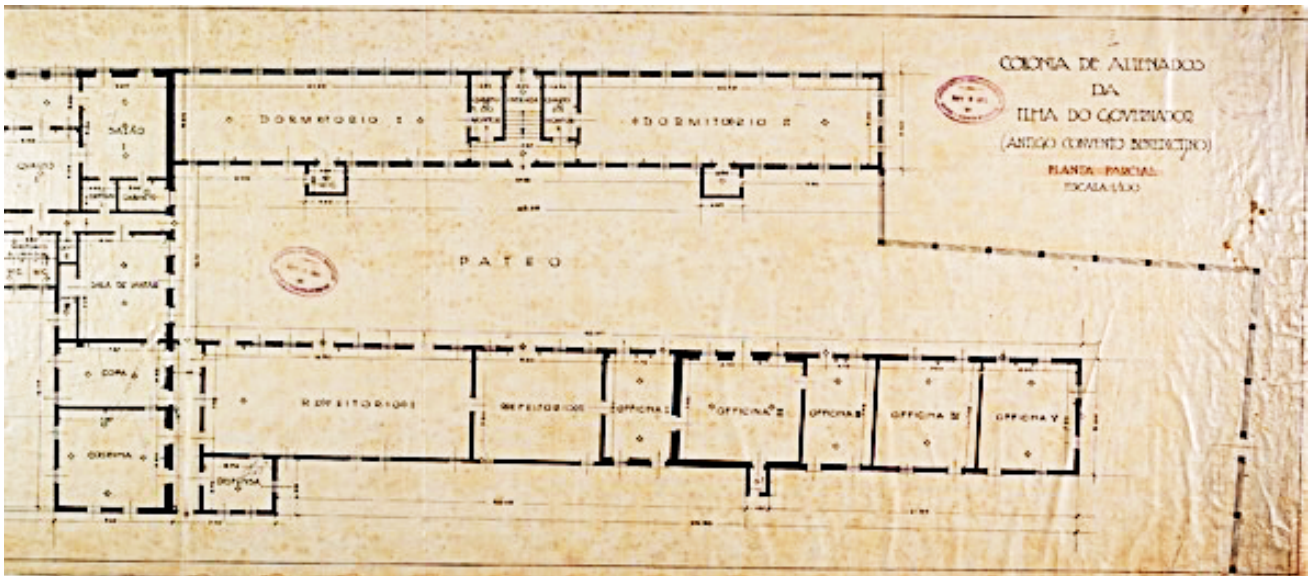
Fonte: Arquivo Nacional BR_RJANRIO_4T0_MAP0001.

Figura 3.8 - Fachada da Colônia de São Bento; s/data.



Fonte: Arquivo Nacional BR_RJANRIO_4T0_MAP0001.

Figura 3.9 - Planta baixa da Colônia de São Bento; s/data.



Fonte: Arquivo Nacional BR_RJANRIO_4T0_MAP521A.

Figura 3.10 - Planta baixa da Colônia de São Bento; s/data.



Fonte: Arquivo Nacional BR_RJANRIO_4T0_MAP521B.

As Figuras 3.11 e 3.12 apresentam panorama da área e vistas dos prédios das Colônias de São Bento e Conde de Mesquita. Na de São Bento, pode-se observar que o perfil externo do antigo mosteiro beneditino estava presente nas instalações da colônia, como visto nas plantas baixas,

inclusive a capela; assim, podemos concluir que a organização e a estrutura da colônia foi se adaptando ao prédio do antigo mosteiro.

O principal acesso do centro urbano do Rio de Janeiro às duas colônias era feito por mar. Uma lancha, a *Esquirol*, de propriedade da Assistência Médico-Legal a Alienados, deixava o Cais Pharoux, no Centro, e levava cerca de uma hora em seu trajeto até a Ponta do Galeão, na Ilha do Governador. Já o transporte terrestre, aquele entre as colônias, para internos, empregados e médicos, era feito por carro de bois e a cavalo, como apresentado nas Figuras 3.13 a 3.15.

Figura 3.11 - Vista da Ponta do Galeão; ao fundo, a Colônia Conde de Mesquita.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; s/nº.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.12 - Vista aérea do Morro de São Bento e da Colônia de São Bento.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; s/nº.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.13 - Vista do desembarque de suprimentos nas colônias.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; s/nº.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.14 - Vista da lancha *Esquirol*, da diretoria da Assistência Médico-Legal a Alienados



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 69.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.15 - Transporte de empregados e diretoria das colônias.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 30.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Na Conde de Mesquita (ver Figuras 3.16 e 3.17), não havia cultivo agrícola por ter, segundo os relatórios, terras impróprias para o cultivo; criavam-se animais e residiam nessa colônia alienados que ocupavam-se do trato dos animais. As adaptações iniciadas em 1890 transformaram o corpo principal do edifício da Conde de Mesquita em um vasto salão elevado cercado de janelas com venezianas, onde estavam acomodados 31 leitos. Na frente, localizada de forma provisória, estava a farmácia, e no fundo, a enfermaria do sexo masculino, que atendia às duas colônias. Comunicando-se com o edifício principal, em uma parte elevada com um lance, estavam as acomodações para empregados e a rouparia, e no térreo situavam-se a cozinha, a despensa e o refeitório dos empregados. Em continuação ao térreo, localizavam-se os banheiros e latrinas e os dormitórios para imundos. Encontravam-se em construção durante o período da adaptação das instalações, a lavanderia e o galinheiro (Brandão, 1892, p. 29).

A Colônia de São Bento (ver Figuras 3.18 e 3.19) era destinada a abrigar os internos que trabalhavam no cultivo de produtos agrícolas. Nesse período de adaptação, estavam em construção dois pavilhões⁸² na ala esquerda do edifício: um para dormitórios e o outro para alojar refeitório,

⁸² O conceito de pavilhão do século XIX é descrito por Thompson e Goldin (1975): “*The pavilion, however, when used for wards is a sanitary code embodied in a building. Pavilion in this sense means an open ward, but of limited extent; ventilated on both long sides by windows, on both short sides by doors; connected to a corridor that serves similar pavilions; but self-contained with its own service rooms. This type of ward came into use in the middle of the*

despensa, banheiros e latrinas. Havia, ainda, a demanda de implantação de trilhos para transporte entre as colônias e da canalização da água de abastecimento (Brandão, 1892, p. 29-31).

Figura 3.16 - Vista parcial das instalações e internos da Colônia Conde de Mesquita.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 46.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.17 - Trabalho de pecuária interno na Colônia Conde de Mesquita; s/identificação.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 84.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

nineteenth century and the last examples are only vanishing now. For a hundred years the pavilion was the dominant ward form (Thompson e Goldin, 1975, p. 118). O conceito de pavilhão descrito neste capítulo está relacionado ao edifício, ao prédio, e não há relação tipológica com o conceito de pavilhão descrito por Thompson e Goldin. A tipologia pavilhonar, aplicada largamente na Europa e América do Norte, contava com planta linear com edifícios interligados por corredores, ventilação cruzada e geralmente contando com dois pavimentos em cada bloco, com instalações sanitárias nas extremidades dos blocos.

Figura 3.18 - Vista interna da varanda da Colônia de São Bento; sentado, o alienista Jéferson de Lemos.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 48.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.19 - Vista externa do jardim da Colônia de São Bento.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 64.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Em 1904, após a entrada de Juliano Moreira como diretor-geral da Assistência a Alienados, uma série de obras e reformas foi realizada na Colônia de São Bento; dentre as principais, destacam-se: reformas e pintura de janelas, assoalhos, vigamentos; transformação da antiga capela

em um amplo dormitório; instalação completa de esgoto sanitário na cozinha e copa e instalação de latrinas; construção de reservatório com 5,80m x 2,51m x 2,40m para abastecimento de água no Morro de São Bento e cisterna circular, no pátio, com diâmetro de 6,00m e profundidade de 6,50m; e plantação de 140 coqueiros, árvores frutíferas, hortas e pomares, estes para incrementar o trabalho na lavoura (Brasil, Ministério da Cultura, 1904).

Como já dito, o trabalho, nos discursos científico e político, poderia trazer benefícios terapêuticos e econômicos. O trabalho desempenhado pelos internos homens nas Colônias da Ilha do Governador poderia ser doméstico, nas oficinas, na lavoura e na criação de animais. Thomas Muller considera importante “diferenciar entre trabalho desempenhado pelos pacientes dentro da instituição psiquiátrica (como agricultura em colônias e oficinas) e fora da instituição (como [o doméstico ou agrícola] o da assistência familiar)”⁸³ (Muller, 2016, p. 221; tradução nossa). Na Ilha do Governador não foram efetivadas transferências de pacientes para a assistência familiar, como veremos no capítulo 4. Assim, o trabalho executado nas colônias era dentro da instituição psiquiátrica.

Era parte do discurso político que as Colônias da Ilha do Governador fossem autossustentáveis. Nesse sentido, os alienados trabalhavam na agricultura – cultivo de frutas, legumes e hortaliças – e na criação de pequenos animais – suínos, gado e lanígeros. Instaladas na Colônia de São Bento estavam as oficinas de costura e de pequenos consertos, para atender aos internos, e oficinas para alfaiate, ferreiro, soldador, carpinteiro, pedreiro e pintor, observadas na planta baixa da Figura 3.9. Até 1892, tinham sido transferidas para a Ilha do Governador 43 pacientes mulheres que realizavam trabalhos domésticos e de costureira. Com o retorno das pacientes para o HNA, um alfaiate assumiu as tarefas de costura e pequenos consertos da instituição.

A presença de pacientes do sexo feminino nos dois primeiros anos das Colônias da Ilha do Governador leva-nos a interpretar que a concepção inicial das colônias previa o tratamento de doentes de ambos os sexos; no entanto, pelo exposto nos relatórios ministeriais, o tipo e a configuração das instalações não propiciaram a continuidade da ocupação feminina (Claper, 2016, p. 553-554).

⁸³ *It will be important to differentiate between work performed by patients within psychiatric institution (such as agricultural colonies and workshops) and outside institutions (such family care) (Muller, 2016, p. 221).*

A configuração de colônias agrícolas para doentes de ambos os sexos requeria edifícios com funções específicas e distintas, assim como instalações e áreas para o desempenho do trabalho agrícola e criação de pequenos animais. Thomas Muller ratifica a mudança na concepção do projeto das instituições psiquiátricas quando o autor relaciona o trabalho desempenhado nessas instituições com mudanças na concepção e no projeto dos espaços dessas instituições psiquiátricas ao longo do tempo (Muller, 2016, p. 220).

Relacionando ao que foi dito acima, deduzimos que a organização e estruturação das colônias agrícolas estavam atreladas a funções e atividades específicas. Assim, nas colônias adaptadas, como foi o caso da Ilha do Governador, certas funções e atividades poderiam estar suprimidas ou com desempenho aquém do esperado pelos pressupostos da moderna ciência psiquiátrica.

No que tange à produção e à renda do trabalho na lavoura, criação de animais e oficinas nas colônias, observamos que: no período de 1890 a 1905, a renda total foi de 100:752\$010; e no período de 1906 a 1919, foi de 79:135\$793. Portanto, a renda média, considerando os dois períodos, foi próxima de 6:100\$000 (Chaves, 1922, p. 101; Seabra, 1906, p. 81). A despesa anual de manutenção das colônias era de cerca de 170:000\$000 (Chaves, 1922, p. 101).

Parte da produção dos alienados era para consumo da instituição e parte era vendida. Do valor arrecadado com a venda, um percentual ia para o Tesouro Nacional, 10% revertia em benefício dos alienados trabalhadores e parte era depositado na Caixa Econômica (Brandão, 1891; 1892; Pinto, 1920). As Figuras 3.20 e 3.21 retratam a rotina do trabalho agrícola e com pequenos animais nas Colônias de São Bento e Conde de Mesquita.

Figura 3.20 - Internos no trabalho agrícola na Colônia de São Bento.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 37.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.21 - Internos trabalhando no aviário da Colônia Conde de Mesquita.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 32.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

No início da década de 1920, as Colônias da Ilha do Governador contavam com instalações hospitalares como: enfermarias, sala de curativos – pequenas cirurgias, curativos, injeções – e laboratório de exames – para internos alojados na enfermaria e em tratamento ambulatorial –, que

executava exames como: escarro, urina, fezes, pesquisa de parasitos no sangue, dosagem de ureia no sangue, contagem de glóbulos sanguíneos, fórmula leucocitária, oxitometria e pesquisa de hemoglobina. Além disso, havia ambulatório para consulta de empregados e doentes de fora das colônias (Caldas, 1921).

Figura 3.22 - Visita à instalação da farmácia da Colônia de São Bento.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 7.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

No entanto, o fechamento das Colônias de Alienados da Ilha do Governador e a transferência dos internos para o que viria a ser a Colônia de Alienados de Jacarepaguá, de acordo com os relatórios e documentos analisados, pareciam atrelados a dois motivos. O primeiro, a solução sobre a posse dos terrenos onde as colônias estavam implantadas, que pertenciam à Ordem de São Bento. O governo federal, em detrimento das muitas obras já realizadas nas edificações, não estava mais propenso a fazer novas obras de grande vulto nas instalações da Ilha do Governador, por estarem em terrenos que não eram de posse do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O segundo motivo estava conectado ao discurso político dos relatórios ministeriais, que frequentemente mencionavam a pobreza do solo dos terrenos da Ilha do Governador; a infraestrutura precária e a pequena área para o cultivo agrícola também faziam parte do discurso.

Ainda nessa linha de discurso, a possibilidade de buscar outra área para implantação de uma nova colônia agrícola aparecia com frequência nos relatórios, com a justificativa de que a nova colônia poderia alcançar níveis mais altos de produção em áreas extensas e com solo apropriado para cultivo e criação de animais e, conseqüentemente, o aumento da sustentabilidade econômica

da instituição. Além disso, havia a aspiração política e científica de concretizar uma nova colônia para tratamento de alienados e ocupação pelo trabalho, atendendo aos paradigmas internacionais da ciência psiquiátrica.

O período de construção e transferência dos pacientes da Ilha do Governador para Jacarepaguá revelou um grande interesse de instituições do governo federal pelas terras ocidentais da Ilha do Governador. O relatório de 1922 revela as instituições governamentais que se candidataram a ocupar as instalações das colônias:

O Aero Club Brasileiro requereu ao Ministério da Justiça uma área de terreno da colônia Conde de Mesquita, na Ponta do Galeão, que lhe foi concedida a título precário. Posteriormente, porém, o ministro da Marinha pediu e obteve os terrenos baixos dessa colônia para a Aviação Naval, pretendendo construir ali ainda este ano a sua principal estação de hidroplanos, o que naturalmente só poderá fazer depois de removidos os doentes ali internados. Por sua vez, o ministro da Agricultura, que tenciona fundar em São Bento um patronato de menores, quando de lá saírem as colônias, obteve permissão para levantar, no posto cercado e reservado aos animais do estabelecimento, os edifícios do Lazareto, para animais importados e suspeitos de moléstia contagiosa. [...] E, por fim, o ministro da Viação solicitou os ambicionados terrenos do Galeão para estabelecer ali os estaleiros da Fiscalização dos Portos, o que não era mais possível por terem sido cedidos anteriormente à Marinha (Chaves, 1922, p. 106-107).

Em 6 de junho de 1923, o governo federal ordenou a entrega da Colônia Conde de Mesquita ao Ministério da Marinha, que iniciou a construção nesse local do Centro de Aviação Naval. Parte dos doentes internados na referida colônia foi removida para a Colônia de São Bento e um pequeno grupo de doentes foi para a Colônia de Jacarepaguá, que estava parcialmente concluída (Alves, 1924).

Diante do exposto, podemos interpretar que o motivo mais forte para a mudança das instalações da Ilha do Governador para Jacarepaguá era a perspectiva dos médicos e políticos de concretizar o discurso há muito praticado de implantar uma colônia agrícola preconizada nos moldes da moderna ciência psiquiátrica internacional. Podemos perceber que as condições de tratamento e cuidados com os doentes, principalmente a partir da administração de Juliano Moreira à frente da Assistência a Alienados, e de João Rodrigues Caldas como diretor das colônias, eram satisfatórias, com baixo nível de óbitos e relativo número de altas, diferentemente do discurso indicado nos documentos governamentais sobre a insalubridade das colônias na Ilha do Governador. Desse modo, a pressão do governo federal, com tantas instituições pleiteando parte

das terras das Colônias da Ilha do Governador, foi consequência da decisão tomada, anteriormente, pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores, de construir uma colônia em Jacarepaguá.

3.2.2 *Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1904 -1921)*

As preocupações com os pressupostos científicos da psiquiatria e os atributos espaciais ditados pela arquitetura de instituições dessa natureza parecem ter sido aplicados na organização e estruturação da Colônia de Alienados de Vargem Alegre em seu segundo período de funcionamento, após completa remodelação. Se o Hospício Anexo ao HSJB foi um projeto transitório e construído emergencialmente, o mesmo não se deu com a instituição agrícola da assistência do estado do Rio de Janeiro, reformada com o propósito específico de acolher alienados indigentes e pensionistas provenientes do hospício e das cadeias públicas do estado do Rio de Janeiro (Claper e Sanglard, 2018, p. 14).

Deste modo, pretendemos definir o funcionamento de Vargem Alegre sob a ótica de dois períodos. No primeiro (1904-1920), como uma instituição adaptada a partir de edifícios da Fazenda Vargem Alegre, aqui denominada asilo-colônia Vargem Alegre, e no segundo (1921-1927⁸⁴), a partir da grande reforma e construção de novos edifícios, como uma colônia agrícola construída com o propósito específico de assistência psiquiátrica feminina e masculina a pobres e pensionistas, compatível com o plano da moderna psiquiatria, aqui denominada Colônia de Vargem Alegre.

A colônia agrícola estava implantada às margens do Rio Paraíba, no terreno do Centro Agrícola de Vargem Alegre, em Barra do Piraí, e distava apenas um quilômetro da Estação Férrea de Vargem Alegre, em terras férteis para a produção agrícola, dispondo de uma área de 3.318.249 m². O asilo-colônia de Vargem Alegre remonta à inauguração em novembro de 1904, para internar doentes mentais, homens e mulheres, indigentes e pensionistas procedentes dos municípios do estado, sendo o valor de 155:708\$379 utilizado nas reformas para adaptar o edifício da antiga fazenda à nova função, inclusive instalação elétrica (Peçanha, 1906).

A casa-sede da fazenda que foi adaptada estava localizada no alto de uma colina. Com dois pavimentos no andar superior, acomodava 100 leitos. Além disso, havia enfermarias para

⁸⁴ Em 1927, assim como aconteceu na assistência do governo federal, a assistência aos alienados foi reorganizada no estado do Rio de Janeiro, acompanhando a reforma legislativa e nomeando Hospital de Psicopatas de Vargem Alegre a Colônia de Alienados de Vargem Alegre.

indigentes e pensionistas, separadas por sexo; quatro casas-fortes e sala para recepção. No pavimento térreo, pequeno laboratório químico-farmacêutico, rouparia, copa, despensa e cozinha. Havia, ainda, quatro banheiros, sendo dois com duchas, lavatórios, 10 privadas e armazenamento para 30.000 litros de água (Portella, 1906, p. 10). Em 1908, foi instalada uma turbina de força de três cavalos-vapor movida a água, economizando o uso do carvão na iluminação do asilo (Baker, 1908, p. 24). As Figuras 3.23 e 3.24 mostram, respectivamente, a sede da antiga fazenda de 1904 e o edifício central remodelado e inaugurado em 1921.

Em 1911, havia sinais de degradação do edifício adaptado. Nesse período, o diretor da instituição acumulava as funções de médico, administrador e farmacêutico. Três anos depois, dada a precariedade das instalações, o estado do Rio de Janeiro adquire um terreno, em São Gonçalo, conforme discutido no capítulo 1, e resolve construir uma colônia no mesmo local. O projeto da nova colônia, em São Gonçalo, proposto por Francisco Botelho, estava em elaboração quando, em 1915, assume Nilo Peçanha, que faz sérias críticas ao seu antecessor por ter deixado o asilo-colônia sem obras por quatro anos (Peçanha, 2015).

Figura 3.23 - Vista geral do edifício central antes da remodelação; casa de fazenda colonial adaptada (1904).



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Figura 3.24 - Vista geral do edifício central após a remodelação de 1921.



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Nilo Peçanha toma medidas emergenciais para melhorar as condições da instituição, como: aquisição de moinho para moagem de café; início da substituição do motor elétrico; delimitação e colocação de cerca nos limites do asilo-colônia; reconstrução do açude. Anuncia que quando houver recursos serão construídos novos pavilhões e instalações que restabeleçam os trabalhos no campo, de modo que a colônia não perca seu caráter agrícola para o qual foi instituída (Peçanha, 1915, p. 51).

Em 1916, admite que a transferência para outro local teria um custo muito alto e menciona que a construção de uma colônia agrícola seria tarefa orçamentária para vários exercícios. A construção de pavilhões isolados com capacidade para 50 leitos cada foi orçada no mínimo por 22:000\$000 cada, sendo necessários para o funcionamento adequado da colônia pelo menos oito pavilhões para uma média mensal de 360 a 400 internos. Além disso, havia a necessidade de reparar o edifício do asilo-colônia (edifício central). O presidente se compromete a construir pelo menos um pavilhão durante o ano corrente (Peçanha, 1916, p. 28-29).

No ano seguinte, foram iniciadas as obras de um novo pavilhão em Vargem Alegre com capacidade para 50 leitos. A execução do pavilhão ficou a cargo do arquiteto E. Chauvière, a

serviço da Inspetoria de Higiene e Saúde Pública do Estado. Segundo a Mensagem de 1917, “o antigo edifício da colônia, de construção mais que semissecular, já não pode abrigar o elevado número de alienados ali recolhidos, quer pela falta de alojamento, quer pelo mau estado existente” (Collet, 1917, p. 28). Seria o primeiro de uma série de pavilhões previstos para a Colônia de Alienados de Vargem Alegre encomendados pelo presidente Nilo Peçanha no plano para a reforma geral do asilo-colônia (Almeida, 1922; Collet, 1917).

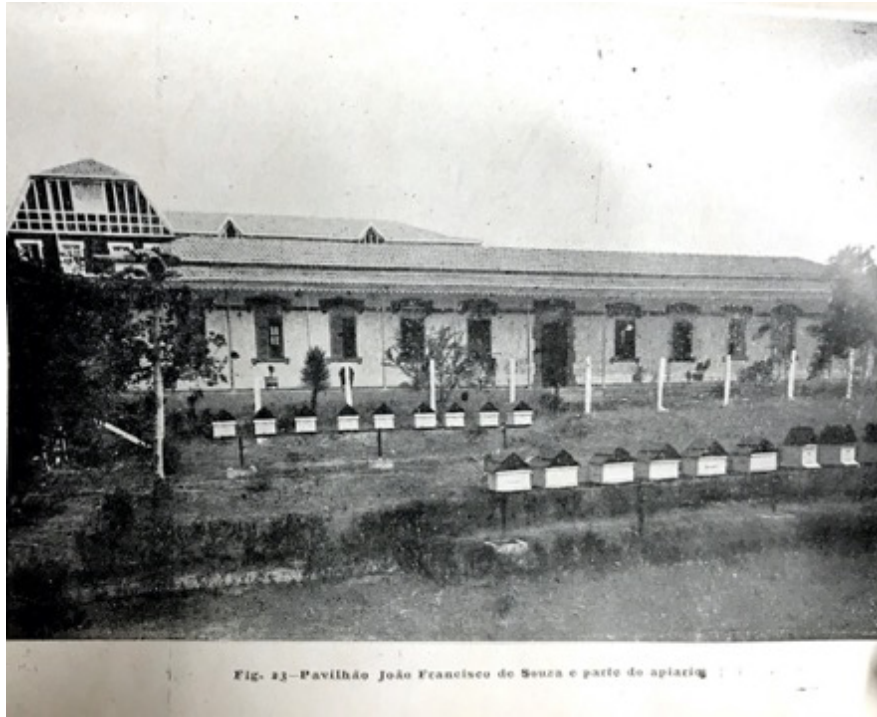
Em 1918, foi concluído o primeiro pavilhão e iniciada a construção do segundo, que teve continuidade na gestão de Raul Veiga, que relata que do valor de 441:779\$148 orçado para a ampla reforma, já haviam sido gastos 191:547\$974 (Veiga, 1919; 1920).

Em 1919, segundo Almeida, as obras de remodelação foram atacadas com maior intensidade e consistiam na reconstrução completa do edifício central, sede da antiga fazenda. Na parte térrea deste prédio estavam instaladas a administração, portaria, gabinete fotográfico, farmácia, almoxarifado e rouparia de homens. No andar superior, um salão de visitas para os indigentes, sala de visitas para os pensionistas, salão de recreio com jardim anexo para os pensionistas, gabinete da diretoria, museu, quartos particulares para insanos, quartos para agitados, laboratório, quartos para enfermeiros, enfermarias para epiléticos e para alienados semiagitados, salas de clinoterapia e balneoterapia, gabinete sanitário, pátio para imprestáveis e banheiro dos enfermeiros. A ala esquerda do edifício central era destinada às mulheres, e a direita, com a mesma estrutura e distribuição espacial, era designada aos homens (Almeida, 1922).

Os outros edifícios que compunham a colônia eram o refeitório, com instalações novas; a lavanderia; e a despensa; o *Pavilhão Visconde de Prados*, que era o dormitório de insanas, com 55 leitos; o *Pavilhão Álvaro Ramos*, que ficava do lado direito do edifício central, para cirurgia e ginecologia destinadas às insanas grávidas; o *Pavilhão João Francisco de Souza* (ver Figura 3.25), localizado no plano inferior à direita do edifício central, para alienados trabalhadores, com 45 leitos; quarto para enfermeiro; quarto para agitados; e gabinete sanitário. Na frente deste pavilhão estava a oficina do apiário; e, finalmente, no alto de uma pitoresca⁸⁵ colina, à esquerda, em estilo moderno, cercado por varandas, estava o *Pavilhão Juliano Moreira*, com quartos de isolamento, quartos para enfermeiros, sanitários e com capacidade para 20 leitos (Almeida, 1922, p. 50-51). As Figuras de 3.25 a 3.30 mostram os novos pavilhões.

⁸⁵ Ver comentário sobre o pitoresco no Romantismo no início deste capítulo e no capítulo 1.

Figura 3.25 - Pavilhão João Francisco de Souza e apiário.



Fonte: Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria, 1921.

Figura 3.26 - Fachada do edifício central após a remodelação.



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Figura 3.27 - Fachada lateral da seção feminina.



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Figura 3.28 - Fachada lateral – refeitório e cozinha; seção masculina.



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Figura 3.29 - Pavilhão Visconde de Prados.



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Figura 3.30 - Pavilhão Juliano Moreira.



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Desse modo, as principais obras executadas na nova colônia foram: reforma da casa do diretor; construção de muralha de pedra seca com 20 m de extensão na represa para abastecimento

de água; reparo e conservação de diversas estradas internas à colônia; remodelação total do edifício central, desde fundações até impermeabilizações; remodelação de um pavilhão isolado com capacidade para 45 leitos de pacientes do sexo feminino; construção de caixa d'água de cimento armado com capacidade de 50 m³; adaptação da antiga cozinha para pavilhão de cirurgia; construção de uma cozinha central; construção de dois refeitórios, cada um com capacidade para 80 doentes; reforma e construção de rede de coleta de esgotos e construção de duas fossas biológicas; construção de pavilhão para pensionistas com capacidade de 30 leitos; quatro quartos de isolamento, sanitários; e implantação de instalações elétricas. As obras totalizaram 700:000\$000 (Almeida, 1922).

O trabalho desenvolvido na colônia também contava com instalações para uma olaria que fornecia tijolos para as construções da própria instituição e que também eram vendidos. Além disso, eram praticados o trabalho agrícola e o trabalho em oficinas. Dados de 1922 apontam que a média de internos que trabalhavam diariamente era de 120 alienados, dos quais 80 homens e 40 mulheres. A renda obtida nesse ano com a venda de produtos agrícolas (milho, batata, algodão, mandioca, hortaliças etc.) foi de 5:700\$197; a da pocilga, 1:043\$300; do leite, 608\$400; e diversos (ovos, frango e doces), 250\$850; trabalhos manuais, 445\$224 (Arquivos ..., 1924, p. 111-112). Ainda nesse ano, a média de alienados trabalhando foi de 35% do número total de alienados internados na instituição. Assim como nas demais colônias agrícolas, o número de internos na assistência heterofamiliar era inexpressivo e não foram encontrados dados e informações sobre essa categoria de tratamento.

Em 1922, segundo balanço publicado nos *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria*, o diagnóstico mais frequente continuava a ser o alcoolismo, seguido da loucura maníaco-depressiva e das psicoses infecciosas, auto e heterotóxicas. Já em 1923, o diagnóstico mais frequente nas mulheres foi o de loucura maníaco-depressiva, seguido da epilepsia, psicoses infecciosas e demência senil. Nos homens, o alcoolismo foi o diagnóstico principal, seguido das psicoses infecciosas, loucura maníaco-depressiva e outras doenças mentais. Nesse ano, saíram para a assistência heterofamiliar quatro internados. O balanço desse mesmo ano também demonstrou que o Posto de Profilaxia Rural de Barra do Piraí auxiliou na coleta de material para exames e forneceu medicamentos para tratar verminoses dos internos.

Em 1924, a Mensagem enviada por Feliciano Sodré relata as atividades agrícolas na colônia; a necessidade de água quente para as sessões de balneoterapia; de lavanderia a vapor; de

um necrotério; pavilhão para pensionistas homens; ampliação da cozinha; e possibilidade de transporte que conduza os doentes até a via férrea, a quatro quilômetros da colônia (Sodré, 1924).

3.2.3 Colônia de Alienados de Jacarepaguá: instituição-modelo da moderna psiquiatria

Em minúcias tem-se aperfeiçoado o magnífico plano de Alt-Scherbitz, mas em suas linhas gerais ainda é hoje o que reúne maior número de qualidades, sobretudo porque permite conservar uma boa aparência de novo com fácil substituição dos pavilhões, para cujo tipo for achada modificação valiosa (Moreira, 1910, p. 377).

Pensada pelos psiquiatras brasileiros para ser um modelo de instituição da assistência, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá foi projetada e construída com o propósito específico de atender alienados homens, principalmente indigentes, de acordo com os pressupostos da moderna psiquiatria. Nas palavras de Juliano Moreira, acima, a nova colônia seguia o modelo de Alt-Scherbitz; além disso, o médico preocupava-se com uma instituição que pudesse ser flexível às mudanças e ampliações (Moreira, 1910).

Além do diretor-geral da Assistência a Alienados, personagens da política brasileira republicana também expressavam no discurso a concepção de Jacarepaguá como modelo de colônia que atendesse aos pressupostos já testados em instituições estrangeiras. O ministro Rivadávia da Cunha Corrêa, no Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores enviado ao presidente da República em 1913, compartilha dessa ideia quando menciona o modelo em Jacarepaguá como “propriedade rural [que] reúne todas as condições desejáveis para a fundação de um estabelecimento modelo, no gênero Lujon, Alt-Scherbitz, Untspring e outras colônias semelhantes espalhadas atualmente pela Argentina e Alemanha” (Corrêa, 1913, p. 68).

Como já vimos, os conceitos difundidos internacionalmente preconizavam que uma colônia agrícola deveria atender de uma forma mais geral a pressupostos básicos: contar com facilidade de acesso; estar perto de uma rodovia ou transporte ferroviário; ser implantada em área rural, distante de centros urbanos, para que o interno ficasse longe das pressões da vida urbana (esse pressuposto variava, por exemplo, nos Estados Unidos, onde a extensão rural deveria estar distante de 2,5 a 4 quilômetros do hospital urbano ou central); ter área suficiente e solo de boa qualidade para o cultivo

agrícola e para pecuária; facilidade de construção e ampliação; facilidade de cuidados sanitários; e entorno com natureza abundante e topografia agradável.

No início dos novecentos, foram inúmeras as demandas descritas nos relatórios ministeriais clamando pela construção de uma nova colônia agrícola para alienados em terras férteis para cultivo e com infraestrutura adequada para os edifícios. No dia 29 de maio de 1920, foi lançada a pedra fundamental da Colônia de Alienados de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, e nesse dia discursou Alfredo Pinto, ministro da Justiça e Negócios Interiores, na presença do diretor-geral da Assistência a Alienados, Juliano Moreira, e do futuro diretor da Colônia de Jacarepaguá, João Carlos Rodrigues Caldas.

O projeto de uma colônia-modelo havia sido cultivado por longo tempo pelos psiquiatras e políticos e tornou-se realidade em 1924 com a inauguração da Colônia de Alienados de Jacarepaguá. A instituição recebeu num primeiro momento os internos das Colônias de Alienados da Ilha do Governador, que funcionaram até a transferência dos internos para Jacarepaguá. Ana Venancio faz menção à nova colônia ser a concretização de um dos ideários da moderna psiquiatria brasileira:

A Colônia Juliano Moreira foi fundada em 1924 na área rural de Jacarepaguá, com o intuito de sanar os problemas existentes nas antigas colônias de alienados da Ilha do Governador. Referida à concepção institucional de colônia agrícola – presente desde o final do século XIX –, a criação da nova colônia em Jacarepaguá tornou-se uma das bandeiras do ideário psiquiátrico desde a década de 1910, associando-se sua criação à moderna assistência que se visava aqui implementar (Venancio, 2011, p. 37).

A trajetória de implantação de uma colônia-modelo para homens que pudessem exercer o trabalho agrícola se inicia com a escolha da Fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá, em 1911. A Fazenda do Engenho Novo foi preferida em detrimento da Fazenda dos Affonsos, anteriormente apontada pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Rivadávia Corrêa, no relatório ministerial de 1912. Nesse relatório, o ministro expõe ao presidente da República que primeiro havia decidido para colônia de homens a Fazenda dos Affonsos, mas teve de desistir da opção por

uma exposição que, por intermédio do diretor geral da Assistência, me fez o diretor da Colônia da Ilha do Governador, demonstrando a imensa vantagem em ser dada preferência à Fazenda do Engenho Novo na Freguesia de Jacarepaguá, situação incomparavelmente superior à da Fazenda dos Affonsos, que, além da inferioridade das terras, da maior pobreza das águas, tinha contra si ficar na

vizinhança da Vila Militar, resolvi adquirir a Fazenda do Engenho Novo [...] acertando o preço de 150 contos pela sua cessão (Corrêa, 1912, p. XXXVII).

Assim, pela intervenção de João Rodrigues Caldas, então diretor das Colônias da Ilha do Governador, grande realizador das ideias de Juliano Moreira e, também, do próprio Juliano Moreira, em 1912 o governo do Distrito Federal desapropriou, em Jacarepaguá, porção de terras. Esse processo de desapropriação só se concluiu em 1918, quando o governo federal tornou de utilidade pública a Fazenda do Engenho Novo, área de 4,08 km², território rural da capital federal (ver Figura 3.31).

Renato Dória descreve Jacarepaguá como a freguesia mais populosa no início do século XX e que as grandes propriedades rurais senhoriais oitocentistas existentes na área estavam estagnadas devido a fatores como a exaustão da terra, a falta de mercado no exterior, no caso da monocultura agroexportadora, e a impossibilidade de arcar com os custos de produção, o que levou os grandes proprietários a retalharem suas terras e as cederem a agricultores sem terra para que praticassem uma policultura de subsistência (Dória, 2015, p. 26).

Leonardo Santos também pesquisou o subúrbio e a zona rural no período de 1890-1956 e descreve as posturas e propostas de sanitaristas como Belisário Penna e Afrânio Peixoto, a partir da década de 1910, que acreditavam que o melhor remédio para salvar a região de epidemias e promover o saneamento do sertão⁸⁶ da cidade (aí incluídas as terras de Jacarepaguá) seria constituirlo como um celeiro da cidade⁸⁷ (Santos, 2013, p. 262). Rodrigues Caldas enaltece a figura de Belisário Penna, então diretor da Profilaxia Rural, pelas ações promovidas em Jacarepaguá, limpando e retificando arroios (Caldas, 1922).

⁸⁶ A Campanha pelo Saneamento Rural ganhou visibilidade, de acordo com Santos citando Hochman, com a publicação do relatório da expedição médico-científica realizada por Belisário Penna e Arthur Neiva em 1912 pelo interior do país. Mas foi com a fundação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, que a campanha pelo “saneamento dos sertões” conquistaria maior respaldo institucional junto às elites. No mesmo ano, o então presidente Venceslau Brás formalizava os princípios que regeriam a atuação do Serviço de Prophylaxia Rural por meio do Decreto nº 13.001 (Hochman, 1993 *apud* Santos, 2013, p. 261).

⁸⁷ A freguesia de Jacarepaguá, além de servir como celeiro para as áreas urbanas da capital da República por causa do clima agradável, caracteriza-se como uma região que, segundo Noronha Santos, é “um dos melhores pontos da vastíssima capital da República para a instalação de sanatórios, segundo opinião de abalizados médicos” (Noronha Santos, 1965 *apud* Dória, 2015, p. 37).

Figura 3.31 - Vista da Fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá; s/data.



Fonte: Fundo Aduino Botelho. Acervo IMASJM.

A colônia planejada por Juliano Moreira, a ser implantada em Jacarepaguá, privilegiava a instituição rural inspirada nas ideias de Wilhelm Griesinger, como discutimos anteriormente. Na colônia de sistema *open-door*, os doentes gozariam de certas liberdades e estariam distantes de elementos que lembrassem a prisão. A simetria e a uniformidade das divisões, assim como as grades em janelas, foram abolidas das instalações. O hospital-colônia, denominado deste modo por Juliano Moreira, seria composto de edifícios separados, caracterizando-se como vilas de tamanho variado, com capacidade de 15 a 40 doentes, conferindo à instituição psiquiátrica uma aparência doméstica e não institucional (Moreira, 1910, p. 379).

As obras da colônia, segundo os relatórios, foram iniciadas na administração de Rivadávia Corrêa, porém foram paralisadas em 1914 quando dois pavilhões já estavam concluídos. Na retomada das obras, no lançamento da pedra fundamental da colônia, o ministro da Justiça e Negócios Interiores discursou, fazendo uma retrospectiva histórica das colônias na capital federal e na ocasião externou sua expectativa em relação à colônia, que tinha a proposta de ser um modelo brasileiro de colônia agrícola para alienados: “É preciso fazê-lo [as colônias] de modo a suportar o confronto com as similares europeias e americanas, dentre as quais destaca-se a admirável colônia-modelo de Luján, na Argentina [...]” (Pinto, 1920, p. 179).

Em 1921, o ministro Joaquim Ferreira Chaves provisionou orçamento junto ao Congresso Nacional para as obras da colônia. Entendeu o governo ser de toda conveniência que as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá, paralisadas desde 1914, tivessem recursos anuais provisionados para execução (Arquivos ..., 1921).

No relatório ministerial de 1921, além das obras já projetadas, o futuro diretor da colônia, Rodrigues Caldas, solicita complementação orçamentária e relaciona obras e serviços complementares, tais como: canalização de águas e esgotos em todos os 14 edifícios, inclusive oficinas, estábulos, cocheiras e outras dependências, orçada em 330:003\$030; instalação de luz e energia elétrica nos mesmos, orçada em 53:030\$030; instalação da cozinha e lavanderia a vapor para 700 pessoas, que deveriam atender também ao aumento da população da colônia, 253:003\$030; instalação da farmácia e laboratório, 30:030\$030; aparelhos sanitários para águas e esgotos, lavabos, latrinas, banheiros, 40:003\$000; mobiliário para os três pavilhões especiais (o de isolamento e observação, o da enfermaria e o de tuberculosos), para oito dormitórios, refeitório, casa de administração, 123:003\$000; reparo dos dois edifícios antigos construídos havia oito anos e das casas velhas, que podiam ser aproveitadas, 30:000\$000; construção de bueiros e pontilhões, reparo das estradas de rodagem necessárias aos transportes e retificação dos cursos d'água, 50:000\$000; serviço de terraplenagem, arborização, ajardinamento e medição da área da fazenda para determinação dos rumos e linhas divisórias, 45:000\$030; reconstrução dos muros e contagem das cercas para fechar o recinto da colônia, a fim de permitir a fiscalização de entradas e saídas dos alienados e de pessoas estranhas, bem como a defesa dos pomares, hortas e plantações contra as depredações, 50:000\$000; construção de estábulos, cocheiras, pocilgas, aviários, silos, estrumeiras e outras instalações agrícolas, 60:000\$000; casas para funcionários e empregados, para diversões, necrotério, abrigo para loucos etc., 380:000\$000, todas elas perfazendo o total, acrescido de valores eventuais, de 1.665:000\$000 (Chaves, 1922, p. 95-96).

Rodrigues Caldas solicitava, frequentemente, o início das obras projetadas e as providências para a concretização das obras descritas acima, principalmente a construção de casas para funcionários e empregados, o que viabilizaria a assistência heterofamiliar para homens, nos moldes da desenvolvida para mulheres na Colônia de Engenho de Dentro, fundada, no Rio de Janeiro, em 1911.

Costa, Amora e Filgueiras descrevem a implantação do núcleo inicial da Colônia de Jacarepaguá, em 1923:

implantado no sítio original da fazenda, ao lado do aqueduto, da Igreja Nossa Senhora dos Remédios, da antiga sede, do chafariz e de demais edificações da fazenda, como a vacaria, as senzalas, etc. Foram construídos 8 pavilhões de isolamento, além de um cinema, lavanderia, necrotério, refeitório, depósitos e residências para funcionários (Costa, Amora e Filgueiras, 2013, p. 287).

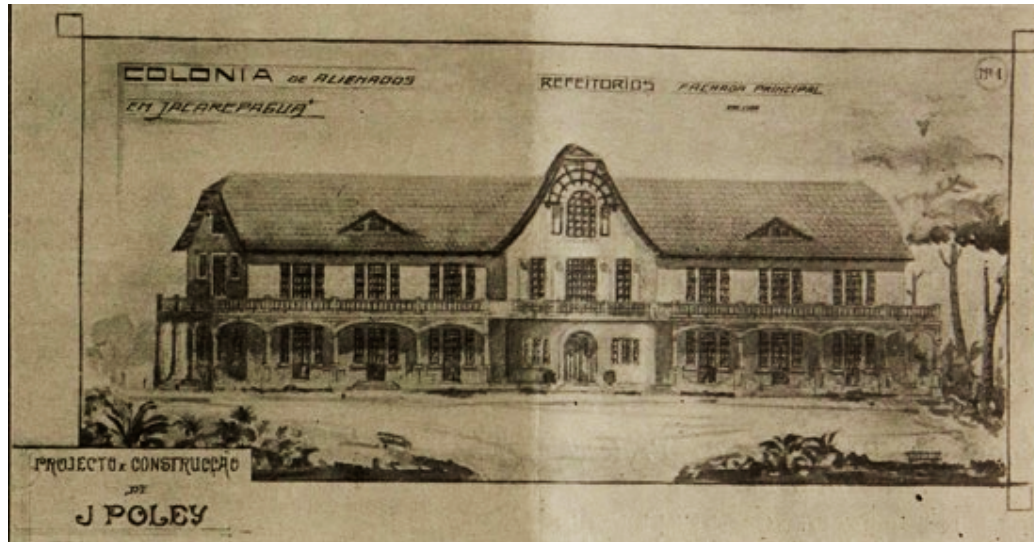
A arquitetura dos edifícios da Colônia de Jacarepaguá, como cita Costa, baseado no estudo de Costa, Amora e Filgueiras, composta, em sua maioria, de edifícios de um pavimento,

de arquiteturas simples, com exceção do pavilhão um, que tem dois pavimentos, [...] embasamento de pedra, grandes aberturas, varanda de alvenaria em tijolo, excluindo o pavilhão seis, que é todo de pedra. [...] As janelas e portas são em madeira com venezianas e vidro, soleiras e peitoris em granito (Costa, 2015, p. 85).

De fato, como apontado pelos autores Costa, Amora e Filgueiras e Costa, o estilo e a arquitetura simples, tipo chalé, das edificações da Colônia de Jacarepaguá, confirmam os conceitos desenvolvidos para este tipo de instituição (ver Figura 3.32). De acordo com o pensamento científico da época, era necessário dar uma aparência de lugar familiar de residência para o alienado. A implantação dos prédios também guardava características particulares. Os edifícios não eram muito distantes uns dos outros porque não havia circulação coberta entre eles; eram organizados de forma a lembrar uma pequena cidade ou vila rural. Toda essa perspectiva da arquitetura e da paisagem natural do entorno buscava evocar estímulos e emoções, conforme discutido anteriormente.

Os materiais de construção e revestimento interno utilizados nos edifícios, de acordo com as propostas remetidas para o escritório do engenheiro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em 1914, compunham-se de: ladrilhos hidráulicos nacionais para assentamento de pisos; azulejos tipo branco liso para revestimentos; alvenaria de tijolos para as paredes; revestimentos de argamassa de cimento e areia; forro do teto de pinho-de-riga; janelas de pinho-de-riga em duas folhas, venezianas, vidro e postigo almofadado; portas de pinho-de-riga em duas folhas, com almofadas, vidro e veneziana com postigo almofadado; calhas e condutores de cobre de 16 polegadas (Brasil, Arquivo Nacional, 1914).

Figura 3.32 - Projeto da fachada dos refeitórios; firma J. Poley.



Fonte: Periódico *Brazil-Medico*, ano XXXIV, nº 23, 1920, p. 357.

Terminada a construção de 15 edifícios e a canalização de águas e esgotos, contratada com a empresa J. Poley, que preparou o projeto da colônia e que, na publicidade mostrada na Figura 3.33, estampou uma foto de prédio da colônia, o governo federal autorizou a mudança para 6 de junho de 1924. Nessa ocasião, a instituição em Jacarepaguá poderia abrigar cerca de 300 internos, mas seria aparelhada com obras complementares para receber 600 internos (Alves, 1924, p. 137-138).

Figura 3.33 - Folder do construtor da Colônia de Jacarepaguá, a empresa J. Poley.

Um dos 12 pavilhões em construção na Colônia Agrícola de Alienados de Jacarepaguá.

J. POLEY
ARCHITECTO CONSTRUCTOR

Projectos, orçamentos, construcções e reconstrucções comuns e em cimento armado por empreitada ou administração
RUA DA CONSTITUIÇÃO, 88 Tel. Central 919

Fonte: Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

Em 1924, ano de inauguração da colônia agrícola, além dos 15 prédios, estavam concluídas: a instalação de telefones Erikson em 11 pavilhões; as obras de reparos na capela da colônia; a instalação da farmácia, do laboratório, enfermaria, necrotério, cozinha e lavanderia; e a instalação das dependências da casa de administração. Estavam em andamento o serviço de parque e ajardinamento do entorno dos prédios e o plantio de mais de 5.000 árvores frutíferas no pomar. Dos 321 doentes internados na instituição, aproximadamente 50% estavam ocupados com o trabalho na lavoura, oficinas, doméstico e na criação de 491 animais (Alves, 1924, p. 111-139).

3.3 Colônias agrícolas para alienados na cidade do Rio de Janeiro: instituições da prática do conhecimento científico e, também, do trabalho criativo

Como vimos no início do capítulo, classificamos as colônias agrícolas no Rio de Janeiro quanto ao seu propósito de atender e tratar os doentes mentais, e, além disso, possibilitar o trabalho em todas as suas vertentes. Em relação a essa classificação, as Colônias da Ilha do Governador e o asilo-colônia de Vargem Alegre eram instituições adaptadas, e as Colônias de Vargem Alegre e (a Colônia) de Jacarepaguá eram instituições específicas.

Nessa linha de pensamento, nesta seção analisaremos as demandas por novas construções e adaptações nas instalações das colônias da capital federal, de modo a subsidiar o entendimento sob o viés transnacional das discussões do capítulo 4 sobre as características que tornaram as colônias agrícolas modelos regionalizados da psiquiatria brasileira.

Para isso, nos apoiamos nos conceitos discutidos por Forgan (1989; 1986), Galison (2003) e Topp (2005), que consideramos edifícios e os espaços da ciência lugares de produção e reprodução do conhecimento fruto de interações sociais e culturais.

Nesse sentido, torna-se importante lembrar que as instituições psiquiátricas sofreram mudanças na sua concepção, principalmente a partir do fim do século XIX, para adaptá-las aos critérios da moderna ciência psiquiátrica. Na colônia agrícola tornou-se imperativo incorporar espaços para as atividades laborais dos doentes internados (Harris, 2016).

Peter Galison, à semelhança dos conceitos de Leslie Topp, procura ver o edifício da ciência como expressão de um momento cultural e científico da sociedade em que ele está inserido. Galison aponta que “a arquitetura pode nos ajudar a posicionar o cientista dentro de um espaço cultural; o

edifício serve a ambas possibilidades como agente ativo da transformação da identidade científica e como evidência dessas mudanças” (Galison, 2003, p. 3; Topp, 2005).

Para Sophie Forgan, os edifícios da ciência podem assumir três tipos de abordagens históricas: a identidade institucional do edifício; a função científica e adaptativa do edifício; e a aspiração política e científica de seus idealizadores (Forgan, 1989).

Desse modo, ao longo das discussões da tese buscamos reconhecer os espaços físicos das colônias agrícolas historicamente por meio de discursos, linguagens e impressões visuais que vão além dos elementos formais da arquitetura. Nessa linha de discussão, usando os conceitos de Forgan sobre a interpretação da identidade cultural e da aspiração dos idealizadores das colônias para alienados no Rio de Janeiro, comentaremos esses dois conceitos nas considerações finais da tese. No entanto, o entendimento do tipo funcional e a função científica e adaptativa dos edifícios das Colônias da Ilha do Governador e da Colônia de Jacarepaguá serão discutidas a seguir. Para isso, adotamos como instrumental a metodologia de John Zeisel, selecionando o método qualitativo de análise das informações sobre as obras constantes nos documentos governamentais (Forgan, 1989; Topp, 2005, 2011; Zeisel, 2006).

Com base na aplicação dessa metodologia, listamos as demandas descritas nos relatórios governamentais e os documentos do escritório do engenheiro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A seguir, identificamos o período da demanda, a origem da demanda e o motivo da demanda, que estão descritos nas Tabelas 3.1 e 3.2 do Anexo B.

Assim, após a análise verificamos que as principais demandas por obras para a Colônia de Alienados de Jacarepaguá, em 1924, estavam concentradas em dois grupos. O primeiro grupo de demandas corresponde às *adequações das instalações à atividade científica da colônia para atender às funções terapêuticas e de uso*. Estas reivindicações de adequação das instalações estavam ligadas a melhorias para atender ao trabalho agrícola, à criação de pequenos animais e às oficinas, portanto o seu fim era permitir a boa prática da ciência psiquiátrica. O segundo grupo observado foi *a melhoria da infraestrutura de canalização de água e esgoto, acesso, drenagem e cercamento da colônia*. Essa demandas dos dirigentes para infraestrutura na colônia tornavam evidente, no caso da Colônia de Alienados de Jacarepaguá, por ter sido concebida como modelo de colônia agrícola, que as obras apontadas deveriam ser um pré-requisito para a implantação da colônia, isto é, obras que deveriam ter sido realizadas *a priori*, antes do início do funcionamento da instituição em 1924.

O último grupo, *dar lugar adequado, durante o dia, aos internos que não trabalhavam*, isto é, construir abrigo para o doente internado que não estava engajado no trabalho na colônia, se relaciona com a possibilidade de o doente ter a opção de não trabalhar nas colônias.

Nas Colônias de Alienados da Ilha do Governador, no período de 1890 a 1916, as demandas por obras apresentaram comportamento semelhante aos constatados na Colônia de Jacarepaguá. O primeiro grupo de demandas mais incidente foi daquelas que exigiam a *adequação das instalações à atividade científica da colônia*. O segundo grupo mais incidente foi *melhoria da infraestrutura de acesso, água e esgoto da colônia*. Nesse quesito, damos destaque à conclusão, em 1916, das obras de água potável para as colônias, o que ocasionou a melhoria das condições de saúde dos doentes internados. Do mesmo modo que em Jacarepaguá, em 1904, na Ilha do Governador, houve demanda de construção de abrigo para os doentes em dia de chuva e calor, a qual pode ser interpretada como ligada às atividades laborais dos doentes das colônias e que, também, nos abre a possibilidade de interpretar que a construção do abrigo seria um local de uso do paciente que não estava engajado nas opções de atividades a ele oferecidas na colônia.

Com relação ainda às atividades laborais, as Figuras 3.34 a 3.39 revelam que nas Colônias da Ilha do Governador, local dos internos que trabalhavam na lavoura e na criação de pequenos animais, havia espaço para a liberdade e o trabalho criativo, aspectos que deixam transparecer que as emoções e os sentimentos não encontravam obstáculos para aflorar num ambiente de colônia agrícola. Alguns internos parecem ser mais bem reconhecíveis, em seus trabalhos, outros não são identificados nas fotos do Álbum das Colônias da Ilha do Governador, do IMASNS.

Entretanto, o que mais nos surpreendeu foi observar que a Colônia Conde de Mesquita, onde estavam os internos envolvidos com o trato com pequenos animais, foi o lugar onde o espaço para o trabalho criativo mais revelou-se pelas fotografias. Talvez, como já discutido, isso seja a constatação de que a lida com os animais e o contato com os ciclos da natureza, tenham permitido a esses indivíduos o livre acesso a suas emoções e sentimentos no fluir de suas atividades diárias como doentes internos da colônia. Sobre a construção das casas, não consta informação se elas poderiam ser lugar de abrigo de seus construtores. O álbum e as fotos não têm data e nem autor, e com certeza retratam diversos momentos dos internos. Nesse sentido, aprofundar o viés criativo revelado pela liberdade, pela natureza e pelo trabalho poderia se constituir num profícuo campo para futuras pesquisas sobre essas colônias.

Figura 3.34 - Casas construídas pelo interno Azul Vieira de Carvalho na Colônia Conde de Mesquita.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 10.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.35 - O interno Azul Vieira de Carvalho em sua oficina.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 11.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.36 - Otavio Diniz Junqueira, poeta, músico e pintor.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 08.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.37 - Casa construída por interno s/identificação na Colônia Conde de Mesquita.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 12.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.38 - Casa construída por interno s/identificação na Colônia Conde de Mesquita.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 89.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

Figura 3.39 - Trabalhos do interno João Gramicher na Colônia Conde de Mesquita.



Fonte: Álbum de fotografias das Colônias da Ilha do Governador; s/data; nº 04.
Acervo: BRRJ IMASNS/Iconografia.

CAPÍTULO 4
UMA HISTÓRIA CRUZADA SOBRE COLÔNIAS PARA
ALIENADOS: as diferentes recepções do modelo europeu no
Rio de Janeiro e em Michigan

Até aqui, detivemo-nos na organização e estruturação das colônias de alienados, analisando as colônias como instituições que compunham a assistência dos governos federal e estadual para o pobre. Além disso, de acordo com os critérios construtivos e terapêuticos da ciência psiquiátrica, verificamos a temporalidade da concepção dessas instituições psiquiátricas. Agora, neste capítulo, buscamos aprofundar a influência do desenvolvimento internacional na história das colônias agrícolas no Rio de Janeiro.

Para tal, desenvolvemos o tema da concepção de um modelo brasileiro de colônia agrícola para alienados, segundo o viés do cruzamento histórico. Utilizamos como suporte a abordagem relacional da *histoire croisée*, examinando os elos entre as várias formações históricas. Procuramos, de acordo com os estudiosos germânicos Michael Werner e Bénédicte Zimmermann, usar a dimensão do observador, que vê o objeto de estudo sob várias perspectivas e estabelece um processo diacrônico sobre historicidade do objeto por intermédio de uma escala de comparação (Werner e Zimmermann, 2006).

Seguindo a orientação teórica da *histoire croisée*, na investigação da disseminação do modelo europeu de *Colônia de Alt-Scherbitz* na implantação da colônia agrícola no Brasil e nos Estados Unidos da América do Norte, definimos uma área de influência dessa disseminação que abrange as colônias de alienados da cidade e do antigo estado do Rio de Janeiro e a *colony farm* do *Michigan Asylum for the Insane* (Michigan Asylum), em Kalamazoo, Michigan.

Para tal, Alt-Scherbitz foi selecionada como modelo original e ponto de partida da transferência; e o estado do Rio de Janeiro e Michigan como os pontos de chegada desse modelo original. Os desdobramentos dessa transferência científica são analisados sob a ótica de dois processos históricos. O primeiro, referente aos padrões científicos que foram transferidos do modelo original para as instituições implantadas no Rio de Janeiro e em Michigan, tanto do ponto de vista arquitetônico quanto terapêutico. O segundo diz respeito a como esses pressupostos científicos vindos da Alemanha chegaram ao Brasil e aos Estados Unidos, isto é, se foram regionalizados na sua implantação. Ambos os processos justificam-se e ganham suporte para

descrição a partir do referencial histórico e teórico das instituições de assistência analisadas ao longo dos capítulos desta tese. Cada um dos processos não é estático, mudou ao longo do tempo; portanto, trata-se de um processo de análise diacrônico.

Seguindo a mesma linha metodológica, a escala de investigação adotada é estabelecida em dois níveis. O primeiro, macro, a rede de inter-relações que deram origem à difusão do modelo, quais sejam: as visitas dos médicos às instituições psiquiátricas, publicações e participações em congressos científicos da área de conhecimento, e publicações de artigos científicos; essa rede de inter-relações ajudou a estabelecer paradigmas institucionais para o tratamento da doença mental a partir da metade do século XIX. O segundo nível, a micro história do modelo de colônia agrícola, permeado por características socioculturais e econômicas, desdobrada em categorias: a instituição psiquiátrica no contexto da assistência; a prática profissional e o direcionamento terapêutico; e a dimensão organizacional e estrutural do modelo, isto é, questões construtivas e funções que estabeleceram padrões científicos, com destaque para o trabalho na instituição psiquiátrica e fora dela.

Na última seção deste capítulo são apresentados os resultados do processo não linear de transmissão de uma cultura – a alemã – para outra – a brasileira e a norte-americana –, a partir do entrecruzamento histórico dos objetos observados – colônia agrícola –, de acordo com Werner e Zimmermann, verificando-se as consequências da chegada do modelo original e a regionalização e analisando-se as adaptações ocorridas nas colônias implantadas no Rio de Janeiro e em Michigan (Werner e Zimmermann, 2006).

Para o início da discussão, contextualizaremos de forma breve o modelo original e as colônias agrícolas concebidas sob a influência do modelo europeu, no âmbito da assistência psiquiátrica estabelecida no fim do século XIX e início do século XX.

4.1 O contexto referencial do modelo europeu original Colônia de Alt-Scherbitz: as diferentes recepções nacionais – colônias para alienados no Rio de Janeiro e a *Colony Farm* do Michigan Asylum for the Insane, em Michigan.

Como já visto, a disseminação de instituições psiquiátricas, principalmente da Europa, no âmbito da assistência a alienados, estabeleceu-se apoiada na configuração de uma rede de relações profissionais no campo da psiquiatria, construída a partir de viagens e visitas internacionais realizadas por médicos e administradores a instituições de renome, principalmente, na França, Escócia, Inglaterra e Alemanha.

Como afirma Enric Novella, as viagens para adquirir conhecimentos científicos fizeram parte da formação profissional dos primeiros médicos alienistas:

durante todo o período de fundação da psiquiatria, as pessoas viajaram principalmente por razões profissionais, incluindo (1) para avaliar o estado da rede de instalações em cada país, (2) para visitar modelos ou asilos de prestígio – geralmente estrangeiros – para adquirir e trocar conhecimentos, (3) para estabelecer contatos e estabelecer redes profissionais, e (4) para legitimar e promover atividades no campo do diagnóstico e tratamento de doenças mentais⁸⁸ (Novella, 2016, p. 4, tradução nossa).

Segundo Roelcke, Weindling e Westwood relatam, da metade para o fim do século XIX os alienistas alemães viajaram para a Escócia, Inglaterra e Gales para conhecer diferentes tipos de cuidados mentais e posteriormente implantar detalhes da arquitetura e organização estrutural das instituições desses países na reestruturação dos novos asilos na Alemanha e nos países de língua germânica (Roelcke, Weindling e Westwood, 2010).

Ainda segundo esses três autores, no fim do século XIX e início do século XX a direção das viagens mudou. Os médicos ingleses e de outros países passaram a visitar o sistema de tratamento psiquiátrico na Alemanha. O sistema terapêutico alemão caracterizava-se pela ênfase no ensino e na pesquisa e pelos fundos públicos que financiavam suas instituições, que tinham diferentes funções no âmbito do sistema científico alemão (Ibidem.).

Juliano Moreira foi um desses médicos que fizeram viagens à Europa, especialmente à Alemanha, para aumentar sua rede de relações e conhecimentos, visitando universidades e

⁸⁸ [...] throughout psychiatry's foundational period, people traveled mostly for professional reasons, including (1) to assess the state of the network of facilities in each country, (2) to visit model or prestigious asylums – usually foreign ones – in order to acquire and exchange knowledge, (3) to establish contacts and set up professional networks, and (4) to legitimize and promote activity in the field of diagnosis and treatment of mental illness (Novella, 2016, p. 4).

registrando experiências notáveis no campo da psiquiatria. Pedro Muñoz aponta que a primeira viagem do médico psiquiatra à Europa foi em 1898; entretanto, foi à sua segunda viagem, em 1900, que Muñoz imputa ser a inauguração da

agenda de Moreira acerca da psiquiatria alemã e de sua divulgação no Brasil, bem como seu destaque pela importância dos laboratórios nos hospitais. Pode-se assim dizer que Moreira viajou dividido entre a dermatologia e a neuropsiquiatria, mas voltou mais envolvido com a segunda especialidade, abandonando a primeira, sem (deixar de lado o interesse pela sífilis e suas demais consequências patológicas (Muñoz, 2015, p. 85).

A relação entre Juliano Moreira e Emil Kraepelin nasce a partir da intermediação do médico Júlio Afrânio Peixoto (1876-1947). A pedido de Afrânio Peixoto, Juliano Moreira começa a se corresponder com Emil Kraepelin. A agenda dos médicos brasileiros, segundo Muñoz, relacionava-se com o prosseguimento das reformas da psiquiatria nacional. Já o psiquiatra alemão tinha interesse em visitar o Brasil para estudar o acometimento de doenças mentais em indígenas brasileiros, investigação ligada à agenda de psiquiatria comparada (Muñoz, 2015, p. 23).

Dando prosseguimento ao intercâmbio científico, Juliano Moreira, frequentou “o primeiro curso de aperfeiçoamento da Clínica de Munique, que ocorreu de 3 a 24 de novembro de 1906” (Muñoz, 2015, p. 98). Em 1907, o médico brasileiro apresentou à Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro um comunicado sobre a assistência psiquiátrica na Alemanha e a Clínica Psiquiátrica de Munique. Nesse comunicado, Juliano Moreira enfatiza o papel de Wilhelm Griesinger na reestruturação da psiquiatria alemã, além de expor em detalhes o modelo de assistência ao doente mental preconizado pelo médico alemão. O médico brasileiro relata ainda toda a concepção arquitetônica, instalações e formas terapêuticas relacionadas à Clínica Psiquiátrica de Munique. Por fim, apresenta as colônias da Alemanha moderna:

A colônia de Eglfing, excelente complemento da assistência a alienados na Baviera, e cujo custo atingiu a bela soma de nove milhões de marcos. Uchtspringe e Galkausen valendo cada uma cerca de quatro milhões, Alt-Scherbitz que apesar de ser a primeira fundada segundo os planos de Peltz [Paetz] não se tem deixado ficar atrasada no belo movimento de melhorar de mais em mais a assistência aos alienados na Alemanha (Moreira, 1908, p. 186).

De fato, foi Juliano Moreira o protagonista da implantação no Brasil, no Rio de Janeiro, do modelo de assistência ao alienado baseado nos pressupostos científicos alemães, em especial, na

aplicação do modelo de Griesinger exposto no tratado de 1861. No entanto, como vimos, a proposta de implantação de um modelo assistencial ia além do desenho de suas instituições, ela estava revestida de uma outra visão do doente e da doença mental e de uma gama de instrumentos e mecanismos científicos para o tratamento dele.

Na discussão sobre essa nova visão da ciência psiquiátrica, de acordo com Heinz-Peter Schmiedebach, Griesinger procurou combinar o tratamento humanitário para o doente mental com a pesquisa científica, e para tal o médico alemão defendia que os asilos deveriam ser abertos à sociedade e ao ensino médico. De acordo com a teoria de Griesinger os pacientes deveriam ser divididos de acordo com as características da doença mental *em agudos e crônicos, utilizando o critério de tempo de tratamento* para configuração de tipos diferentes de asilos, porém ele não aceitava a divisão entre curáveis e não curáveis (Schmiedebach, 2010, p. 12, grifo nosso).

Com base nessa diferenciação de tempo de tratamento de agudos e crônicos proposta por Griesinger, Juliano Moreira delegou, no âmbito da assistência da capital federal, a tarefa de tratar os pacientes agudos ao Hospício Nacional de Alienados, e a tarefa de tratar os crônicos à colônia agrícola, a instituição rural proposta por Griesinger, como vimos nos capítulos 1 e 3. Eric Engstrom detalha a ideia de Griesinger sobre instituição rural:

o primeiro tipo, planejado para acomodar pacientes de longo prazo, Griesinger denominou asilos rurais (*ländliche Asyle*). Como o próprio nome indica, eles estariam localizados longe do centro urbano, em grandes extensões de terras relativamente baratas, e acomodariam de 400 a 600 pacientes de ambos os sexos. O trabalho agrícola seria um dos principais princípios organizacionais e ajudaria a compensar seus custos de abertura. Em termos terapêuticos, esses asilos eram expressões das convicções de Griesinger de que a ociosidade era uma força debilitante na vida dos “lunáticos robustos” e que os médicos tinham o dever de fazer “todo o possível para proteger [pacientes crônicos] de outros declínios”. Aqueles cuja aflição os impossibilitava de trabalhar no asilo rural seriam transferidos imediatamente para ‘*nursing homes*’. Mas, ao mesmo tempo, asilos rurais não deveriam tornar-se ‘*work-houses*’. Eles requeriam ter parques e outras instalações capazes de distrair e entreter os residentes, que poderiam passar o resto de suas vidas na instituição⁸⁹ (Engstrom, 2003, p. 54-55, tradução nossa).

⁸⁹ *the first kind, designed to accommodate long-term patients, Griesinger termed rural asylums (ländliche Asyle). As their name implied, they would be located away from urban center on large tracts of comparatively inexpensive land and accommodate upwards of 400-600 patients of both sexes. Agricultural labor would be one of their core organizational principles and help to offset their opening costs. In therapeutic terms these asylums were expressions of Griesinger's convictions that idleness was a debilitating force in the lives of 'robustic lunatics' and that physicians were duty-bound to do 'everything possible to protect [chronic patients] from further decline'. Those whose affliction made them unable to work in the rural asylum were to be transferred immediately to nursing homes. But at the same, rural asylums were not to degenerate into spartan work-houses. The required parks and other elaborate facilities to*

A primeira colônia rural dos reinos germânicos, fundada em 1864, no reino de Hanover, foi Einum, para abrigar 40 doentes, fruto de uma troca intensa de conhecimentos científicos, principalmente com a Inglaterra e a Escócia, nesse período. O asilo de Alt-Scherbitz foi a terceira instituição que nasceu da fase de reestruturação dos asilos na Alemanha. O asilo foi instalado na mansão Scherbitz, comprada pela província prussiana da Saxônia por cerca de um milhão de marcos (Paetz, 1893). O embasamento filosófico do modelo alemão de instituição rural, aplicado na Colônia de Alt-Scherbitz, tinha em seu cerne valores humanitários nascidos da experiência na aldeia de Gheel, na Bélgica, sobretudo na assistência familiar, na terapêutica do *free-treatment*⁹⁰ e do *non-restraint*, conceitos já discutidos no capítulo 3. Alt-Scherbitz foi a primeira colônia a aplicar o “sistema *open-door*” na Alemanha (Pistor, 1890).

4.1.1 O contexto referencial do modelo original Alt-Scherbitz – 1876

A origem da Colônia de Alt-Scherbitz está na antiga fazenda que ficava cerca de 1,6 km no trajeto da ferrovia que ligava *Station der Halle-Leipziger Eisenbahn* à cidade de *Schkeuditz*, província da Saxônia, na Alemanha. A instituição não se designava uma colônia agrícola, e, sim, uma colônia científica. De acordo com o pensamento de seu diretor, o médico Albrecht Paetz, as colônias agrícolas, enquanto instituições terapêuticas,

só podem cumprir sua alta missão científica e humanitária se a diretoria médica continuar sendo o único fator decisivo em todos os assuntos e tendo o trabalho como medicamento prescrito apenas de acordo com as indicações médicas e levando em consideração todas as peculiaridades individuais da doença em cada caso individual⁹¹ (Paetz, 1893, p. 50, tradução nossa).

distract and entertain residents who might well find themselves spending the remainder of their lives in the institution (Engstrom, 2003, p. 54-55).

⁹⁰ O *free-treatment*, mais tarde referido nos artigos científicos como *open door* e *open care*.

⁹¹ *Die Kolonien können aber nur dann ihre hohe wissenschaftliche und humanitäre Mission erfüllen, wenn die ärztliche Direktion in allen Dingen die allein maassgebende bleibt und die Arbeit als Heilmittel gleich den Medikamenten nur nach ärztlichen Indikationen und mit Berücksichtigung aller individuellen Eigentümlichkeiten der Kranken in jedem einzelnen Falle verordnet wird* (Paetz, 1893, p. 50)

A instituição rural pública, Alt-Scherbitz foi originalmente planejada para receber 450 pacientes e tinha como objetivo, segundo William Letchworth⁹², recuperar os doentes curáveis e receber e cuidar dos incuráveis, além dos doentes perigosos da província (Letchworth, 1889, p. 280). Foi aberta em 1876, com 40 pacientes, transportados para a antiga fazenda da mansão Alt-Scherbitz e no mesmo ano, a construção dos edifícios da nova instituição foi iniciada e concluída em 1891. Toda a área ocupava cerca de 3,0 km²; dentro dessa área havia 0,37 km² de prados, 0,13 km² de jardins e parques, 0,18 km² de bosques e 0,11 km² de lagos, caminhos, pátios etc. A propriedade era atravessada pelo Elster, um pequeno rio cercado por paisagens pitorescas, cenário adequado para a implantação de uma colônia agrícola (Letchworth, 1889; Paetz, 1893; Pistor, 1890).

A colônia era dividida pela estrada que leva a Leipzig (ver Figura 4.1⁹³) e (Figura 3.3⁹⁴, no capítulo 3). Os edifícios que ficavam do lado de cima da estrada, daqui por diante chamados de “instituição principal”, eram divididos em departamentos masculino e feminino, e estes em pagantes e não pagantes. Neles encontravam-se a administração, a recepção, a estação de observação, a casa de detenção e o hospital para agudos (ver Figuras 4.2 a 4.4). Os prédios eram totalmente separados uns dos outros, sem corredor de conexão, entre eles. As áreas de observação – uma para cada sexo – eram para pacientes que precisavam de observação especial e não eram agudos, e que também não estavam em condições de irem para as instalações coloniais. No primeiro andar do prédio da administração, havia uma sala de recepção, uma sala de conferências, a sala do superintendente, a sala do contador e a sala do tesoureiro. As instalações da colônia agrícola ficavam abaixo da estrada (Letchworth, 1889; Paetz, 1893; Pistor, 1890).

Toda a instituição – instituição principal e colônia agrícola –, no fim da década de 1890, comportava 355 homens e 245 mulheres, totalizando 600 pacientes dos quais 150 (25%) estavam ocupados na agricultura; porém, Paetz previa, com a ocupação definitiva acomodar 800 pacientes o que implicaria em ocupar cerca de 200 (25%) pacientes na agricultura (Paetz, 1893). O tratamento dos pacientes na colônia buscava a impressão o mais próximo possível de um ambiente de vida

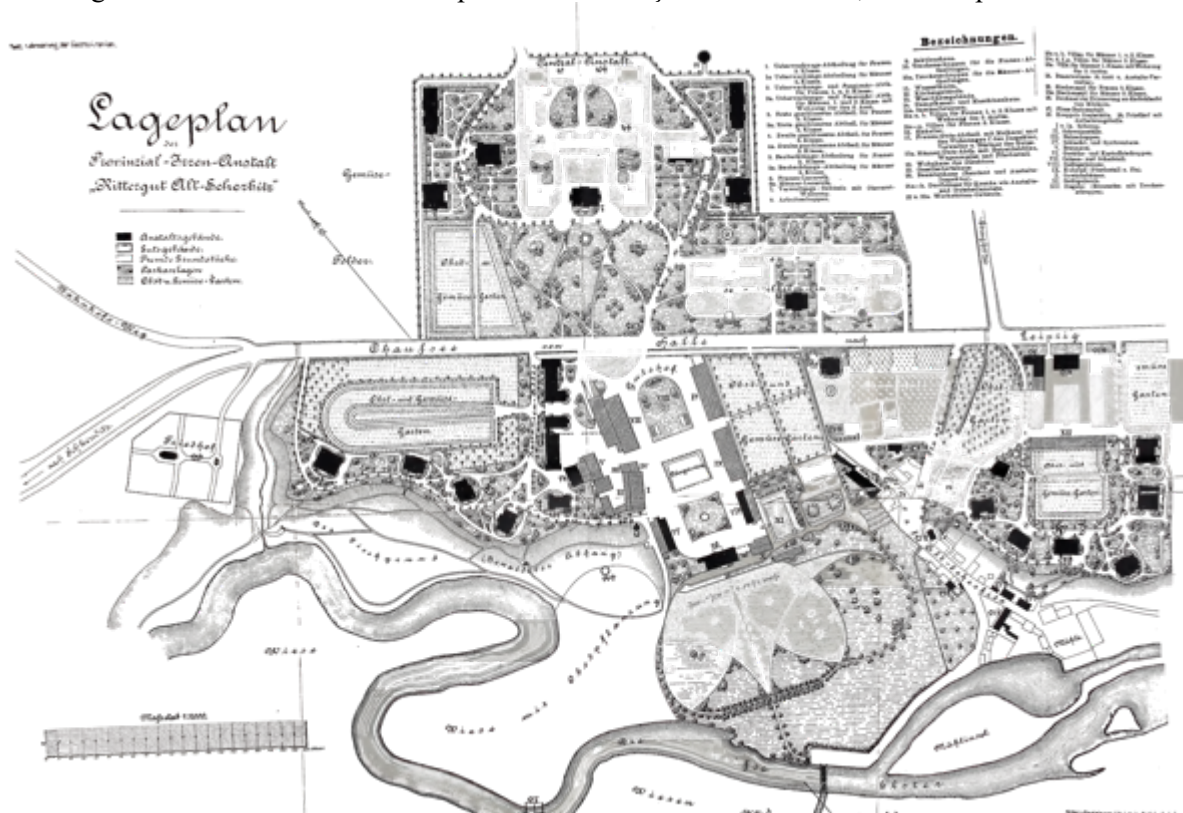
⁹² Cabe finalizar esta seção retomando o intercambio científico sobre ciência psiquiátrica no século XIX para o qual William Letchworth (1823-1910) contribuiu com o registro em publicações diversas experiências de assistência aos insanos pobres. Letchworth nasceu em Nova Iorque; era um negociante quaker dedicado à caridade e assistência social e foi presidente do New York State Board of Charities (1875-1897). Em suas viagens à Europa, esteve em contato com diversos médicos que dirigiam instituições de assistência aos pobres, dentre eles Albrecht Paetz, diretor de Alt-Scherbitz. (Letchworth, 1889; Paetz, 1893).

⁹³ Mapa retirado da publicação de Paetz (1893) legendas em alemão.

⁹⁴ Mapa retirado da publicação de Sibbald (1897) legendas em inglês.

doméstica. As edificações da colônia eram em estilo de chalés, de um e dois andares, revestidos de tijolos e com varandas com muita vegetação no entorno. O ambiente transmitia a sensação da vida no campo.

Figura 4.1 - Vista aérea das duas partes da instituição Alt-Scherbitz, dividida pela estrada.



Fonte: Retirado de *Kolonisierung der Geisteskranken*, 1893, p. 241.

Do mesmo modo que os prédios da instituição principal, a colônia era dividida em instalações para homens e para mulheres. No lado feminino, havia cinco chalés; no masculino, sete chalés, além dos prédios da fazenda e das enfermarias. As acomodações da colônia eram divididas em classes tipos I, II e III, e havia cerca de duas tipologias de chalés diferentes para cada classe de pacientes (ver Figura 4.5). Os valores pagos pelos pacientes eram diferenciados por classe. Os doentes da classe I eram admitidos com um pagamento anual de 1.600 marcos; os doentes da classe II, com 800 marcos; e os da classe III, com 400 marcos. A diferença entre o pagamento estipulado e o custo real das internações era custeada pelo governo da província. Uma taxa adicional era cobrada aos pacientes recebidos de outras províncias (Burdett, 1891, 1891a; Letchworth, 1889; Paetz, 1893; Pistor, 1890).

Albrecht Paetz relata que os pedidos de admissão de doentes mentais eram acompanhados de um parecer do médico da província e enviados ao diretor do asilo pelas autoridades do local de moradia do doente. Paetz era médico e diretor de Alt-Scherbitz, responsável pelo asilo principal e a colônia. O diretor tinha a prerrogativa, em determinados casos, de fazer a admissão direta do doente. Nesse caso, era feito um breve relatório ao chefe do governo da província (*Landes - Direktion der Provinz Sachsen*), que acompanhava o pedido de admissão. Nos casos não urgentes, o diretor do asilo enviava o pedido de admissão ao chefe do governo da província, com uma breve opinião sobre os motivos pelos quais o pedido fora aceito ou rejeitado e de acordo com o parecer apresentado. A província administrava a instituição rural e o Estado fazia a supervisão. Todo paciente que chegava a Alt-Scherbitz inicialmente permanecia na instituição principal em observação (ver Figura 4.6), onde eram realizados o exame físico e o diagnóstico. A colônia tinha um médico assistente residente para tratar dos doentes ali acomodados (Paetz, 1893).

Segundo Letchworth, as portas da colônia estavam sempre abertas para garantir a liberdade dos internos e não havia grades nas janelas. A decoração do prédio principal era mais rica, com sofás, cortinas, pianos, tapetes etc. Nas residências da colônia, o mobiliário era simples, mas suficiente para as necessidades dos internos. As casas recebiam abundância de luz solar e ventilação e eram separadas por jardins (Letchworth, 1889).

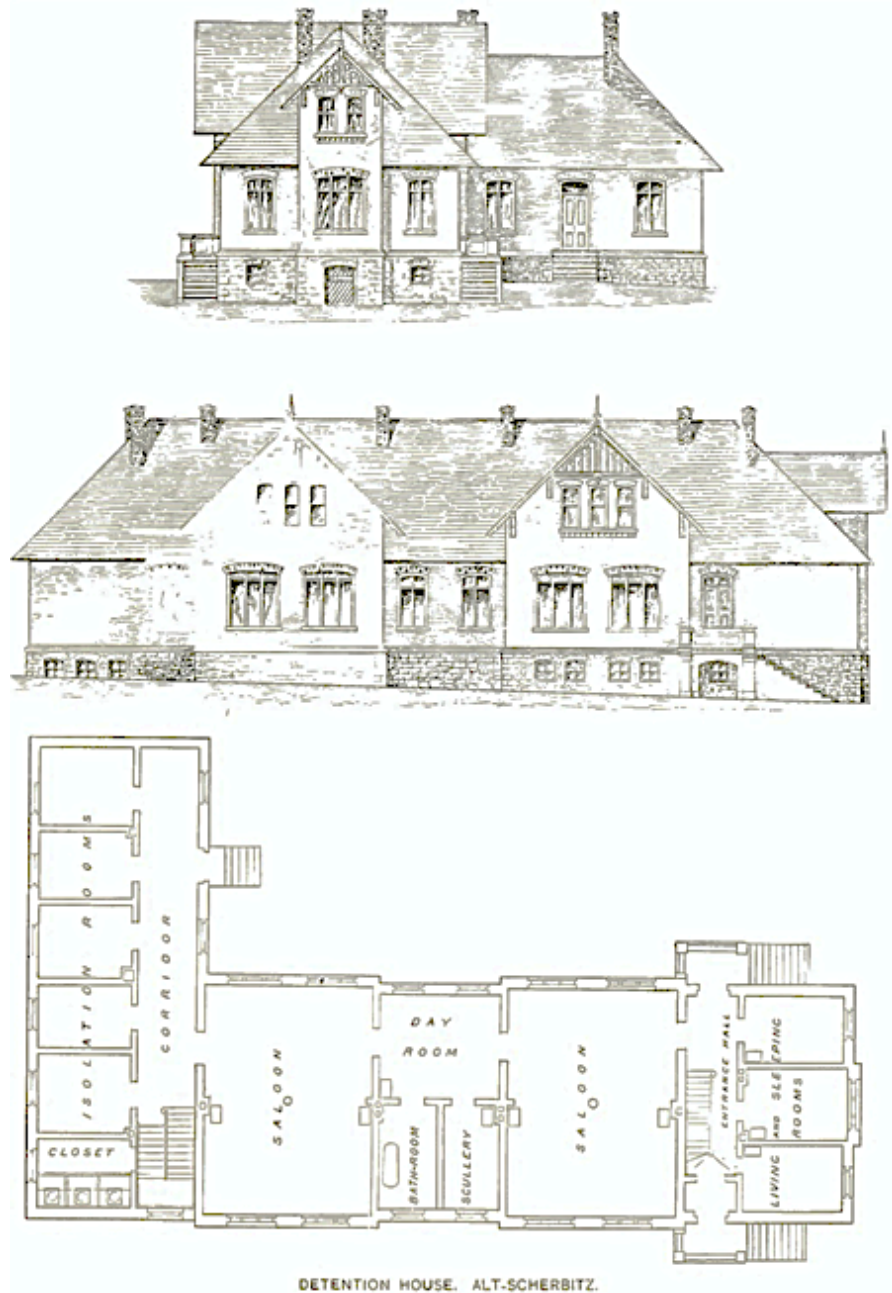
A lavanderia e a cozinha estavam localizadas na área da colônia, mas próximas à rodovia, e atendiam a toda a instituição rural. No entanto, as casas das colônias tinham uma copa e uma despensa. A regra geral da alimentação a ser observada era que a comida fosse saudável e que todos os utensílios estivessem sempre bem limpos (Ibidem).

A instituição principal era aquecida por tubulações de água quente. Na colônia, eram utilizados para o aquecimento fogões de porcelana e lareiras. A água era elevada por uma bomba de força e distribuída por gravidade para toda a instituição. Havia sistema de armazenamento de todos os resíduos, que eram utilizados na fazenda. A fazenda contava com 75 vacas para a produção de laticínios, 19 bois, 16 cavalos e centenas de ovelhas e porcos, além de estufa, tanque de peixes e um pomar com cerejeiras, pereiras, macieiras e ameixeiras. Os tijolos eram produzidos no local e usados na construção de prédios do asilo; entretanto, uma quantidade considerável era comercializada (Letchworth, 1889; Pistor, 1890).

As mulheres internas trabalhavam na cozinha, na lavanderia e na produção de laticínios. Mas também podiam trabalhar com costura e reparo de roupas e lençóis. A maioria dos homens

estava ocupada em trabalhos agrícolas; outros exerciam atividades como marceneiros, pedreiros, fabricantes de carroças, ferreiros, carpinteiros, sapateiros, alfaiates, seleiros, encadernadores, pintores e fabricantes de cestas. Os que não trabalhavam eram os casos agudos sob tratamento médico, os fisicamente incapacitados e os extraordinariamente excitados (Paetz, 1893).

Figura 4.2 – Planta baixa e fachada da casa de detenção; instituição principal.



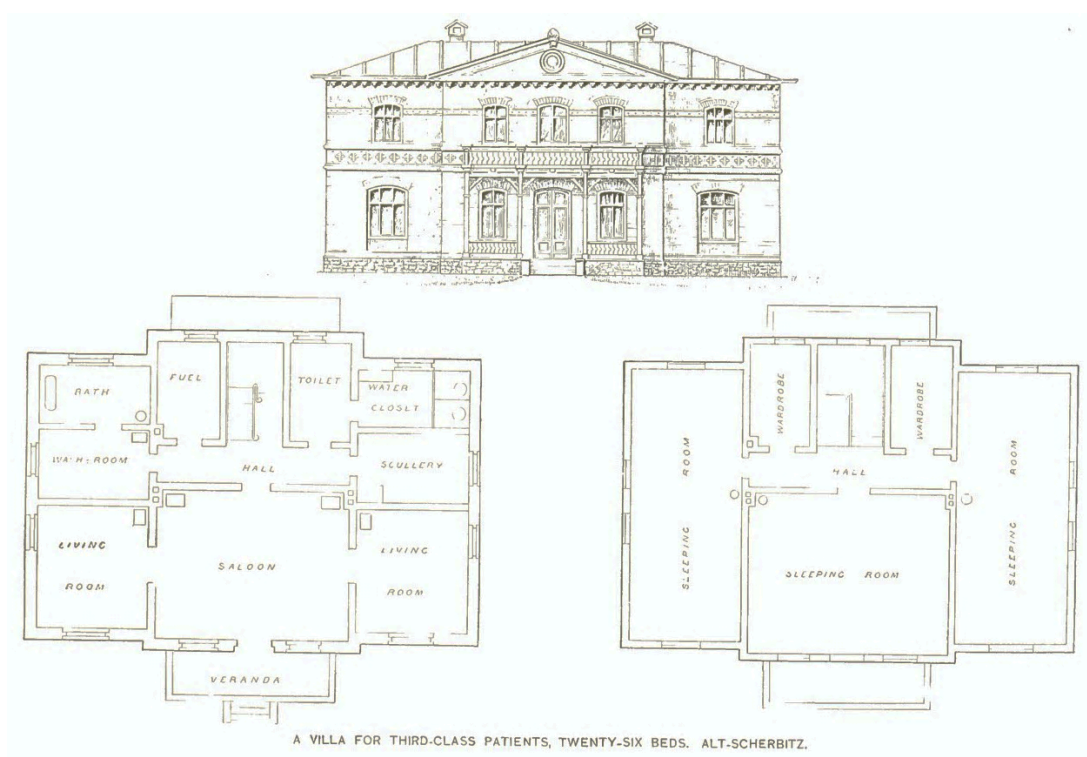
Fonte: Retirado de *The insane in foreign countries*, 1889, p. 286.

Figura 4.3 - Foto do departamento fechado – classe III; instituição principal.



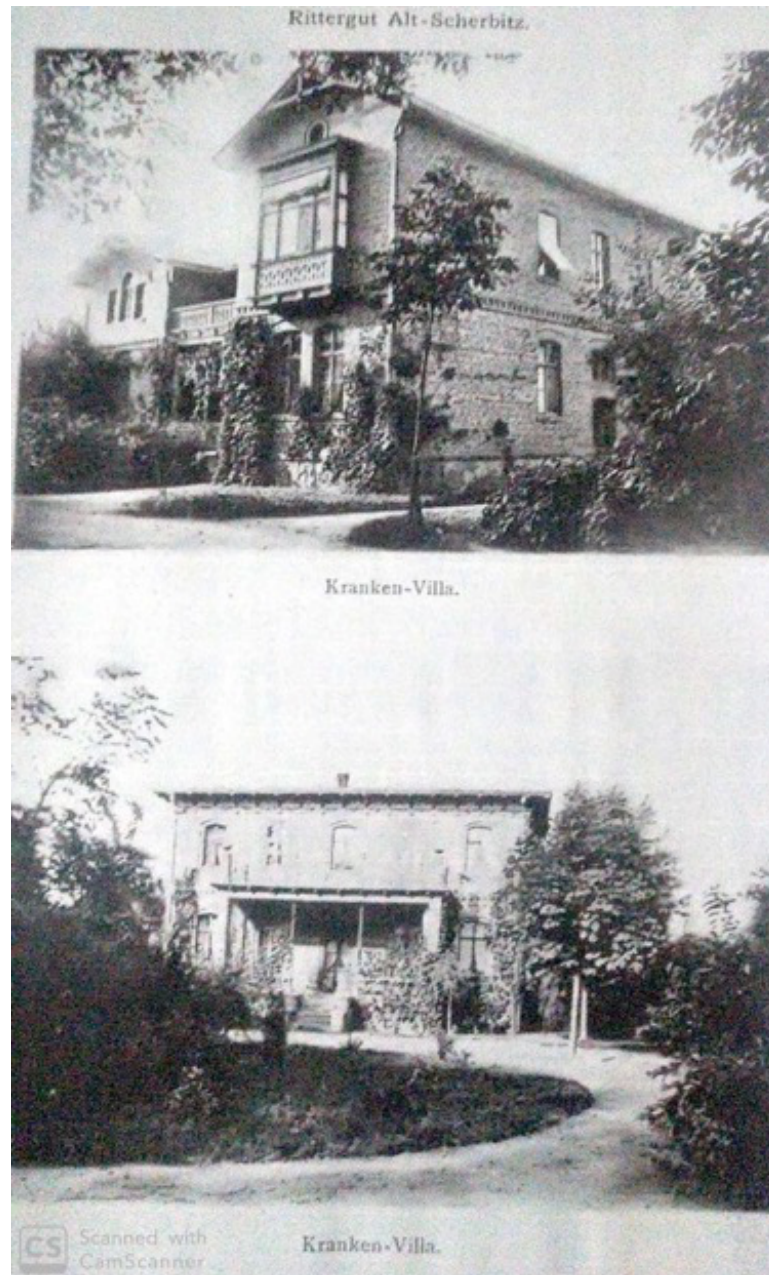
Fonte: Retirado de *Kolonisirung der Geisteskranken*, 1893, p. 157.

Figura 4.4 – Planta baixa e fachada do departamento fechado – classe III; instituição principal.



Fonte: Retirado de *The insane in foreign countries*, 1889, p. 290.

Figura 4.5 - Vila de doentes; colônia agrícola.



Fonte: Retirado de *Kolonisierung der Geisteskranken*, 1893, p. 186.

Figura 4.6 – Planta baixa e fachada da estação de observação; instituição principal.



Fonte: Retirado de *The insane in foreign countries*, 1889, p. 284.

Na visita que fez à instituição rural na década de 1880, William Letchworth ficou impressionado com a ausência de barreiras, a liberdade, o tipo de tratamento concedido aos pacientes, a supervisão dos trabalhadores, a atmosfera geral de alegria e tranquilidade e a limpeza e higiene. Segundo o autor, no ambiente do campo o trabalho era um esforço cuidadoso para envolver a mente do doente em Alt-Scherbitz (Letchworth, 1889).

Dessa forma, a divisão por gênero e por classes – diagnóstico, pagantes e não pagantes – eram critérios obrigatórios no projeto e construção da colônia agrícola, além de espaços e instalações apropriadas para lavoura, criação de animais e oficinas. Desse modo, a divisão do trabalho por gênero e classes era bem clara – o trabalho doméstico era realizado pelas mulheres e o trabalho agrícola e outras atividades que demandassem aptidão física mais forte eram realizados por homens. No entanto, os doentes pagantes poderiam se dedicar a atividades mais leves e de recreação.

4.1.2 *O contexto referencial da assistência em Michigan e no Rio de Janeiro*

Para a contextualização das colônias no Rio de Janeiro e em Michigan, é importante fazer uma reflexão sobre a centralização das decisões e supervisão da assistência ao alienado, na capital federal, como discutimos no capítulo 1, e o desenho descentralizado da assistência ao insano nos Estados Unidos da América do Norte. Esse cenário da assistência pública ao alienado pobre, do fim do século XIX e início do século XX, aponta para a construção de diferenças e semelhanças abrangendo duas realidades institucionais no campo da psiquiatria, com processos de estrutura e organização distintos e diferentes responsabilidades dos atores em cada país.

No Brasil, Gisele Sanglard, menciona que o período da Primeira República caracterizava-se pelo federalismo, que transferia competência aos estados pelas ações da ordem e proteção das populações, em divergência à centralização do poder durante o Império,

Esse federalismo era legitimado pela prática liberal que propugnava a não-intervenção do Estado, o que sustentava o mandonismo local. E no que tange à assistência, a prática liberal acabava por manter a estrutura herdada dos tempos coloniais, a cargo da Misericórdia. Assim, ao Estado caberia agir apenas em tempos de grande calamidade pública, quando a ordem estivesse em perigo, ou seja, durante as epidemias; e na fiscalização dos portos e do exercício profissional (Sanglard, 2008a, p.65).

Para Cláudia Viscardi, o projeto federalista nacional republicano era uma ruptura com o regime centralizado monárquico. Pretendia-se, então, alcançar a descentralização dando autonomia às antigas províncias (Viscardi, 2001). E como Surama Pinto mostra, a construção do projeto republicano brasileiro na sua principal dimensão era o federalismo; entretanto, essa construção foi de um federalismo oligárquico e desigual, em que as negociações pelo governo republicano eram feitas estado a estado, guiadas pelos interesses envolvidos (Pinto, 2018, p. 572).

Com relação ao modelo federativo norte-americano, Gerald Grob afirma que, após dois séculos de autoridade e de centralidade sob o domínio imperial britânico, a forma de governo republicana definida pela Constituição restringia a autoridade do governo federal, dando amplos poderes aos estados federativos:

A Décima Emenda declarou explicitamente que os “poderes não delegados aos Estados Unidos pela Constituição” eram “reservados aos estados, respectivamente, ou ao povo”. No entanto, interpretou a Constituição com base na premissa de que a responsabilidade pela saúde e bem-estar residia nos governos

estaduais e locais, e não no governo nacional. Consequentemente, a política social do século XIX envolveu governos estaduais e locais atuando em conjunto com organizações privadas e indivíduos. Os asilos, embora geralmente estabelecidos e apoiados pelos estados, acharam-se, também, inextricavelmente enredados com o governo local⁹⁵ (Grob, 1994, p. 95, tradução nossa).

Assim, a política norte-americana de cuidados e tratamentos dos insanos indigentes foi estabelecida a partir da divisão de poderes entre estados e governos locais (*counties*). De acordo com Catherine Whitaker, em Michigan, no início de 1870, foi promulgada a Lei dos Pobres, que estabelecia categorias para os indigentes. “Os estatutos definiam os pobres de maneira ampla, como aqueles que não podiam se sustentar, incluindo aqueles que eram cegos, velhos, coxos, doentes ou decrepitos, ou de qualquer outra forma incapacitados ou debilitados”⁹⁶ (Whitaker, 1986, p. 34, tradução nossa).

No entanto, para que seja possível entender o sentido da pobreza e do trabalho agrícola nos Estados Unidos, faz-se necessária uma remissão às suas origens: a Inglaterra. Gerald Grob coloca que, antes da independência dos Estados Unidos, o cuidado do insano continuava sendo encargo da família, e se a família podia arcar de todas as formas com esse cuidado, nenhum outro auxílio era fornecido. As leis coloniais eram baseadas nos princípios das leis inglesas, segundo os quais a sociedade tinha responsabilidade pelo pobre e pelo dependente. Como a doença e a dependência estavam interligadas, o tratamento do insano era incumbência da comunidade local (Grob, 1994).

É necessário, então, entender como o pobre e o pauperismo eram tratados na Inglaterra para então alcançar a referência norte-americana do sistema de pobreza “poor law system”. Segundo Karl Polanyi, o surgimento dos pobres na Inglaterra, isto é, a expulsão do campo para a cidade, deu-se em dois movimentos. O primeiro, do século XV para o século XVI, quando ocorreram os cercamentos e as conversões; o segundo, na metade do século XVIII, com a Revolução Industrial.

O segundo momento, a Revolução Industrial, teve como berço o desenvolvimento da indústria lanígera da Inglaterra, fruto das mudanças – cercamento dos campos e conversões de terras – empreendidas nas eras dos Tudors e Stuarts. O autor atribui como consequência da

⁹⁵ *The Tenth Amendment explicitly stated that the “powers not delegated to the United States by the Constitution” were “reserved to the states respectively, or to the people”. However, interpreted the Constitution was based on the premise that responsibility for health and welfare resided with state and local governments and not the national government. Consequently, nineteenth-century social policy involved state and local governments acting in concert with private organizations and individuals. Asylums, although generally established and supported by states, found themselves inextricably enmeshed with local government as well* (Grob 1994, p. 95).

⁹⁶ *The statutes defined the poor very broadly as those could not support themselves, including those who were blind, old, lame, sick or decrepit, or in any other way disabled or enfeebled* (Whitaker, 1986, p. 34).

Revolução Industrial “uma avalanche de desarticulação social que desabou sobre a Inglaterra” (Polanyi, [1944], 2000, p. 58). Quando se apreendeu o significado da pobreza, estava preparado o cenário para o século XIX, e o divisor de águas pode ser colocado em torno de 1780 (Polanyi, [1944], 2000).

Para Polanyi, este período é caracterizado pelo naturalismo, em que “a reintegração da sociedade no mundo humano tornou-se o objetivo perseguido com persistência na evolução do pensamento social” (Polanyi, [1944], 2000, p. 153). Nesse sentido, as tendências humanistas e a aproximação com a natureza foram, segundo o autor, mecanismos de proteção da sociedade contra a devastação da Revolução Industrial, o que logicamente se refletiu na visão e no tratamento do doente mental no século XIX, como vimos nos capítulos 2 e 3.

Karl Polanyi considera que na história social do século XIX a nossa consciência social foi fundida no modelo determinado pela lógica do sistema de mercado, desencadeado pela Reforma da Lei dos Pobres (*Poor Law Reform Amendment*) (1834) e tendo como ponto de partida a Lei Speenhamland (*Speenhamland Law*) (1795), ou “sistema de abonos” ou “direito de viver”, implantada na época dos Tudors. A lei era o esteio de uma lógica paternalista de abonos que incidiam sobre os salários e que tinha como referência o preço do pão, o que garantia ao pobre uma renda mínima independente do salário. Segue-se comentário do autor:

A longo prazo o resultado foi estarrecedor. Embora levasse algum tempo até que o respeito próprio do homem comum descesse a um nível tão baixo a ponto dele preferir a assistência aos pobres ao salário, a verdade é que esse salário, subsidiado através de fundos públicos, chegou a um ponto tal que ele se viu forçado a recorrer à assistência dos impostos. Pouco a pouco o pessoal do campo foi se pauperizando; o adágio “uma vez por conta dos impostos, sempre por conta deles” passou a ser uma verdade incontestável. Seria impossível explicar a degradação humana e social do capitalismo primitivo sem os prolongados efeitos do sistema de abonos (Polanyi, [1944], 2000 p. 102).

Na visão de Polanyi, a preocupação da Lei Speenhamland não estava centrada nos salários, mas, sim, na reserva de mão de obra. Os que mais sofreram com a retirada dos abonos após 1834 foram, segundo o autor, os mais necessitados, que ficaram abandonados à própria sorte, e os “pobres envergonhados” orgulhosos demais para se recolherem aos albergues, que haviam se tornado um abrigo vergonhoso” (Ibidem, p. 105).

Segundo este autor, as pessoas que procuravam assistência podiam ser detidas e encaminhadas aos albergues. Ocorre que

a taxa de mortalidade desses albergues era assustadora. Acrescentemos a isto as condições do campônio da fronteira norte, que era pago em espécie, e obrigado a ajudar no campo em qualquer ocasião, assim como as múltiplas dependências implícitas na situação do agregado e as formas precárias da posse da terra por parte dos pobres, e aí então se pode avaliar em que medida um exército de reserva latente de mão de obra dócil estava à disposição dos empregadores rurais. Assim, à parte o tema salarial, havia o tema da manutenção de uma mão de obra agrícola de reserva satisfatória (Polanyi, [1944], 2000, p. 330).

Por esse motivo, em 1833 a comunidade agrícola se mostrou defensora da manutenção dos abonos, porque isso significava mão de obra barata e colheitas mais rápidas. Entretanto, em 1834, com a Reforma da Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment*), à qual Karl Polanyi imputou o início do capitalismo moderno, colocou “um ponto final no domínio latifundiário benevolente de seu sistema de abono” (Ibidem, p. 102).

Já nos Estados Unidos, segundo Gerald Grob, os colonizadores que vieram para o país trouxeram as tradições inglesas e as práticas, incluindo a *poor law system* que, dentre outras coisas, delegava ao governo local a responsabilidade pelos insanos. “No entanto, a responsabilidade local tinha um significado bastante diferente na América, com lacunas de grandes áreas urbanas e arranjos institucionais complexos característicos do país mãe⁹⁷” (Grob, 1994, p. 13). A população era bastante esparsa na colônia britânica. De acordo com Grob, após a independência havia, por volta de 1790, havia apenas seis áreas, no vasto território do país, com mais de 8 mil habitantes; isso apontava para uma baixa densidade demográfica em relação à população total (Ibidem, idem).

No período colonial, como a insanidade estava relacionada à dependência dos que estavam ao seu redor, como já dito, quando o crescimento populacional se deu, e as cidades já não eram tão esparsas, o modelo de assistência exigiu mudanças. Então, no século XVIII, a assistência mudou de padrão nas cidades maiores e a institucionalização do insano tornou-se um fato. A primeira *almshouse* foi criada em 1662, em Boston, e em 1729 foi autorizada a construção de uma unidade separada para “*Distracted Persons [insanos] Separate from the Poor*” (Grob, 1994, p. 17).

Cabe relacionar que, no século XIX, na Inglaterra, o lugar de tratamento para o insano era a família; quando isso não era possível, segundo Peter Barlett, o Estado fornecia a assistência por intermédio do *poor law relieving officer*:

⁹⁷ Yet local responsibility had a quite different meaning in America, which lacked large urban areas and complex institutional arrangements characteristic of the mother country (Grob, 1994, p. 15).

Esse indivíduo poderia fornecer assistência de três maneiras. Fundos para apoio adicional em casa [*outdoor relief*]. Isso poderia permitir que uma enfermeira ou atendente fosse contratada, ou permitiria que um membro da família gastasse menos tempo no emprego remunerado e mais tempo cuidando do indivíduo insano. Como alternativa, se uma solução institucional fosse necessária, o indivíduo seria enviado para *local union workhouse* ou para o *county asylum*⁹⁸ (Bartlett, 1998, p. 421, tradução nossa).

Durante o período colonial dos Estados Unidos, as *almshouses*⁹⁹, foram o destino dos pobres institucionalizados, inclusive dos insanos. Catherine Whitaker comenta a esse respeito:

O início do século XIX marcou a disseminação da construção das *almshouses* para os pobres dependentes. Funcionários do governo e reformadores começaram a denunciar a assistência [*outdoor relief*], alegando que esta encorajava e perpetuava um ciclo de ociosidade, embriaguez e pobreza. Os proponentes das *almshouses* defendiam a institucionalização para fazer cumprir a ordem, a disciplina e o trabalho, além de mudar hábitos de ociosidade pela ausência de trabalho. Os administradores promulgaram um programa de assistência ao trabalho para os moradores das *almshouses* – ou *inmates*, como costumavam ser chamados –; esses frequentemente trabalhavam nas fazendas que faziam parte de muitas *almshouses*. Como o número e a popularidade das *almshouses* cresceram, a assistência [*outdoor relief*] diminuiu, mas nunca foi completamente eliminada¹⁰⁰ (Whitaker, 1986, p. 6, tradução nossa).

Na perspectiva de entender a representação do trabalho, em especial na cultura anglo-saxã, sob a ótica econômica e moral, revela-se ser inaceitável a ociosidade na instituição psiquiátrica. A esse respeito, Waltraud Ernst comenta:

Punição, necessidade econômica e moral estavam intrinsecamente ligadas. As atitudes da elite em relação ao trabalho evidentemente cristalizaram-se na Grã-

⁹⁸ *That individual could provide relief in three ways. Funds might be provided for additional support in the home (“outdoor relief”). This might allow a nurse or attendant to be hired, or allow a family member to spend less time at paid employment and more time in care of the insane individual. Alternatively, if an institutional solution were required, the individual would be sent to the local union workhouse or the county asylum (Bartlett, 1998, p. 421).*

⁹⁹ Podemos fazer uma analogia da *almshouse* com o Asilo de Mendicidade no Rio de Janeiro, após sua nova regulamentação, em 1884. Nesse período, os asilados foram classificados e em 1888 criou-se uma extensão agrícola para o Asilo(a instituição,) o que deu ênfase ao trabalho. Em 1893, a administração do asilo passou do governo federal para o governo municipal. A partir de então, os “loucos” foram transferidos para a Assistência Médico-Legal a Alienados. Ver capítulo 1.

¹⁰⁰ *The early nineteenth century marked the beginning of widespread construction of almshouses for the dependent poor. Government officials and reformers began denouncing “outdoor” relief on the grounds that it encouraged and perpetuated a cycle of idleness, drunkenness, and poverty. The proponents of the almshouses advocated institutionalization to enforce order, discipline, and work, and to change habits of idleness into those of industry. Relief administrators promulgated a program of work relief; almshouse residents — or inmates, as they were often called — often worked on the farms that were part of many almshouses. As the number and popularity of almshouses grew, the extent of outdoor relief declined but was never completely eliminated (Whitaker, 1986, p. 52).*

Bretanha, no início, e na Alemanha, no final do século XIX, quando a industrialização tomou conta. O trabalho era um dever moral e uma fonte de aprimoramento individual, moral e material. Valores como economia, trabalho e sobriedade associados à crescente classe de empresários derivaram, segundo Max Weber, de uma mentalidade que ele denominou “ética de trabalho protestante”¹⁰¹ (Ernst, 2016, p. 6).

Em Michigan, a primeira referência sobre o tratamento do insano remete à criação do *Board of Superintendent of the Poor*, no condado de Wayne, em 1834. A primeira *poorhouse*, *almshouse* foi criada em 1832 e começou a receber insanos em 1841 (Hurd, 1916). Entre as décadas de 1860 e 1870, foram estabelecidas mudanças para a organização das *almshouses*, dentre elas, transferir crianças e insanos dessas entidades para outros locais. Contudo, em 1885 a Legislatura concedeu autorização extraordinária aos superintendentes do Asilos Estaduais (*States Asylums*), em caso de superlotação, para promover admissões e altas; e, que por esse motivo, também podiam transferir insanos crônicos para as *almshouses* quando esses não tivessem família ou amigos que pudessem cuidar deles (Whitaker, 1986).

Segundo Whitaker, em nível estadual o *Board of Corrections and Charities* (BCC), Michigan defendia, em relação à assistência ao pobre, uma visão diferente daquela praticada em nível local, que imputava às *almshouses* o regime de *workhouse*, em que os pobres capazes fisicamente deveriam trabalhar em fazendas. Desse modo, o

BCC, na década de 1870, defendeu que a *almshouse* servia como *workhouse* para os pobres fisicamente capazes e um asilo para os indigentes doentes, [no entanto] o Board, em 1904, apontou que a instituição operasse apenas como um hospital da localidade. Os funcionários do bem-estar social da localidade, ao contrário, manifestaram pouco interesse em expandir os cuidados médicos na *almshouse* e continuaram a imputar a organização e funcionamento da *almshouse* em termos mais apropriados para uma *workhouse* do século XIX¹⁰² (Whitaker, 1986, p. 52; tradução nossa).

¹⁰¹ *Punishment, economic necessity and morals were intrinsically bound up. Attitudes of the elite towards work had evidently crystallized in Britain by the early and in German by the late nineteenth century as industrialization took hold. Work was a moral duty and a source of individual improvement, both morally and materially. Values of thrift, toil and sobriety associated with the growing class of entrepreneurs derived, according Max Weber, from a mindset he termed the 'Protestant work ethic' (Ernst, 2016, p.6)..*

¹⁰² *While the BCC in the 1870s had advocated that the almshouse serve as both a workhouse for the able-bodied poor and an asylum for the indigent sick, the board by 1904 urged that the institution operate solely as a county hospital. Local welfare officials, in contrast, expressed far less interest in expanding medical care at the almshouse and continued to describe the organization and operation of the almshouse in terms more appropriate to a nineteenth-century workhouse (Whitaker, 1986, p. 52).*

Mesmo com a autorização do BCC desde 1904, somente em 1906 houve a recomendação para que a sociedade médica indicasse a equipe médica da instituição, o que não se sabe se colocou um ponto final na controvérsia sobre a filosofia de organização e funcionamento dessas instituições. Whitaker aponta, ainda, que a política para os pobres era diferenciada e variava de estado para estado; em Nova Iorque, por exemplo, o pobre sem residência estabelecida era considerado indigente, e o estado pagava o custo de internação dele nas almshouses. Já em Michigan não acontecia o mesmo; o estado não pagava o custo de manutenção de doentes mentais nas almshouses, isso era responsabilidade da localidade (Whitaker, 1986, p. 50).

Entretanto, no século XIX, os asilos estaduais começaram a ser construídos. A prerrogativa de construção desses asilos para insanos era dos estados, não obstante a *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* (AMSAAI), que reunia os superintendentes de diferentes dos asilos, difundisse e elaborasse padrões construtivos para as instituições, tendo certa supremacia nas decisões terapêuticas e construtivas perante os estados federativos:

[...] Grande parte da legislação relativa aos doentes mentais, portanto, baseava-se no pressuposto de que a responsabilidade seria dividida entre localidades e estados. Em geral, os estados forneciam os recursos financeiros necessários para a aquisição de um local e construção de um hospital, bem como para subsequente expansão e renovação dele. As comunidades locais, por outro lado, eram obrigadas a pagar ao hospital o custo dos cuidados e do tratamento¹⁰³ (Grob, 1994, p. 95, tradução nossa).

Em Michigan, os asilos estaduais começaram a ser construídos na década de 1850. O primeiro foi o Michigan Asylum for Insane (Michigan Asylum), nome recebido por ocasião de sua fundação, em 1859, em Kalamazoo, o qual recebia pacientes homens e mulheres. Na sequência temporal de fundação tem-se: em 1878, o Pontiac State Hospital; em 1885, o Traverse City State Hospital; e, em 1895, o Newberry State Hospital. Esses quatro asilos recebiam pacientes de todas as localidades do estado de Michigan. Em 1885, com capacidade para 100 insanos considerados criminosos, foi aberto o Ionia State Hospital. Outro hospital fundado, em 1869, desta vez pelo

¹⁰³ [...] *Much of the legislation pertaining to the mentally ill, therefore, was based on the assumption that responsibility would be divided between localities and states. In general states provided the capital funds necessary for the acquisition of a site and construction of a physical plant for a hospital as well as for subsequent expansion and renovation. Local communities, on the other hand, were required to pay the hospital a sum equal to the actual cost of providing care and treatment* (Grob, 1994, p. 95).

condado de Wayne¹⁰⁴, portanto, com natureza de atendimento local, e não estadual, foi o Eloise Wayne County; porém, essa instituição também recebia pacientes mantidos pelo estado de Michigan (Barrett e Parcker, 1927).

No início dos novecentos, Michigan tinha estruturado uma política e um sistema de instituições de assistência para tratar a doença mental agudo e crônico. Esse sistema foi construído por corresponsabilidades no tratamento e cuidado do insano. No primeiro nível estava o governo local (*county*), que tinha a responsabilidade do tratamento do pobre insano. No segundo nível, a responsabilidade do tratamento era do governo do estado. A localidade era responsável, durante o primeiro ano de internação, pelo suporte do custo financeiro do tratamento do insano, ressarcindo o estado pelos gastos. Nos tratamentos mais longos que um ano, após decorrido o primeiro ano o estado assumia os custos financeiros despendidos nos asilos.

Segundo Gerald Grob, surgiram dificuldades por conta do sistema de divisão de poderes entre estado e localidades para resolver os problemas sociais. Custo e competição eram algumas dessas dificuldades. Para contorná-las, alguns estados passaram a adotar um sistema mais racional e centralizado, com a criação dos *boards*. No caso dos asilos estaduais, o Board of Trustee of the States Asylums era uma instância decisória e de controle entre o governo estadual e os *asilos*. Essas entidades estaduais eram compostas de diferentes membros da sociedade, funcionários do estado e superintendentes dos asilos e retiraram o poder de decisão e controle que previamente era único dos superintendentes dos asilos (Grob, *op. cit.*).

No que tange ao processo de admissão nos asilos, esse era diferente do processo de admissão do doente mental brasileiro. Naquele país, a família era responsável pelo início do processo de internação da maior parte dos doentes nos asilos estaduais. Os doentes sem família eram internados por oficiais públicos. Entretanto, ao longo do século XIX esse padrão variou em alguns estados devido às diferentes políticas adotadas (Grob, 1994).

Na década de 1870, o processo de admissão do insano pobre se iniciava com uma audiência com o *judge of probation*, que contava com o suporte dos pareceres, após exame, de dois médicos, que opinavam pela insanidade ou não do candidato. De acordo com Catherine Whitaker, nas audiências, o juiz decidia sob a perspectiva de duas demandas: se o indivíduo era insano ou não; e

¹⁰⁴ O condado de Wayne (Wayne County), em 1796, antes da fundação do estado de Michigan, ocorrida em 1837, abrangia todo o território do que viria a ser Michigan, e parte de Illinois, Ohio, Indiana e Wisconsin, tendo como principal cidade Detroit.) Após a criação do estado de Michigan, o condado de Wayne ficou circunscrito ao território estadual.

se ele era indigente ou não. Diante da decisão por insano e indigente, este seria internado no asilo do estado, custeado pela localidade (*county*) (Whitaker, 1986, p. 77-78). Embora o *judge of probation* tivesse a prerrogativa de decisão sobre a admissão do insano pobre, em 1885 a legislação estendeu a prerrogativa de admissão (*commitment*) e alta (*discharge*) dos insanos aos superintendentes dos asilos quando suas instituições estivessem superlotadas. Whitaker revela que a legislação, no caso de alta, “não proibiu nem permitiu a transferência de pacientes com doenças mentais dos asilos estaduais para as almshouses dos condados, mas apenas estipulou que os doentes mentais deveriam ser devolvidos à família, amigos ou ao superintendente dos pobres”¹⁰⁵ (Whitaker, 1986, p. 78, tradução nossa).

Para termos uma noção do sistema de assistência em Michigan em relação à assistência ao alienado no na cidade do Rio de Janeiro, em 1906 existiam 6.712 pacientes internados nos quatro asilos de Michigan, enquanto, no mesmo período, o Hospício Nacional de Alienados e as Colônias da Ilha do Governador totalizavam 3.657 pacientes internados. Portanto, na cidade do Rio de Janeiro, em duas instituições de assistência havia cerca de 54% de leitos a menos em relação ao total de leitos em Michigan. Como as Colônias da Ilha do Governador mantinham ocupação média de 250 pacientes internados por ano, isso pode nos revelar que a ocupação do Hospício Nacional de Alienados no ano de 1906 deve ter sido muito alta.

Outro dado sobre a assistência em Michigan aponta que entre 1^o de julho de 1918 e 30 de junho de 1919, havia 7.885 pacientes nas instituições em Michigan, dos quais 54% eram homens e 46% eram mulheres (Barrett e Packer, 1927). Em 1920, um relatório sobre o State Psychopathic Hospital relatava que “84% recuperaram-se em três meses e 69% de todos os pacientes que receberam alta estão no hospital há menos de três meses”¹⁰⁶ (Barrett, 1921, p. 315, tradução nossa).

Já na assistência no Rio de Janeiro, no Hospital Nacional de Alienados e nas Colônias da Ilha do Governador, e aí incluída a Colônia de Engenho de Dentro, no ano de 1918 havia 5.665 pacientes internados. Destes, 4.401 eram homens e 1.194 eram mulheres, o que correspondia a um percentual de cerca de 78% de homens e 22% de mulheres. Deste total de homens e mulheres internos, 12% tiveram alta no período, 8% faleceram de doenças e 3% faleceram de gripe. Como

¹⁰⁵ *neither prohibited nor permitted the transfer of mentally ill patients from State Asylums to county almshouses but only stipulated that the mentally ill should be returned to family, friends, or superintended of the poor* (Whitaker, 1986, p. 78).

¹⁰⁶ *84 per cent recovered in three months and 69 per cent of all patients discharged have been in the hospital less than three months* (Barrett, 1921, p. 315).

nos relatórios governamentais não há dados sobre a duração da permanência dos internos nessas instituições, não pudemos verificar o tempo de internação com base nesses documentos; porém, pela amostra qualitativa analisada com os dados dos prontuários, mencionados no capítulo 1, o tempo de permanência médio, no caso das Colônias de Alienados da Ilha do Governador, era de até um ano. Já os dados do Hospício de Pedro II, na década de 1880, analisados por Daniele Ribeiro, mostram que a maior incidência de prontuários analisados estava no tempo de permanência até um ano (Ribeiro, 2016, p.174).

4.2 Os padrões científicos de concepção das instituições: *colony farm* em Kalamazoo e colônias agrícolas de alienados no Rio de Janeiro

O primeiro asilo estadual implantado em Michigan foi o Michigan Asylum for the Insane, em 1859, em Kalamazoo (ver Figura 4.7). O asilo foi concebido sob a orientação arquitetônica e organizacional do *Kirkbride Plan*, idealizado por Thomas Story Kirkbride como visto no capítulo 3.

Figura 4.7 - Vista frontal do *Michigan Asylum* (asilo fechado) em Kalamazoo, na época da inauguração, em 1859.



Fonte: Michigan Archives, Lansing, MI.

Thomas Kirkbride era médico superintendente do Pennsylvania Hospital, na Filadélfia. De acordo com Gerald Grob, o médico

já havia feito um estudo cuidadoso da arquitetura hospitalar, publicou um volume clássico sobre o assunto apenas três anos após a AMSAII ter adotado suas propostas. Nesse estudo, ele estabeleceu princípios gerais e detalhes específicos relacionados a hospitais psiquiátricos. Durante o restante do século, a maioria das instituições foi construída de acordo com o *Kirkbride Plan*¹⁰⁷ (Grob, 1973, p. 143, tradução nossa).

O Michigan Asylum, em Kalamazoo, era uma grande construção, composta de edifícios interligados e com três andares, um edifício central e duas alas em cada lado do edifício central, cujo a planta e a orientação construtiva seguiram o Kirkbride Plan. Essa orientação foi disseminada em larga escala nos estados norte-americanos e baseava-se no *On the construction, organization, and general arrangements of hospitals for the insane*, publicado em 1854, por Kirkbride. O *Kirkbride Plan* foi adotado e recomendado pela AMSAII, como visto no capítulo 3. Esse tipo de planta permitia ao médico, pelas características das instalações, classificar cada paciente em enfermarias específicas e separar os edifícios de acordo com o diagnóstico, tendo, então, espaços funcionais para pacientes, empregados e visitantes (Kirkbride, 1854).

Para Thomas Kirkbride, a instituição asilar não era lugar de confinamento do paciente; se fosse corretamente planejada, poderia permitir ao médico o tratamento e a recuperação do paciente, isto é, o asilo seria lugar de cura, em que o espaço arquitetônico atuaria como coadjuvante. O asilo deveria ter espaços que atendessem a diferentes funções, tais como atividades de recreação, trabalho, serviço religioso, alimentação, culinária, descanso e diferentes terapias (Ibidem.)

Porém, como já vimos nos capítulos anteriores, a superlotação dos asilos e o confronto dos custos com os resultados negativos dos tratamentos levaram os estados, a sociedade e os psiquiatras a questionarem a viabilidade dessas grandes instituições e como visto no capítulo 3, a aprovação em 1866 pela AMSAII da separação de pacientes agudos e crônicos em diferentes instituições abriu oportunidade para diversos asilos instalarem próxima a sua localização os *cottages plan* ou *villas plan* associados à uma ou mais fazendas.

¹⁰⁷ had already made a careful study of hospital architecture, published a classic volume on that subject just three years after the AMSAII had adopted its proposals. In this book he laid down general principles and specific details relating to mental hospitals. For most of the remainder of the century, the majority of institutions were constructed according to the *Kirkbride Plan* (Grob, 1973, p. 143).

A mudança de visão do doente e da doença mental aliada a econômica que preconizava a segregação para o tratamento do doente em vilas associadas à uma fazenda, as *colonies farms* tiveram na experiência paradigmática de Alt-Scherbitz fonte de inspiração semelhante a que os médicos brasileiros tiveram. Nos Estados Unidos o movimento de construção de conhecimento dos médicos por intermédio de viagens aconteceu, segundo John Burnham, entre 1880 e 1914 quando cerca de 15 mil médicos norte-americanos estudaram na Alemanha e na Áustria. Isso aponta para a profunda influência da medicina alemã nos Estados Unidos no final do século XIX e no início do século XX (Burnham, 2010).

No pós-década de 1850, os grandes asilos estavam em decadência, principalmente nos Estados Unidos, onde a ocupação variava de 1.000 a 1.500 pacientes. Porém, a troca de conhecimentos entre os médicos psiquiatras viajantes e imigrantes era intensa, e do surgimento e intensificação de um novo modo de pensar influenciado pelo *modus operandi* europeu de tratamento do alienado, acabou surgindo a oportunidade de implantar instituições menores e diferenciadas que separassem agudos e crônicos pacientes na terapêutica e com custos menores de construção.

A rede de relações e conhecimento científico com a Alemanha também foi construída em Michigan. Em 1906, agregou-se ao sistema de assistência ao insano, o *State Psychopathic Hospital*, que estava anexado à Universidade de Michigan, em Ann Arbor (ver Figura 4.8). A instituição, com cerca de 60 leitos, era administrada pela universidade em conjunto com o estado de Michigan.

Figura 4.8 - Vista da fachada frontal do State Psychopathic Hospital, Ann Arbor, Michigan, antes de 1907.



Fonte: University Planners Office Records, caixa 34; Bentley Historical Library, Universidade de Michigan.

O Psychopathic Hospital foi o primeiro nos Estados Unidos, nessa modalidade, estabelecido para tratar doentes mentais agudos e se assemelhava com a clínica psiquiátrica urbana de Griesinger. O tempo de internação era de no máximo três meses, e a instituição, que se enquadrava nos moldes da ciência psiquiátrica alemã, dedicava-se ao ensino e pesquisa (Barrett, 1921).

O primeiro superintendente do hospital foi o médico Albert Barrett, que iniciou sua carreira como assistente júnior do Hospital Worcester, onde foi chefiado por Adolf Meyer. Este, de acordo com Gerald Grob, foi uma figura influente na psiquiatria norte-americana. Nascido na Suíça em 1866, ele se formou em medicina na Universidade de Zurique em 1892 (Grob, 1983). Escritores como Roelcke, Weindling e Westwood (2010) declararam Adolf Meyer como “um exemplo de inovador suíço que migrou da Alemanha e da Grã-Bretanha para os Estados Unidos” (Roelcke, Weindling e Westwood, 2010, p. 7).

Em trajetória profissional semelhante à de Juliano Moreira, em 1897, Albert Barrett, admirador de Emil Kraepelin, viajou para estudar em Heidelberg. A ida de Barrett para a Alemanha deve ter sido influenciada por Meyer que era admirador da sistemática de Kraepelin com relação à observação do comportamento e à manutenção de registros dos pacientes e, além disso, na abordagem psicoterapêutica europeia (Pols, 2010).

A experiência de implantação do State Psychopathic Hospital no âmbito da assistência ao alienado em Michigan envolvia consultoria, treinamento e pesquisa clínica junto aos asilos estaduais. No Hospital eram prestados serviços de análise patológica das amostras do cérebro dos pacientes e treinamento dos médicos do Michigan Asylum fazendo a troca de experiências entre as instituições intensa.

Desse modo, aliado à Faculdade de Medicina da Universidade de Michigan, o State Psychopathic Hospital, como hospital urbano e local de treinamento e pesquisa, e o Michigan Asylum, com sua extensão rural, a *colony farm* em Kalamazoo, representavam o modelo preconizado por Griesinger no estado de Michigan.

4.2.1 *A colony farm do Michigan Asylum em Kalamazoo: o modelo europeu nos Estados Unidos*

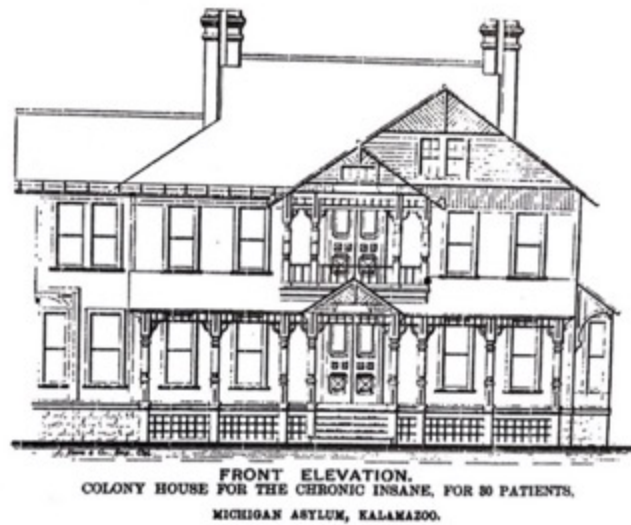
Em 1899, Herman Ostrander, que era médico assistente do asilo em Michigan, do qual mais tarde viria a se tornar superintendente, apontou que havia nos Estados Unidos uma tendência de quebra do sistema corredor de edificações¹⁰⁸, que evoluiu para implantação de blocos de edificações menores e, daí para a construção de *cottages*¹⁰⁹ no entorno do edifício principal do asilo. E, em relação a isso, o psiquiatra norte-americano ratificava a importância de Alt-Scherbitz como um sistema consolidado de planejamento e implantação de colônia agrícola (Ostrander, 1900, p. 444).

Em 1886, a extensão rural do Michigan Asylum teve iniciado seu processo de implantação quando o Board of Trustee daquela instituição comprou 256 acres da Brook Farm, situada a 1,5 milha ao norte do edifício principal do asilo. De acordo com George C. Palmer, médico superintendente nos anos de 1878 a 1891, a Brook Farm foi o primeiro passo para segregar os pacientes crônicos. A fazenda, dedicada à produção de leite, foi ocupada por 45 pacientes homens e seus atendentes numa primeira acomodação construída em estrutura de madeira, a *Trask Cottage*, com dois andares (ver Figuras 4.9 e 4.10, com as plantas do *cottage*). No primeiro andar, estavam localizados o quarto do supervisor da fazenda e esposa, a recepção, salas de estar e jantar para os pacientes, cozinha e banheiro. No segundo andar, os quartos dos pacientes, quartos de vestir e sala para os atendentes (Michigan, 1890; 1886).

¹⁰⁸ Provavelmente o médico se refere ao sistema pavilhonar empregado largamente na Europa e nos Estados Unidos desde o fim do século XVIII e fortemente no início do século XIX. O sistema pavilhonar contava com blocos de edificações de até dois andares, implantadas longe umas das outras no terreno. Esse tipo de implantação tornava a ventilação e insolação das instalações bem melhores; além disso, esses edifícios eram ligados por corredores subterrâneos ou cobertos no nível do solo. Ver outras informações sobre o sistema pavilhonar no capítulo 3.

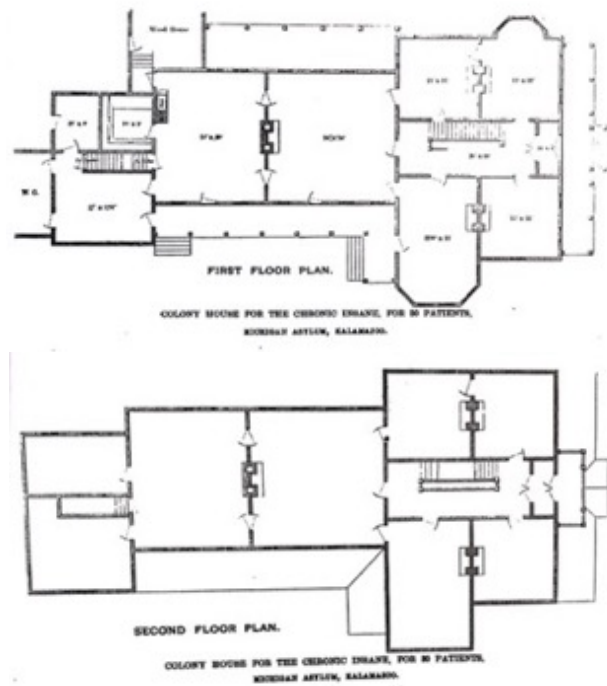
¹⁰⁹ Segundo Andrew Jackson Downing (1815-1852), americano e arquiteto paisagista, o *cottage* era uma arquitetura doméstica que pretendia despertar o sentido de graça, elegância e o pitoresco de formas delicadas reproduzidas pela arquitetura e paisagem rural. Eram sensações em relação às construções que refinam a mente, mas também espriam prazeres (Downing, 1842). Downing elaborou uma série de publicações sobre *cottages* residenciais, *cottages* rurais e *cottages-villas*, que misturavam a arquitetura romântica com o *countryside's pastoral picturesque*. Podemos fazer uma comparação entre os *cottages* norte-americanos, enquanto proposta de habitações rurais domésticas, com os chalés implantados nas colônias agrícolas no Rio de Janeiro.

Figura 4.9 - Fachada do *cottage* da Brook Farm.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1886, p. 35.

Figura 4.10 – Plantas baixas do primeiro e segundo andar do *cottage* da Brook Farm.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1886, p. 37-38.

A partir da experiência na Brook Farm, Palmer montou um plano, *The Colony Plan*, cujo objetivo era o estabelecimento de uma colônia para pacientes crônicos e calmos. Em seus escritos, Palmer afirma que a colônia:

(1) Proporcionará alívio rápido; dentro de seis meses, é possível prever a recepção de pacientes para construir e organizar o novo asilo, pelo menos quatro anos seriam exigidos para a implantação dos demais no Estado. (2) A vida na colônia será mais bem adaptada à classe de pacientes para a qual ela se destina do que a vida que eles agora vivem no asilo, porque proporcionará maior liberdade e tenderá a cultivar neles os hábitos de autoconfiança e autocontrole. (3) Fornecerá acomodação e ocupação adequadas para todos os pacientes capazes e dispostos a trabalhar, os quais, organizados e direcionados, serão remunerados. A ocupação, dirigida criteriosamente, constitui uma das ajudas mais importantes para o tratamento dos insanos crônicos. (4) Oferecerá uma oportunidade de mudança que, dentro de certos limites, será salutar para muitos pacientes. (5) Será por vinte anos um plano econômico para prover um número crescente de pessoas insanas, reduzindo materialmente o custo de acomodação e o custo de sua manutenção¹¹⁰ (Michigan, 1886, p. 16-17, tradução nossa).

O plano proposto por Palmer revelava que atrelado à colônia agrícola havia o viés da sustentabilidade econômica do doente mental. Esse mesmo viés foi o assumido no discurso médico e político durante o período de concepção e implantação das colônias agrícolas para alienados no Rio de Janeiro.

No relatório de 1888, havia um trecho que apontava que os pacientes da experiência da Brook Farm, em curto espaço de tempo, melhoraram fisicamente e também demonstraram interesse pelo ambiente do entorno. Nesse período, havia 36 pacientes internos, dos quais 21 estavam engajados no trabalho ao ar livre, 8 estavam no trabalho de casa e cozinha e 7 não tinham atividades (Michigan, 1888).

Após a elaboração do *The Colony Plan*, e diante das experiências adquiridas na Brook Farm, a colônia em Kalamazoo se expandiu. Localizadas em platô elevado, com lagos no entorno

¹¹⁰ (1) *It will afford speedy relief; within six months provision can be made for the reception of patients to construct and organize a new asylum after the plan of those established in this State, would require at least four years* (2) *Life at colony will be better adapted to the class of patients for which it is intended than the life they now live in the Asylum proper, because it will afford greater freedom and will tend to cultivate in them the habits of self reliance and self-control.* (3) *It will provide suitable accommodation and occupation for all patients able and willing to work, but so organized and directed as to be remunerative. Occupation judiciously directed constitutes one of the most important aids to the treatment of the chronic insane.* (4) *It will afford an opportunity to change, which within certain limits exerts salutary over many patients.* (5) *It will be for twenty years, the economical plan of providing for the increasing numbers of the insane, reducing materially the cost of accommodation and the cost of their maintenance* (Michigan, 1886, p. 16-17).

e medindo 320 acres de área, a Hinds Farm e a Fair Oaks, esta última uma propriedade coberta de carvalhos nativos, foram as áreas escolhidas para expansão da colônia agrícola. Em 1887, as propriedades tiveram a posse transferida para o estado de Michigan e passaram a ser apontadas nos relatórios do Board of Trustee como *colony farm*. (Michigan, 1890).

Como as atividades e a terapêutica da *colony farm* (*colony farm* em Kalamazoo) diferiam das do asilo principal, o prédio principal do Michigan Asylum, a arquitetura também tinha outra proposta. O cenário era doméstico nas residências construídas para um número menor de pacientes, que desfrutavam de liberdade e atividades ao ar livre, o que contrastava com os numerosos pacientes internos concentrados na instituição principal. A finalidade das acomodações era não terem uma aparência institucional, de modo que, observadas a distância, as construções pareceriam estar implantadas em uma área agradável e bonita, cercada por árvores, com vista para o Lago Asylum (Michigan, 1890).

A *colony farm* em Kalamazoo seguia a mesma linha da ideologia psiquiátrica que embasou o modelo de Alt-Scherbitz. A maioria dos *cottages* tinha dois a três andares de altura, com varandas que se estendiam por toda a extensão do edifício. Cada *cottage* tinha diferenças específicas; as janelas eram grandes, as varandas, largas e havia detalhes decorativos na fachada. Os pacientes trabalhavam na agricultura e com os animais da fazenda.

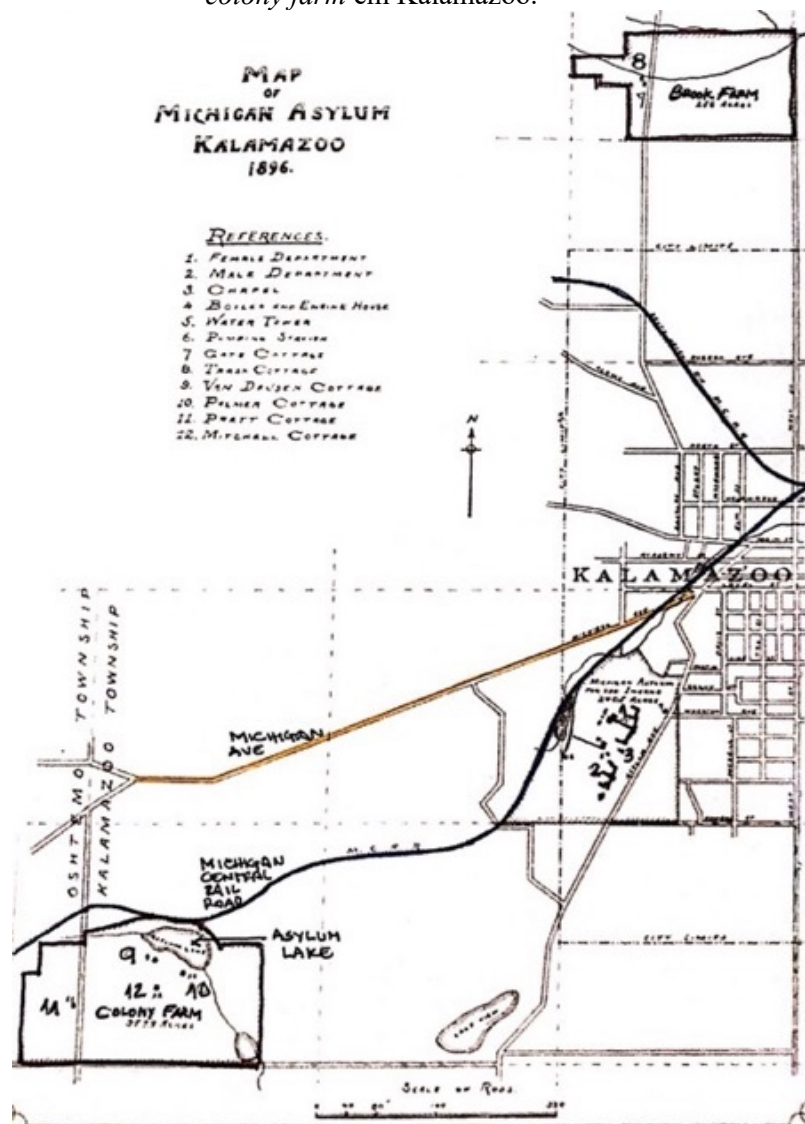
Após a incorporação das novas áreas, o Michigan Asylum ganhou a seguinte configuração de implantação: ao norte da instituição estava a linha ferroviária Michigan Central, a partir da qual um acesso foi construído para atender ao asilo principal. Uma estrada principal, a Asylum Road conduzia ao asilo principal (ver mapa da Figura 4.11, com os acessos e detalhes de implantação). A linha férrea foi construída antes dos *cottages*, e a impressão que os pacientes que chegassem de trem teriam da *colony farm* seria a vista da paisagem rodeada pela natureza, transmitindo a sensação de um ambiente sereno. A ferrovia nesse trecho tinha, então, não a função de transportar, mas, sim, de descortinar a paisagem ao redor na entrada do Michigan Asylum (ver Figuras 4.12 e 4.13) (Michigan, 1890; 1886; Decker, 2008).

O primeiro *cottage* construído na nova área, em estrutura de tijolos, foi o Van Deusen Cottage, destinado a receber 27 ocupantes do sexo feminino, tendo sido finalizado em 1888. O Van Deusen Cottage foi renomeado Grosvenor Cottage após 1916. No primeiro andar estavam a cozinha, sala de jantar, despensa, sala de estar, banheiro e uma sala de roupas. O segundo andar

estava designado como dormitório (ver Figura 4.14, com vista do interior dos quartos) (Michigan, 1890; Decker, 2008).

O segundo edifício construído em tijolos foi o Palmer Cottage, concluído em 1889. Acomodava em seus três andares 75 pacientes do sexo feminino (ver Figura 4.15, com vista do interior do dormitório). No segundo e no terceiro andar ficavam os dormitórios para pacientes e atendentes. O primeiro andar tinha duas salas de estar, uma sala de atendente, o dormitório das senhoras idosas, uma sala de jantar, um corredor, cozinha, despensa, lavanderia, vestiário e banheiro (Decker, op.cit.)

Figura 4.11 - Mapa do Michigan Asylum, em 1896; estão assinaladas as áreas da Brook Farm e da colony farm em Kalamazoo.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1896, p. 493.

Figura 4.12 - Vista da área externa do Michigan Asylum; departamento feminino.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1892, p. 303.

Figura 4.13 - Vista da área externa do Michigan Asylum; departamento masculino.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1892, p. 307.

Figura 4.14 - Vista interna do dormitório do Van Deusen Cottage.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1892, p. 358.

Cabe ressaltar, sob a perspectiva da temporalidade, que as Colônias da Ilha do Governador foram fundadas quatro anos após a publicação do *The colony plan* de George Palmer, e que a colônia brasileira foi contemporânea à implantação da *colony farm* em Kalamazoo.

O Mitchell Cottage e o Pratt Cottage foram construídos em 1892. O Mitchell Cottage tinha três andares e abrigava 75 pacientes do sexo feminino. O Pratt Cottage originalmente acomodava 67 pacientes do sexo masculino e seus atendentes. O Hinds Cottage já era existente na fazenda quando o Estado comprou a propriedade; ficava perto do pomar e foi reformado para abrigar 20 pacientes mulheres. O último *cottage* a ser construído, em 1910, foi o Rich Cottage, para acomodar o médico e a família dele (ver Figuras 4.16 e 4.17) (Michigan, 1894).

Figura 4.15 - Vista interna do dormitório do Palmer Cottage.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1892, p. 365.

Figura 4.16 - Vista do Mitchell Cottage.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1894, p. 401.

Figura 4.17 - Vista do Pratt Cottage.



Fonte: Relatório do Board of Trustee do Michigan Asylum, 1892, p. 287.

Em 1910, após a conclusão de todas as edificações, a *colony farm* contava com 264 leitos. Nessa mesma época, as Colônias da Ilha do Governador contavam em média com 250 doentes internos.

4.2.2 O sistema *open-door*: um tom de mudança na visão do doente e da doença mental

A expressão *open-door*, como era conceituado na teoria escocesa, no fim do século XIX e início do século XX, abriu, segundo Thomas Mueller, o leque para uma série de iniciativas e formas de tratamento de pacientes psiquiátricos. Nesse sentido, segundo o autor, o *open* (aberto) seria o oposto à expressão *confinamento* e, portanto, esse tratamento requereria critérios diferentes dos praticados no hospital fechado para doentes mentais. Nas palavras de Mueller,

Open care [tratamento aberto] também pode ser interpretado como sendo a favor da reintegração do paciente na sociedade, no que tange a aspectos como trabalho e moradia do paciente. Duas opções de tratamento podem ser consideradas

importantes na Europa Ocidental no período em estudo [1890-1980]: a) a colônia agrícola, b) atendimento familiar psiquiátrico¹¹¹ (Mueller, 2015, p. 173).

Juliano Moreira incorporou o sistema *open-door* no seu modelo de assistência, tendo as colônias agrícolas adotado o regime livre. No artigo “Quais os meios de assistência mais convenientes aos nossos alienados?”, publicado em 1910, o psiquiatra revela, em uma série de passagens, argumentos em defesa do sistema, provavelmente em razão de controvérsias que porventura existiriam entre os médicos alienistas e aqueles integrantes da nova geração da ciência psiquiátrica. No trecho a seguir, ele estabelece que o regime livre na instituição, em princípio, não caberia a todos os tipos de doença,

em razão dos perigos possíveis da liberdade dos doentes para eles próprios e para a segurança pública; mas o alienista também existe para distinguir, entre os alienados, quem pode e quem não deve gozar de liberdade. Se a larga prática de muitos alienados de hospitais-colônias já não tivesse firmado o princípio de que o *open-door* modifica os doentes de modo surpreendente (Moreira, 1910, p. 380).

O médico enfatiza, além do mais, a mudança provocada nos doentes diante de um regime de liberdade e aponta que “o asilo fechado existe ainda em várias cidades exclusivamente por circunstâncias econômicas; mas acredito que, dentro de alguns anos, ninguém mais se lembrará de construí-lo” (Moreira, 1910, p. 377). De fato, na visão do médico, a liberdade como parte da terapêutica iria se consolidar e, assim, conseqüentemente, também a substituição gradativa do tratamento em instituições fechadas para o tratamento da doença em instituições abertas.

Esse ambiente de mudança na psiquiatria nacional já estava em preparação quando, segundo Edler e Pires-Alves, Vicente Saboia, “que realizou viagens científicas às faculdades médicas na França, Itália, Bélgica, Inglaterra e Alemanha”, fez, em seu parecer, críticas ao modelo de ensino médico vigente (Edler e Pires-Alves, 2018, p. 116). Esses autores ainda mencionam que a Reforma Saboia, acontecida em 1882, e a dela decorrente reforma na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, “resultou[taram] na construção de onze laboratórios e na transformação completa do currículo médico, segundo o inovador figurino germânico que pregava o ensino prático e livre” (Edler e Pires-Alves, 2018, p. 117).

¹¹¹ *Open care can also be interpreted as being in favor of the reintegration of the patient into the society, referring to such aspects as work and housing of the patient. Two care options can be considered as major in Western Europe in the era under study [1890-1980]: a) the agricultural colony, b) psychiatric family care* (Mueller, 2015, p. 173).

A prática alienista francesa era criticada por ser, sobretudo, centralizadora e por fazer a separação entre a prática profissional e o ensino médico, cenário oposto ao modelo alemão, no qual a universidade tinha papel fundamental no processo de formação e no exercício da medicina.

Amy Kemp e Flavio Edler chamam a atenção para a influência do alienismo francês no modelo de ensino antes de 1880, no Brasil, e sua parcial adoção nos Estados Unidos:

as estruturas da medicina francesa, embora parcialmente adotadas no contexto norte-americano, foram a coluna vertebral das tradições e do poderio médico brasileiro montados no período do Império. O modelo anatomoclínico, que, por volta de 1830, se irradiou de Paris para o resto do mundo, orientou o conjunto de instituições médicas brasileiras até a década de 1880 (Kemp e Edler, 2004, p. 580).

No início do século XX, o ensino médico brasileiro, à semelhança dos Estados Unidos, estava próximo da universidade e do laboratório, muito embora, como apontam Edler e Pires-Alves, as reformas no ensino médico norte-americano tenham sido tardias (Edler e Pires-Alves, 2018, p. 118).

Cabe destacar que Kemp e Edler põem em evidência as adequações aos modelos internacionais empreendidas pela comunidade médica local (Kemp e Edler, 2004). Seguindo a linha de conceituação desses autores, somos levados a, também, deduzir que a concepção da colônia agrícola e da assistência familiar como concretização da nova visão do doente e da doença mental foi alvo de adaptações por parte de Juliano Moreira e seus aliados, de forma a adequá-las ao ambiente da psiquiatria brasileira, como discutiremos a seguir.

4.3 A chegada do modelo ao Rio de Janeiro e a Michigan e as práticas locais observadas

A chegada do modelo de colônia agrícola no Rio de Janeiro, como visto até aqui, se insere em um cenário de discussão transnacional. Nesse cenário, Thomas Mueller apresenta reflexão sobre os estudos comparativos e de transferência, ressaltando a dificuldade em analisar os modelos transferidos fora de seus contextos locais e regionais:

Familienpflegehaus, cottage, villa e pavilion ou colony, asile-colonie, ferme e Pfliegerdorf. Por exemplo, a que distância do asilo ficaria a casa de uma família adotiva (ou um chalé em que os atendentes moravam com os pacientes), a fim de pertencer a uma forma de tratamento do *type-dispersion*? Em que tipo de espaço

e *status* jurídico os pacientes “caminhavam” quando passavam pelas “portas abertas” escocesas? E o que o psiquiatra francês Paul Sérieux quis dizer quando falou sobre *traitement en liberté* referente a *asiles-colonies*?¹¹² (Mueller, 2011, p. 181, tradução nossa).

Ainda nessa linha de análise de modelos internacionais frente às regionalidades inerentes a cada contexto político e cultural, Mueller aponta, no caso da assistência familiar, como os psiquiatras se apropriaram dos conhecimentos e

[...] decidiram desenhar suas respectivas versões do cuidado para com o paciente, seguidas, principalmente, de sua experiência psiquiátrica, sua posição na rede profissional transnacional e da versão da assistência familiar que eles escolheram como modelo. Demarcações políticas e de fronteiras, e culturas nacionais, desempenham um papel relativamente menor¹¹³ (Mueller, 2011, p. 175, tradução nossa).

Diante das observações e considerações de Mueller, torna-se importante mencionar, tendo em vista o cenário da história transnacional, como já apontado por diversos autores citados nesta tese, a dificuldade em caracterizar historicamente os elementos de uma cultura ou nação, como por exemplo, aqueles que construíram o modelo original europeu de colônia agrícola, fora do seu contexto temporal, social, cultural, nacional, político, etc. (Ernst, 2016; Muller, 2016; Ernst e Mueller, 2015; Roelcke et al., 2010). Nessa linha de ideias, propomos, a seguir, distinguir as práticas que foram regionalizadas, ou seja, adaptadas, a partir do modelo internacional, e implantadas nas colônias no Rio de Janeiro.

Para tal, selecionamos quatro características observadas em Alt-Scherbitz que consideramos apresentarem diferenças e que parecem ter sido adaptadas às características locais das colônias implantadas no Distrito Federal e no estado. Além disso, buscamos pontuar diferenças e semelhanças em relação à *colony farm* do Michigan Asylum. A primeira característica refere-se à localização da colônia, que deveria estar próxima ao hospital de agudos. A segunda característica diz respeito à facilidade de acesso rodoviário e ferroviário de modo a permitir a transferência de

¹¹² *For example, how far away from the asylum did a foster family's home (or a cottage in which the attendants lived together with the patients) have to be situated, in order to belong to a dispersion-type form of care? Into what kind of space and juridical status did patients 'walk', when they passed through Scottish 'open-doors'? And, what did French psychiatrist Paul Sérieux mean when he talked about 'traitement en liberté' concerning 'asiles-colonies'?* (Mueller, 2011, p. 181).

¹¹³ *[...] decided to design their respective version of patient care, mainly followed their psychiatric experience, their position in a transnational professional network, and the family care version they chose as a model. Political demarcations and the frontiers, and national cultures, played a relatively minor role* (Mueller, 2011, p. 175).

doentes entre as instituições de agudos e a colônia ou outras localidades da assistência. A terceira liga-se ao regime livre de tratamento nas colônias, o open-door. E a última característica relaciona-se à configuração e implantação da assistência familiar.

4.3.1 O papel do hospital-colônia no modelo: solução ou adaptação?

Vimos anteriormente que as propostas institucionais para tratamentos diferenciados, principalmente, por tempo de internação tiveram origem no modelo de Griesinger, ao qual por ora retornamos, destacando as seguintes instituições descritas por Juliano Moreira. Primeira instituição, a clínica psiquiátrica e de doenças nervosas, que seria o local para ensino e prática médica. Anexo à clínica estaria um serviço de consultas, o ambulatório, para atender pacientes externos. Segunda, um hospital urbano para atender casos agudos. O próprio Juliano Moreira apontava como ocupando este lugar o Hospício Nacional de Alienados, porém, sem os doentes crônicos. Terceira, o hospital-colônia, a instituição rural do modelo, assim denominada pelo psiquiatra brasileiro, localizada em vastas áreas com solo fértil. Quarta, as casas construídas pelo governo federal para alugar às famílias dos “bons empregados”, a fim de que pudessem receber pacientes. Além dessas instituições, o psiquiatra considerava imprescindível que na assistência a alienados houvesse a fundação de uma sociedade de proteção ao indivíduo que teve alta das instituições de tratamento mental (Moreira, 1910, p. 393-395).

A descentralização era, de fato, a opção assumida por Juliano Moreira para a assistência ao alienado. O psiquiatra afirmava que dois terços da população do hospício poderiam ser acomodados em pequenos hospitais e grandes colônias. Porém, é importante destacar que Juliano Moreira incorporou à assistência a proposta do acompanhamento do doente mental pós-internação e alta.

Assim, atribuímos à implantação das colônias no Rio de Janeiro, a partir de 1890, dois momentos: o primeiro, em que houve o estabelecimento de uma extensão rural do Hospício Nacional de Alienados, em instalações adaptadas – as Colônias da Ilha do Governador, como visto no capítulo 3. E o segundo, na administração de Juliano Moreira, a do projeto de um hospital-colônia, que seria concretizado, em sua verdadeira concepção terapêutica, na Colônia de Alienados de Jacarepaguá (1924), na capital federal, e na Colônia de Alienados de Vargem Alegre (1921), no antigo estado do Rio de Janeiro. O hospital-colônia em Jacarepaguá, segundo João Rodrigues

Caldas e Juliano Moreira, tinha como pressuposto ser um modelo de instituição rural para todo o Brasil. No entanto, a colônia de Vargem Alegre, inaugurada em 1921, portanto, anterior à de Jacarepaguá, já se inseria nos moldes de colônia-modelo concebidos por Juliano Moreira, o que nos leva à possibilidade de interpretar que, à semelhança de Jacarepaguá, o psiquiatra foi o idealizador, também, da Colônia de Alienados de Vargem Alegre.

Na concepção de Juliano Moreira, a narrativa da metáfora da impressão visual se confirma, no hospital-colônia no qual “engenha o arquiteto especialista meios de variar o arranjo de tais construções, de modo a aumentar para os doentes a ilusão de casa particular” (Moreira, 1910, p. 380). O médico fala ainda sobre a localização e configuração das acomodações e suas características: “disseminadas, dispersas no parque, que deverá ser vasto. Varandas e trepadeiras tiram, do aspecto exterior da *vila*, a feição monótona do hospício antigo” (Ibidem., p. 381). Entretanto o hospital-colônia teria características próprias: com pavilhões separados, sendo um deles para doentes que necessitassem de observação e cuidados específicos. Poderiam variar em tamanho e deveriam ser todos diferentes na aparência, assumindo seus conjuntos características de *verdadeiras vilas rurais*, com ocupação variando de 15 a 40 doentes sociáveis, tranquilos. Juliano.

O conceito de hospital-colônia associava o tratamento clínico ao tratamento terapêutico dos doentes mentais internados, que seriam efetuados por meio de pequenas instalações hospitalares e de serviço clínico, integradas às instalações da colônia agrícola, de modo a proporcionarem tratamento clinoterápico, hidroterápico, dentre outros. Concluindo sobre as instalações, o psiquiatra aponta que todo bom hospital-colônia deveria possuir ainda: um bom pavilhão para doenças que pudessem requerer cirurgias, com sala de curativos e de operações, um bom laboratório anatomopatológico e necrotério, uma boa sala de festas, além de completas instalações telefônicas (Ibidem, p. 386).

O conceito de hospital-colônia aplicado às colônias do Rio de Janeiro difere do modelo de Alt-Scherbitz. A colônia agrícola da Saxônia tinha uma instituição principal, com instalações separadas para mulheres e homens, para doentes agudos e para o atendimento hospitalar; e a colônia agrícola propriamente dita era dotada de instalações separadas do hospital e devidamente setorizadas para atender homens e mulheres e propiciar o trabalho agrícola.

Modelo semelhante ao de Alt-Scherbitz se repetiu no Michigan Asylum e *Colony Farm* em Kalamazoo, Michigan, com algumas adaptações. De modo equivalente à colônia alemã, as

instalações, também separadas, para homens e mulheres, para doentes agudos, e as do hospital estavam a quatro quilômetros de distância da *colony farm*, portanto, próximas à colônia agrícola.

O conceito de hospital-colônia, no caso do Rio de Janeiro, já aparece, ainda que distante do que veio a se constituir em Jacarepaguá e Vargem Alegre, sendo aplicado nas Colônias da Ilha do Governador. O diretor das colônias, Rodrigues Caldas, apresenta no relatório de 1921: as estatísticas dos doentes atendidos, os serviços clínicos executados, as receitas aviadas pela farmácia, o número de internos nas enfermarias, as análises no laboratório, os atendimentos no ambulatório e na sala de curativos. Na sala de curativos eram realizadas pequenas cirurgias, aplicadas injeções e feitos curativos em pacientes das enfermarias, ambulatórios e seções. As instalações das enfermarias tratavam em média, por ano, 100 doentes. O laboratório realizava exames em pacientes do ambulatório e das enfermarias. O ambulatório realizava consultas para os empregados e público externo às colônias (Caldas, 1922).

Na Colônia de Alienados de Jacarepaguá, o conceito de hospital-colônia ganha de fato representação nos pavilhões especiais concebidos para atender até 120 doentes internados. Esses pavilhões eram destinados à enfermaria, tuberculosos, observação e isolamento (ver Figura 4.18, com o projeto de um pavilhão especial) (Caldas, 1923).

Na Colônia de Alienados de Vargem Alegre, o conceito de hospital-colônia também pôde ser observado. O Pavilhão Álvaro Ramos era dedicado a pequenas cirurgias e ginecologia (ver Figura 4.19). Nele havia sala de espera, vestiário e esterilização, cama operatória e duas salas para operados e insanas grávidas. Na parte térrea do edifício central da colônia, estava localizada a farmácia e, no andar superior, o laboratório, as enfermarias para epiléticos, para alienados semiagitados e salas de clinoterapia e balneoterapia (Almeida, 1922). Na Figura 4.20, a entrada principal e o edifício central.

Figura 4.18 - Projeto da Colônia de Alienados de Jacarepaguá; pavilhão especial para tuberculosos.



Fonte: Projeto de construção de J. Poley, apresentado na publicação *Brazil-Medico*, 1920, p. 358.

Assim, o hospital-colônia permitiria o atendimento a emergências e o tratamento, bem como a terapêutica de pacientes internos na instituição, além da balneoterapia e da clinoterapia, sem o deslocamento para o hospital de agudos. Esse conceito de hospital e colônia pode ter sido aplicado por Juliano Moreira para contornar o problema da distância das colônias na capital federal, como veremos a seguir, para o hospital urbano de pacientes agudos – no caso, o Hospital Nacional de Alienados.

Figura 4.19 - Pavilhão Álvaro Ramos; pequenas cirurgias.



Fonte: Reproduzido de Almeida, 1922.

Figura 4.20 - Edifício Central.



Fig. 40—Entrada principal

Fonte: Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria, 1921.

Diferente da configuração adotada em Alt-Scherbitz e na *colony farm* em Kalamazoo, o hospital-colônia representado no modelo de Juliano Moreira leva-nos a interpretar de forma ousada, sob o viés transnacional, que este seja um conceito inovador no projeto das instituições rurais no Rio de Janeiro. Portanto, o hospital-colônia se caracteriza como uma concepção regionalizada, ou seja, adaptada à prática profissional e da assistência da psiquiatria brasileira.

4.3.2 *Um acesso não tão fácil das colônias agrícolas ao hospital urbano no modelo de Juliano Moreira*

Era regra geral que as colônias agrícolas internacionais estivessem localizadas em áreas com infraestrutura adequada e com facilidade de acessos rodoviário e ferroviário. Isso facilitaria o acesso de funcionários e visitantes, além da admissão, observação e transferência de doentes entre as instituições de agudos e a colônia ou até de hospitais gerais. Na localização das colônias da capital federal, essa premissa não foi atendida pelos motivos que expomos a seguir.

O acesso desde o Hospital Nacional de Alienados até a Ilha do Governador era difícil e longo. A viagem, por mar, do Cais Pharoux até a Ponta do Galeão, durava cerca de uma hora, percorrendo-se de lancha até as colônias. Some-se a isso que o transporte entre as Colônias Conde

de Mesquita e de São Bento também era difícil. As duas colônias distavam 2,5 km uma da outra, com o transporte de funcionários e insumos sendo feito por carroça e carro de boi. Era recorrente a demanda do diretor das colônias para a colocação de trilhos para transporte entre elas.

Por sua vez, o acesso desde o HNA até a Colônia de Jacarepaguá, situada em local isolado, uma área rural, era de fato complexo. O trajeto podia ser feito por trem, da Estação Pedro II até a Estação de Cascadura; depois de bonde, de Cascadura até o Largo da Taquara e, finalmente, de automóvel, do Largo da Taquara até a entrada da colônia. A distância do HNA até a colônia era de cerca de 35 km.

No que respeita ao acesso à Colônia de Alienados de Vargem Alegre, havia uma situação diferente da enfrentada pelas duas colônias anteriores. A porta de entrada da colônia não era o Hospital Nacional de Alienados. Os doentes vinham de todo o estado do Rio de Janeiro e da capital do estado, Niterói, há menção nas mensagens do estado sobre o HSJB ser o local de observação dos doentes mentais, provavelmente até o fechamento do hospício anexo. A colônia estava situada às margens do Rio Paraíba do Sul, a apenas um quilômetro da Estação de Vargem Alegre, de propriedade da Estrada de Ferro Central do Brasil, ramal São Paulo, a três horas da cidade do Rio de Janeiro. Deste modo, o acesso dos doentes era ferroviário até a Colônia de Vargem Alegre. Ocorreu ainda que, para facilitar a movimentação de doentes – e, talvez evitar a internação desnecessária –, o diretor da colônia na década de 1920, Waldemar de Almeida, revelou que estava sendo construído, em Niterói, um pavilhão de observação para atender os casos agudos e onde ficariam em observação os casos de alienação que, quando confirmados, seriam enviados à colônia (Almeida, 1922, p. 53). Não havia nos documentos analisados informações de como os doentes de cidades que não eram atendidas por linhas ferroviárias eram transportados para a Colônia de Vargem Alegre, provavelmente o transporte seria feito pela família ou pela polícia.

Já no caso de Michigan, a *colony farm* em Kalamazoo atendia aos pressupostos de acesso estabelecidos nos modelos europeus. A colônia estava próxima ao hospital de agudos (ver Figura 4.11, com o mapa de localização de ambos). O acesso até a área da colônia e do asilo poderia ser rodoviário e ferroviário. E o acesso entre a Brook Farm e a Hinds Farm, que estavam, respectivamente, a 2,5 km e 4 km do asilo central poderia ser rodoviário.

No caso do estado do Rio de Janeiro, consideramos que Vargem Alegre atendeu ao critério paradigmático de acesso, porém pensamos que isto pode ter sido um simples acaso. A estação ferroviária já estava vinculada à antiga fazenda do Barão de Vargem Alegre, e provavelmente o

barão ajudara a construí-la. A ferrovia próxima era, também, a garantia de uma via de escoamento para a produção agrícola, por estar Vargem Alegre implantada no antigo centro agrícola do estado como se pode depreender a partir da observação de Ferreira e Brum a esse respeito. Ambos comentam que a

Lei nº 260, de 27 de dezembro de 1895, previa originalmente a criação de três Centros Agrícolas para reanimar a agricultura fluminense, cada qual correspondente a uma zona econômica do antigo Estado: um para os canaviais de Campos dos Goitacazes; outro para as terras frias de Petrópolis e Nova Friburgo; e o da decadente cafeicultura vale-paraibana em Barra do Pirai, o único a realmente se efetivar (Ferreira e Brum, 2019, p. 1).

De todo modo, pelo exposto, consideramos que o acesso adequado às instituições rurais não era um critério relevante para a localização das colônias de alienados na capital e no estado do Rio de Janeiro. A escolha dessas áreas, de fato, deve ter atendido a condicionantes políticos e econômicos, mais do que àqueles ditados pelo paradigma internacional.

4.3.3 O regime de tratamento livre (open-door): a controvérsia entre conter e não conter o doente mental

Vimos que a impressão visual da natureza e o ambiente doméstico da vila rural foram os elementos que, aliados ao trabalho e à liberdade do doente mental, conduziram à cura pelas emoções e pela autodisciplina do trabalho na lavoura, criação de animais, oficinas e no trabalho doméstico. Entretanto, pudemos depreender que havia um confronto ideológico entre a opção classificatória, centralizada e fechada de tratamento do doente *versus* a opção descentralizada, aberta, com diferentes instituições para tratamento dos doentes mentais. Nesse sentido, a opção aberta, de liberdade em um ambiente que proporcionasse o contato com a natureza, somada aos cuidados terapêuticos, teria o caráter mais próximo da proteção dos direitos do doente mental institucionalizado.

Em se tratando da opção aberta de tratamento, consideramos que o critério de liberdade conceituado pelo sistema open-door permitiria o livre acesso dos internados à vila rural. Atrelada à condição de livre acesso, haveria a troca dos elementos arquitetônicos e da paisagem: muros altos e grades de ferro por pequenas cercas de proteção; amplas janelas gradeadas por janelas sem

proteção; e portas fechadas e vigiadas por portas abertas. No entanto, como se trata de uma instituição de tratamento e assistência, a observação próxima por enfermeiros e atendentes seria importante nesse período de internação, no intuito de garantir a segurança do doente (Moreira, 1910; Paetz, 1893; Pistor, 1890).

Nas Colônias da Ilha do Governador, no fim dos oitocentos, podemos evidenciar características diferenciada em relação ao sistema open-door, conforme estabelecido pelas experiências internacionais. Nas colônias, todavia, no início de seu funcionamento, havia um nível de vigilância sobre os doentes, como pudemos constatar no trecho do relatório que mencionava que o banho dos internos ocorria no mar, sob a vigilância dos guardas como visto no capítulo 3 (Teixeira, 1892). Desse modo, a proximidade de guardas em vigilância aponta que o regime livre não era exercido em sua verdadeira concepção, pelo menos no início, havia ali uma barreira emocional para contenção dos doentes internados.

Outro aspecto que deve ser considerado, no caso da Ilha do Governador, é que as instalações das duas colônias, a Conde de Mesquita e a de São Bento, estavam perto do único acesso a elas, que era feito pelo mar. Portanto, havia uma barreira geográfica que impedia o livre trânsito dos internos. Além do mais, a topografia do entorno das instalações, principalmente a da Colônia de São Bento, composta de elevações, constituía outro tipo de barreira ao livre trânsito.

Já na Colônia de Alienados de Jacarepaguá, havia frequente demanda, nos relatórios elaborados pelo diretor Rodrigues Caldas, de construção de muro nos limites da colônia, para impedir a fuga dos pacientes. Tanto que, no relatório de 1922, constava na solicitação orçamentária item para a construção dos muros e montagem de cercas para fechar o perímetro da colônia, a fim de permitir a fiscalização de entradas e saídas dos alienados e de pessoas estranhas, bem como a defesa dos pomares, hortas e plantações contra as depredações, estabelecendo um custo para tal de 50:000\$000 (Chaves, 1922). Nesse caso, a barreira de contenção era física, o muro, as cercas.

Outra característica que se relaciona com a contenção dos doentes estava inserida na regulamentação estabelecida para as instituições de assistência. A análise da legislação permitiu-nos verificar que os decretos que regulamentaram, ou reorganizaram, a assistência ao alienado prestada pelo governo federal, por meio das colônias no Rio de Janeiro e no antigo estado do Rio de Janeiro, continham artigos e cláusulas que autorizavam o médico alienista a indicar a natureza e a duração do trabalho ao qual os doentes deviam se submeter e, ainda, a prescrever as medidas coercitivas que fossem necessárias (Brasil, 21 jun.1890; 1º fev. 1904; 11 jul. 1911).

Diante dessas colocações, podemos considerar que a prática do tratamento aberto, ou livre, estava atrelada diretamente à configuração física da colônia e ao local onde era implantada. No caso das colônias da capital e do antigo estado, a prática da liberdade era definida *a priori* pela legislação, a qual legitimava as restrições e penalidades à autoridade do diretor que as delegava aos médicos e enfermeiros. Por outro lado, se a legislação previa mecanismos de punição o edifício reproduzia símbolos de um regime aberto tais como: as grades que não estavam nas janelas, as portas que estavam abertas, - havia notícias de internos que saíam e voltavam para as instalações-, assim como a opção de trabalhar ou não na instituição psiquiátrica, como constatado no capítulo 3. Dessa forma, há que se atribuir às colônias agrícolas um regime livre de tratamento.

No entanto, há que considerar que no modelo internacional, Alt-Scherbitz, ambas as restrições, a emocional e a física, estavam presentes, por exemplo, utilizando instalações de isolamento, ou seja, quartos de isolamento, enfermarias de isolamento etc. A vigilância era aplicada em Alt-Scherbitz de forma mais intensa na instituição principal, local dos agudos e do regime fechado, onde havia duas estações de vigilância implantadas próximas à instituição principal.

No caso da experiência em Michigan, a *colony farm* parece ter praticado o conceito próximo do *open-door* e abolido, segundo os relatórios, as contenções (*restraint*), principalmente as mecânicas, a partir de 1905. Além disso, não há descrição nos relatórios do *Board of Trustee*, da construção de barreiras arquitetônicas na colônia.

O relatório do médico superintendente apresentado ao *Board of Trustee* no biênio de 1907-1908 aborda, no item dedicado à observação próxima e tratamento ao ar livre para pacientes, uma espécie de contenção punitiva indireta aplicada aos “doentes problemáticos, inquietos e destrutivos”:

O plano de cuidar de pacientes inquietos, destrutivos e problemáticos na cama sob observação foram estendidos. E é superior às formas usuais de contenção e ao recurso mais comum de reclusão em quarto individual, uma forma de confinamento solitário não mais conduzida para o bem-estar de um homem insano do que para um homem são. Por razões semelhantes, estendemos o serviço noturno, trancando os quartos deles e deixando com seus medos e caprichos alguns pacientes durante a noite. Durante o tempo quente, muitos pacientes maníacos têm aparentemente se beneficiado pela detenção constante na cama nas varandas¹¹⁴ (Michigan, 1908, p. 68, tradução nossa).

¹¹⁴ *The plan of caring for restless, destructive and otherwise troublesome patients in bed under observation has been extended. It is vastly superior to the usual forms of restraint and the more common recourse to single-room reclusion, a form of solitary confinement no more conducive to the well being of an insane man than to that of a sane one. For similar reasons we have extended the night service, locking in their rooms and leaving to their fears and caprices*

Posteriormente, no relatório do médico superintendente de 1910 consta tabela com os números médios e os percentuais para os diferentes tipos de contenção aplicados em doentes internados no Michigan Asylum de 1892 a 1902:

Tabela 4.1 - Média por tipo de contenção (*restrained*) aplicada nos doentes do Michigan Asylum.

	1882.	1902.
Average number of patients.....	360	717
Daily average number restrained mechanically.....	55	4
Daily average number restrained "chemically".....	15.5	.7
Daily average number in seclusion.....	6	.07
Daily average number taking hypnotic medicine.....	100	1.7
Percentage of patients restrained mechanically.....	15	.5
Percentage of patients restrained chemically.....	4.3	.01
Percentage of patients in seclusion.....	1.6	.002
Percentage of patients taking hypnotics.....	28	.23

Fonte: Relatório do *Board of Trustee* of the Michigan Asylum, 1910, p. 48.

Considerando o conceito, aqui examinado, que suporta a teoria do *open-door*, todas as colônias – alemã, brasileira e norte-americana – incluíram em seus modelos algum nível de contenção, seja arquitetônica, geográfica ou emocional. Na verdadeira concepção do regime livre como terapêutica, a aplicação requeria outra abordagem em relação à doença mental. Um viés de fato humanitário, com uma observação mais próxima de cuidado do doente pelo psiquiatra, enfermeiros e atendentes no tratamento, o que, no início do século XX, configura-se a nós como uma postura anacrônica, tendo em vista a loucura “não civilizada” discutida no capítulo 2.

Todavia, o regime livre de tratamento, como proposta da ciência psiquiátrica situada no contexto moral e econômico do século XIX, que se opunha ao regime fechado dos grandes asilos, principalmente na Europa, permite-nos interpretar como uma proposta terapêutica transformadora da ciência aplicada nas colônias agrícolas.

fewer patients at night. During the warm weather quite a number of the maniacal patients have been benefited seemingly by constant detention in bed upon porches (Michigan, 1908, p. 68).

4.3.4 *A assistência familiar, uma aspiração idealizada nas colônias do Rio de Janeiro, mas até aqui não concretizada*

Outra modalidade que fazia parte do sistema aberto de tratamento do doente mental era a assistência familiar. A assistência heterofamiliar idealizada por Juliano Moreira compartilhava das decisões do Primeiro Congresso Internacional de Assistência para Pacientes Mentais, reunido em Antuérpia, em setembro de 1902, que marcou o interesse internacional na assistência familiar. Os princípios da assistência familiar apontados pelo psiquiatra eram quatro: o primeiro, que uma porção considerável de alienados poderia ser submetida à assistência familiar; o segundo, que o tratamento representava a mais natural, mais livre, a menor e a menos dispendiosa forma de cuidar de tais enfermos; o terceiro estabelecia que é um fator terapêutico importante; e o último, que as colônias familiares não terminariam com os estabelecimentos existentes por não ser esse tipo de assistência uma forma de tratamento para todos os alienados; poderia, no entanto, auxiliar a diminuir o número de estabelecimentos (Moreira, 1906).

Nessa perspectiva, o médico fazia referência ao sucesso da implantação, por Franco da Rocha, da assistência familiar no Hospício do Juquery, no início dos noventa. Moreira mencionou em diversas oportunidades o sucesso dos modelos internacionais de assistência, como o implantado por Konrad Alt, médico do hospital para doentes mentais de Uchtspringe, na Alemanha.

Alt implantou um sistema dinâmico de assistência familiar na província da Saxônia, o qual, segundo Mueller, contribuiu para o treinamento de enfermeiras psiquiátricas do hospital. Casas foram construídas na vila de Uchtspringe, cujas plantas arquitetônicas foram adaptadas por Konrad para acomodar adequadamente os doentes mentais. O médico permitia que as enfermeiras se casassem sem perder o emprego. As enfermeiras e seus maridos moravam nessas casas e cuidavam de no máximo três pacientes. Esse sistema possibilitou aos doentes receberem cuidados familiar e profissional ao mesmo tempo, porque as enfermeiras eram treinadas para lidar com os pacientes ao longo da hospedagem (Mueller, 2011, p. 188-189).

Thomas Mueller aponta que a iniciativa de Konrad Alt, em Uchtspringe, era semelhante às experiências francesas de tratamento familiar implantadas, ambas em 1900, nas vilas de *Ainay-le-Château* e *Dun-sur-Auron*. O autor revela que, independentemente de algumas similaridades entre a assistência familiar francesa e a alemã, e do fato de ambas as instituições terem sido estabelecidas

sob a influência da experiência de Gheel, a assistência alcançou diferentes configurações na França e na Alemanha:

Os debates sobre Gheel que surgiram em ambos os países durante a década de 1860 não levaram a resultado definitivo durante a década que se seguiu, mas depois de 1890 isso mudou. Contra toda oposição, vários modelos de atendimento familiar foram estabelecidos. É nesse ponto que vemos uma divergência regional no desenho do modelo de cuidado familiar estabelecido em cada país. A estrutura deles diferiu significativamente em termos de arranjo espacial e na maneira como eram implantadas no espaço cultural e econômico da comunidade circundante. O impacto que as instituições médicas, como a “*Infirmierie*” francesa, ou a “*Anstalt*” alemã, tiveram sobre os cuidados da família também variaram bastante¹¹⁵ (Mueller, 2011, p. 175, tradução nossa).

De modo parecido, Juliano Moreira aponta a dificuldade em reproduzir o sistema de Gheel, o que dependeria da recriação das mesmas condições socioculturais daquela pequena comunidade europeia, de maneira que fosse possível receber doentes em condições específicas, semelhantes às daquela experiência original. Assim, para o psiquiatra, o melhor sistema a ser adotado seria

o sistema chamado alemão, isto é, assistência familiar na periferia do hospital-colônia, exercida por empregados da mesma colônia ou por sua família. Este sistema tem ao meu ver vantagens: construindo o Estado casinhas e dando-as aos seus melhores enfermeiros casados, fixa-os ao estabelecimento, melhora-lhes a vida dando-lhes habitação mais confortável, fiscaliza convenientemente o trato dispensado ao alienado (Moreira, 1910, p. 389).

No discurso médico sobre a assistência familiar reproduzido nos relatórios, vemos que, na Colônia de Jacarepaguá, a configuração da assistência familiar proposta pela assistência do Distrito Federal estava voltada para funcionários e empregados da colônia, o chamado sistema alemão, segundo Juliano Moreira. Nos arredores da colônia seriam construídas casas para funcionários e empregados prestarem assistência familiar aos doentes internados. A partir de 1922, começam a surgir nos relatórios notícias sobre transferência de internos para a assistência familiar, porém o número de transferidos era pequeno, de dois a quatro doentes.

¹¹⁵ *Debates about Gheel that arose in both countries during 1860s, did not lead any definite outcome during the decade that followed, but that changed after 1890. Against all opposition, several models of family care were established. It is at this point that we see a regional divergence in the design of family care model as it established in each country. Their structure differed significantly in terms of spatial arrangement, and in the way were implanted into the cultural and economic space of the surrounding community. The impact that medical institutions like the French “Infirmierie”, or the German “Anstalt”, had on family care, also varied greatly* (Mueller, 2011, p. 175).

Tanto na Colônia de Jacarepaguá quanto na Colônia de Vargem Alegre, no início dos novecentos o tratamento familiar não era nem de longe uma experiência prática. Havia no discurso médico, a partir da criação, em 1911, da Colônia de Engenho de Dentro, para mulheres, a menção sobre o sucesso da experiência da assistência familiar nessa instituição. Entretanto, nas colônias para alienados homens, esse tipo de assistência fazia parte somente do discurso nas exposições de Juliano Moreira e João Rodrigues Caldas.

Apesar de não termos conseguido informações sobre um plano que configurasse a assistência familiar de modo a definir o perfil do doente habilitado a esse tipo de tratamento, a sistemática de transferência, o tipo de atividade praticada e o tipo de anfitrião que praticaria a assistência familiar, a documentação analisada mostrou que, em 1923, Rodrigues Caldas havia solicitado verba orçamentária para o ano de 1924 que custeasse a implantação de assistência heterofamiliar na Colônia de Alienados de Jacarepaguá, a fim de custear,

a construção de casas para empregados a cujas famílias se possa confiar alienados em condições de aproveitar esse meio de cura, que é quase a alta experimental, precedendo a definitiva e cujas vantagens, proclamadas no estrangeiro e já reconhecidas nas Colônias de Juquery, em São Paulo, e do Engenho de Dentro, nesta Capital (Caldas, 1923, p. 9).

Nos arquivos do período de construção (de 1920 a 1924), somente encontramos fotografias referentes às décadas de 1930 e 1940 de casas para funcionários. Já na Colônia de Vargem Alegre, em relação à assistência familiar, deparamo-nos com situação semelhante à anterior. A assistência familiar era um elemento do discurso político, embora, entre 1920 e 1921, houvesse notícia de movimentação de seis internos e cinco internos, respectivamente, transferidos para assistência heterofamiliar. De todo modo, não localizamos um plano que suportasse a assistência familiar.

Durante o século XIX, médicos norte-americanos e brasileiros visitaram Gheel, como exposto no capítulo 3. No entanto, havia uma clara oposição à aplicação da assistência heterofamiliar nas *colonies farms* dos Estados Unidos. Por outro lado, naquele país a assistência era praticada prioritariamente pela família, como já comentamos, principalmente se o doente internado tivesse alta “forçada” pela superlotação dos asilos. Esse tipo de assistência era quase um estatuto para que as famílias assumissem seus doentes novamente (Cf. Grob, 1973).

Desse modo, em Michigan, nos relatórios dos *boards* analisados, não encontramos informações sobre a aplicação da assistência heterofamiliar na *colony farm*. Entretanto,

constatamos que nas dependências da *colony farm* em Kalamazoo havia casais de fazendeiros que moravam com os atendentes dos pacientes da colônia e colaboravam com a supervisão dos internos no trabalho agrícola.

Não obstante as observações acima, a assistência heterofamiliar não era uma opção totalmente descartada, como é possível depreender a partir do relato a seguir, do médico superintendente do Michigan Asylum, que, lembramos, era responsável pela *colony farm*:

Considerando formas de prever o futuro aumento de pacientes em nosso estado e os melhores meios para cuidar deles a baixo custo para os contribuintes, o método de “saída” dos loucos deve ter nossa atenção e ser considerado por nossa Legislatura. Este plano há muito está em voga na Escócia e há vários anos está em operação em Massachusetts. O paciente calmo e crônico é recebido em uma família onde ele se torna um de seus membros, auxilia talvez com algum trabalho leve, é tratado como um membro da família, mas está sob a supervisão de algum oficial do asilo que o visita a intervalos regulares. A família que recebe esses pacientes ganha uma taxa aproximada da metade da despesa comum de manter essas pessoas nos asilos. Há, sem dúvida, um grande número de pacientes em nossas instituições que poderiam retornar para suas próprias famílias e poderiam viver lá confortavelmente, desde que o estado pagasse a essas famílias algo para aplicar em sua manutenção. Se, com seus próprios parentes, pudesse ser garantida, na maioria dos casos uma atenção cuidadosa a eles, com apenas um mínimo de supervisão oficial os contribuintes ficariam isentos de pelo menos metade do custo de manutenção, e as vagas [no Asylum] seriam ocupadas pelos casos mais urgentes¹¹⁶ (Michigan, 1903, p. 52, tradução nossa).

Nas colônias de alienados da capital e do antigo estado do Rio de Janeiro, vimos que Juliano Moreira implantou um modelo assistencial institucional com características particulares e adaptados à prática psiquiátrica brasileira. Consequentemente, sendo implantado na capital federal, o modelo seria reproduzido nacionalmente. Desse modo, podemos concluir que as colônias

¹¹⁶ *In considering ways of providing for the future increase of patients within our state and the best means for caring for them at a low cost to the taxpayers the method of “boarding out” of the insane should have our attention and be considered by our Legislature. This plan long has been in vogue in Scotland and for several years has been in operation in Massachusetts. The quiet, chronic patient is received into a family where he becomes one of its members, assists perhaps with some light work, is cared for as a member of the family but is under the supervision of some officer of the asylum who visits him at intervals. The family receiving such patients is paid a rate approximating one-half of the ordinary expense of maintaining such persons in the asylums. There are without doubt quite a number of patients in our institutions who could be returned to their own families and could live there in comfort provided the state paid to these families something to apply toward their maintenance. If with their own relatives they would be in the great majority of instances assured careful attention with only a minimum of official oversight, the taxpayers would be relieved of at least one-half of the cost of maintenance and vacancies would be made for the more recent and urgent cases* (Michigan, 1903, p. 52).

agrícolas para alienados no Rio de Janeiro atenderam aos critérios paradigmáticos internacionais, embora em certa medida tenham adquirido características regionalizadas.

O mesmo podemos estabelecer, que na instituição rural em Kalamazoo, Michigan houve características regionalizadas. O discurso dos superintendentes médicos defendeu o tratamento humanitário, a segregação dos pacientes crônicos e, sobretudo o menor custo de tratamento, entretanto, no início da implantação das *colonies* percebeu-se a prioridade para o menor custo de construção para acomodar mais doentes mentais utilizando a opção dos *cottages plans* anexos aos asilos estaduais. Os *villas plan* ou *cottage plan* associados à uma fazenda apareceu como outra opção para acomodar doentes e aliar o tratamento ao trabalho na instituição psiquiátrica em todas as suas versões como aconteceu na *colony farm* em Kalamazoo. A característica mais particular nessa instituição foi a inexistência da assistência heterofamiliar durante o período analisado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese sobre o modelo de assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro, no fim do século XIX e início do século XX, coloquei no centro das análises a colônia agrícola para alienados, investigando os discursos da sua concepção e a prática da sua implantação. Parti da interação entre dois tipos de linguagem: uma metafórica, que privilegia a impressão visual da natureza e do aspecto doméstico dos elementos arquitetônicos reproduzidos na implantação da colônia como uma vila rural; e outra pragmática, que vê como eixo fundamental o trabalho do doente mental dentro da instituição com vistas à sua sustentabilidade econômica dele. Essas duas linguagens se integram como recursos da ciência psiquiátrica na instituição de assistência. Além disso, contextualizei o indivíduo louco pobre na cidade do Rio de Janeiro quando ele perdeu suas referências sociais e culturais e o seu território em consequência do “progresso civilizatório” e da drástica mudança no tecido urbano durante a renovação da cidade empreendida por Pereira Passos e Rodrigues Alves.

Antes de pontuar as considerações finais desta tese, acho importante assinalar de forma breve as principais ideias de autores como Karl Polanyi e Georg Simmel e, contemporaneamente, Kenneth Hawkins que expressam o ambiente da sociedade urbana do século XIX até o início do século XX, a qual buscou alcançar o grande princípio do equilíbrio entre corpo e mente, como aponta Hawkins; sociedade que estabeleceu, na maior parte do tempo, tentativas de se proteger dos mecanismos de produção da Revolução Industrial, os quais a devastaram socialmente, esgarçando o tecido urbano original de suas cidades, favelizando os pobres, desarticulando as famílias, como revela Polanyi; a sociedade na qual a igualdade foi substituída pela desigualdade, o indivíduo que se tornou independente desejou se distinguir de outros indivíduos, assim, nela a liberdade e a igualdade já não eram tão importante quanto no século anterior, para Simmel a realização da incomparabilidade era o objetivo moral do homem do XIX (Hawkins, 1991; Polanyi, [1944], 2000; Simmel, [1917] *apud* Wolff, 1964).

O estudo verificou que o perfil sociocultural do assistido nas colônias para alienados na capital federal apresentava características semelhantes, até certo ponto, com a da historiografia sobre essas instituições, principalmente, no âmbito das administrações de Juliano Moreira como diretor-geral da Assistência a Alienados e de João Rodrigues Caldas como diretor das Colônias de Alienados da Ilha do Governador. Nesse período, o doente mental transferido para as colônias era

homem de cor branca, na faixa etária entre 20 e 40 anos, tinha uma profissão, foi internado como indigente, e o alcoolismo, também se mostrou o diagnóstico mais incidente. Ocorria também que esse doente não ficava muito tempo internado nas colônias – cerca de um ano em média. Assim, não nos parece que as colônias agrícolas da capital federal analisadas nesta tese eram lugares para pacientes crônicos com longo tempo de estadia, mas, sim, de homens em idade produtiva, que poderiam se dedicar, sobretudo ao trabalho agrícola.

As informações dos prontuários ratificam que o indivíduo louco pobre que circulava na cidade do Rio de Janeiro e foi para as Colônias da Ilha do Governador estava nas áreas urbanas centrais da cidade. A renovação urbana empreendida por Pereira Passos e Rodrigues Alves em 1903, que transformou o tecido urbano das áreas centrais e obrigou as populações pobres que viviam naquelas áreas da cidade a migrar. Os pobres que podiam arcar com os custos de transporte e moradia foram para as áreas suburbanas da cidade, e que os pobres que dependiam do trabalho no centro da cidade e que não encontraram lugar nas áreas suburbanas, pelo alto custo do transporte e de construção de novas moradias, ocuparam os morros, principalmente o Morro da Providência, e os cortiços localizados no entorno da área central.

A difícil adaptação do indivíduo louco pobre ao contexto urbano e os efeitos desse cenário na doença mental eram preocupações de Juliano Moreira. No Primeiro Congresso Nacional de Práticos, em 1922, o psiquiatra mencionava como questão importante a inadaptabilidade social e mental da vida na cidade e afirmava que, se houvesse campanhas preventivas para diminuir o uso do álcool, isso reduziria em 40% a incidência de distúrbios mentais (Moreira, 1923). O alcoolismo, como visto, era responsável, desde a década de 1880, por alto número de internações no Hospício anexo ao Hospital São João Batista, em Niterói, e continuou sendo o diagnóstico mais prevalente na análise dos dados da assistência federal e estadual durante todo o período investigado pela tese. Uma das medidas apontadas por Juliano Moreira era a criação de colônias para tratar o alcoolismo e a epilepsia.

As visões históricas que pude depreender sobre as colônias agrícolas no Rio de Janeiro, colocando os seus edifícios no centro dessas visões, versam sobre: a identidade institucional; e a percepção da aspiração política de seus idealizadores na época (Forgan, 1986, 1989). Constatou-se que as Colônias da Ilha do Governador e as Colônias de Jacarepaguá e Vargem Alegre tinham identidades institucionais distintas. As Colônias da Ilha do Governador nasceram como uma adaptação provisória; que, no entanto, funcionaram por 33 anos. Os discursos médico e político,

durante todo o seu funcionamento, não apontaram resultados satisfatórios, e as principais queixas relatadas foram: a carência na infraestrutura de acesso, a inexistência da canalização de água e o solo inadequado para o cultivo. A narrativa que transparecia nos relatórios governamentais e, ainda, na imprensa leiga, era a do esforço dos médicos em assistir os internos em condições precárias de instalação.

De fato, houve dificuldades enfrentadas com a constante ocorrência de doenças nos internos, o que causou o aumento considerável da taxa de mortalidade nas colônias no início do seu funcionamento. O acometimento da febre palustre (malária), em 1900, causou 52 mortes naquele ano. As doenças gastrointestinais eram ocorrências frequentes; o controle efetivo delas começou a partir de 1916, quando a canalização da água de abastecimento para as colônias foi concluída. O atendimento prestado pelo posto da Fundação Rockefeller na Ilha do Governador também contribuiu para o controle da uncinariose (ancilostomose). Em 1917, dos 246 doentes examinados das colônias, somente 18 não estavam contaminados com uncinariose, e, dos 40 empregados, sete apresentavam o parasito. Outra ocorrência enfrentada no mesmo ano foi a epidemia de gripe espanhola, que estendeu-se a 119 dos 167 internos da Colônia Conde de Mesquita, com quatro falecimentos, e a 73 dos 94 internos da Colônia de São Bento, com dois falecimentos. Dos 33 empregados, 30 tiveram a gripe, não havendo, porém, nenhum óbito.

A canalização da água resultou, em 1916 e nos anos subsequentes, provavelmente, na diminuição de doenças gastrointestinais entre os internos, como visto no gráfico 1.3, onde os problemas gastrointestinais eram os responsáveis por cerca de 40% dos óbitos, o que pode ter impactado na diminuição da taxa de mortalidade. Diante dessas ocorrências, a taxa de mortalidade em 1916 foi de 1,88%, a menor em comparação aos anos de 1914, com taxa de 3,76%; 1915, com taxa de 3,8%; e 1917, com taxa de 2,7%, as mais baixas que já tinham ocorrido nas colônias durante a administração de Rodrigues Caldas. Ainda em seu tempo de existência, as instalações da Ilha do Governador apresentaram as menores taxas de mortalidade, se comparadas com o comportamento da taxa de mortalidade da Assistência a Alienados como um todo.

Outro aspecto relevante na administração de Caldas foi o número elevado de altas entre 1911 e 1919. E, por último, a constatação de que a linguagem metafórica que evocava elementos românticos na arquitetura e na natureza do entorno atuando no “consciente” dos internos se expressou, por intermédio, das fotografias, resultando em boas práticas terapêuticas dos internos da Colônia Conde de Mesquita, envolvidos com o trato de pequenos animais. Esta colônia

constituiu-se no lugar em que o trabalho criativo de esculturas, objetos e casas pôde se revelar, conforme a análise de fotografias. Nesse sentido, aprofundar o viés criativo revelado pela liberdade, pela natureza e pelo trabalho poderia se constituir num profícuo campo para futuras pesquisas sobre essas colônias.

A identidade institucional das Colônias de Jacarepaguá e de Vargem Alegre era, no discurso de seus idealizadores, a que atingiria e projetaria a ciência psiquiátrica brasileira na modernidade científica e no painel internacional. De fato, essas colônias-modelo brasileiras, analisadas por um viés da história transnacional, atenderam aos pressupostos paradigmáticos das colônias agrícolas internacionais, como a de Alt-Scherbitz no fim dos oitocentos, e, sobretudo, incorporaram características intrínsecas à ciência psiquiátrica praticada nacionalmente, como discutido na tese. Todavia, não foi alvo desta tese avaliar os impactos causados por essas duas colônias no Rio de Janeiro nos modelos de assistência de outros estados brasileiros, e de fato verificar se elas se tornaram paradigmáticas no campo da ciência psiquiátrica nacional, verificação que nos parece um campo de investigação promissor para outros estudos.

A *Colony Farm* em Kalamazoo, que, também, assumiu Alt-Scherbitz como inspiração, teve seu modelo adaptado ao discurso pragmático de seus idealizadores norte-americanos, os médicos psiquiatras superintendentes que compunham a AMSAII, e que com este tipo de instituição concretizaram a ideia de novos espaços para o exercício profissional, e de melhoria da imagem do asilo para insanos frente à sociedade. Kalamazoo, assim como, as outras colônias – *Kankakee State Hospital* (1878), Illinois, *Toledo State Hospital* (1888), Ohio, *Mont Vernon* (1890, somente para negros insanos), Alabama - dos Estado Unidos foram o resultado da separação de doentes agudos e crônicos e do alcance de menores custos construtivos nessas instituições que tiveram, ainda, o trabalho agrícola dentro da instituição como aliado econômico.

Do ponto de vista da organização e estruturação das instituições de assistência baseadas no modelo psiquiátrico alemão, cabe destacar, como apontado por diversos autores e como, também, registrado nesta tese sobre a colônia agrícola, que essas instituições psiquiátricas se distinguiram pela configuração de espaços funcionais e segregados, sobretudo por uso de gênero e classes, para o desenvolvimento de diferentes práticas psiquiátricas, tais como: hospitais e clínicas urbanas, colônias agrícolas, ambulatórios e laboratórios para o tratamento da doença mental. A segmentação dos espaços, agregando atividades de ensino, investigação e clínica e trabalho, tanto no que tange à prática profissional psiquiátrica como ao trabalho dos doentes internados, distinguiu

sobremaneira essas instituições das anteriores – o asilo alienista fechado, centralizado – e imputou a elas o caráter de “instituições modernas” (Cf. Engstrom, 2011; Ernst, 2016; Muller, 2016; Topp, 2011).

Nas colônias estabelecidas na década de 1920, isto é, Vargem Alegre e Jacarepaguá implantadas na capital federal e no antigo estado do Rio de Janeiro, pude observar, características adaptadas às práticas psiquiátricas nacionais, como tratado nos capítulos 3 e 4, através da adaptação dos critérios paradigmáticos das experiências internacionais ao exercício da psiquiatria brasileira. Dentre elas, destaco o hospital-colônia, que reuniu duas propostas de tratamento que, em princípio, estavam separadas no modelo internacional.

Como comentado na introdução da tese, há uma produção historiográfica consistente e consolidada sobre a história da psiquiatria, que revela o protagonismo de Juliano Moreira como o grande disseminador da ciência psiquiátrica alemã. No entanto, como já dito, a disseminação do modelo assistencial implantado por Juliano Moreira em outros estados brasileiros, o detalhamento e aprofundamento da aplicação do regime *open-door* e da não contenção do doente e a introdução da assistência familiar são caminhos a serem aprofundados que podem ter como ponto de partida os modelos implantados na capital federal e no estado do Rio de Janeiro.

No que diz respeito à assistência familiar, não foi possível confirmar o discurso médico por meio da correspondente prática, porque não foram constatados, nas colônias do Rio de Janeiro, elementos que subsidiassem a compreensão de como a assistência familiar foi implantada e quais os modelos nela utilizados, além das informações do discurso de que o modelo privilegiado era o alemão e da evidência de tabelas apontando transferências esporádicas de poucos pacientes para a assistência familiar. Apesar de não termos conseguido informações sobre um plano que configurasse a assistência familiar de modo a definir o perfil do doente habilitado a esse tipo de tratamento, a sistemática de transferência, o tipo de atividade praticada e o tipo de anfitrião que praticaria a assistência familiar, a documentação analisada mostrou que, em 1923, Rodrigues Caldas havia solicitado verba orçamentária para o ano de 1924 que custeasse a implantação de assistência heterofamiliar na Colônia de Alienados de Jacarepaguá, a fim de custeá-la.

Examinar a narrativa de Juliano Moreira me propiciou, além de entender o modelo científico de assistência, conhecer as relações dele com a psiquiatria na Alemanha e, de forma indireta, o estudo do modelo assistencial ao insano nos Estados Unidos. O esforço do psiquiatra brasileiro, juntamente com outros psiquiatras, em modernizar e dar dimensão internacional à

psiquiatria nacional pode ser evidenciado em estudos de diversos pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. No entanto, considero importante lembrar de médicos e engenheiros brasileiros que estudaram e visitaram instituições nos Estados Unidos, como: Antônio Austregésilo, que foi membro de associação de neurologia norte-americana; Vicente Licínio Cardoso, que era engenheiro e defendeu tese sobre higiene hospitalar, na qual descreve e analisa sistemas norte-americanos de construção hospitalar; e Pacheco e Silva, que publicou relatório sobre visita a diversas instituições nos Estados Unidos. Apenas citando alguns personagens que mereceriam um estudo aprofundado sobre a circulação de ideias, sobretudo do ponto de vista das instituições psiquiátricas, e que estabeleça a dimensão da relação de médicos e psiquiatras com a comunidade norte-americana e brasileira no início do século XX.

Nas colônias agrícolas, a separação entre a prática institucional da psiquiatria e as iniciativas governamentais, se confundiram: com a motivação do estado em expandir a institucionalização, principalmente no século XIX; com a criação de mecanismos capazes de sustentar os pobres da assistência a alienados; com o fato de que o médico que era o porta-voz da assistência e da ciência psiquiátrica era Juliano Moreira, o dirigente da assistência governamental; com o interesse profissional do psiquiatra em garantir espaço institucional para o exercício da profissão; e, finalmente, com tornar a instituição o lugar da recuperação e da cura, pela boa prática científica e o adequado exercício profissional.

Por fim, distinguir o discurso da prática se apresentou para mim como um desafio de grande complexidade enfrentado neste estudo. Extrair informações de um número considerável de documentos históricos, apoiada em bibliografia secundária, de modo a construir um referencial epistemológico sobre os debates internacionais; assinalar os modelos resultantes das experiências paradigmáticas internacionais; e, então, confrontá-los com o modelo brasileiro implantado e com o conjunto de informações dos prontuários médicos dos doentes transferidos do Hospital Nacional de Alienados para as colônias agrícolas, foi um longo processo, em que busquei entender as “verdades” científicas sobre as colônias para alienados no Rio de Janeiro entre o início da década de 1890 e da década de 1920.

REFERÊNCIAS

Notícias de Jornal disponíveis na Hemeroteca da Biblioteca Nacional

- O FLUMINENSE, *Noticiário*, 18 de abril de 1879, p.1.
 O Apóstolo, Notícia de 20 de fev. de 1890, ano XXVI, n 23.
 Diário de Notícia, Notícia de 13 out. 1888, p.2
 Gazeta de Notícias, Notícia de 24 set. 1888p.2
 Gazeta de Notícias, Notícia de 24 out. 1888 p.2
 Mequetrefe, Notícia nov. 1888.
 Gazeta de Notícias, Notícia de 18 jan. 1889, p.18
 O Paiz, 24 set. 1888, capa
 O Paiz, 15 fev. 1890, capa: capa
 O Paiz, 22 jan. 1901, capa, ano XVIII
 O Pharol, 30 abr. 1909, capa , ano XIII, n 100.
 A Noite, 29 mai. 1920, p.3
 O FLUMINENSE, 13 de out. de 1921, capa,.
 JORNAL DAS MOÇAS. Anúncio amoroso, 26 mar. 1926
 O Imparcial, Ideias do dr Juliano Moreira, Ano IX, n. 1201, 29 mar. 1921, capa.

Fontes Bibliográficas

ALMEIDA, Waldemar de. *Evolução e estado atual da Assistência a Alienados no Estado do Rio de Janeiro: Asilo-Colônia de Alienados de Vargem Alegre 1872-1922*. Rio de Janeiro: Typ do Jornal do Comercio, de Rodrigues & C., 1922.

ALVES, João Luiz. *Relatório apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro : Imprensa Nacional, Junho 1924.

ARAÚJO, F.M. de S. *et al.* Relatório da Comissão de Inquérito sobre as condições da Assistência a Alienados no Hospício Nacional e Colônias da Ilha do Governador. *In.: Relatório Ministerial 1903, Anexo B, p.4-37*. Rio de Janeiro, 1903. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/>. Acesso em: 02 mar.2017

ARLIDGE, J.T. Foreign Psychological Literature, Part III – Quarterly Report on the Progress of Psychological Medicine. *Journal of Mental Science*, v. IX, p.253, 1868

ARQUIVOS BRASILEIROS DE NEURIATRIA E PSIQUIATRIA. Rio de Janeiro: A remodelação do Asilo-Colônia de Alienados de Vargem Alegre. ano III, 1º e 2º trimestres, p.269-283, 1921.

_____, Rio de Janeiro: ano VI, I-II trimestre, 1924.

BACKER, Alfredo *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro : Typ. Jornal do Comercio, 1908. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> Acesso em 15 jul. 2018

BARRETT, Albert M. The State Psychopathic Hospital. *American Journal of Insanity*. v. LXXVII, n 3, January 1921.

BARRETT, Albert e PARCKER, Constance. *A statistical survey of mental diseases in Michigan state hospitals*. [Lansing, Mich.?] : Issued by the State Welfare Dept., 1927?. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015071227048> . Acesso em: 22 fev. 2019

BEARD, George Miller. Neurasthenia, or Nervous Exhaustion. By George Beard, M.D., Lecturer on Nervous Diseases in the University of New York. *The Boston Medical and Surgical Journal*. v.13, n 13. The New England Journal of Medicine. April, 1869. Disponível em: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> . Acesso em: 27 out. 2018

_____. *American Nervouness, Its causes and consequences: a supplement to nervous exhaustion (neurasthenia)*. G.P. Pulman's Sons. New York, 1881. Material da disciplina *Minds & Brains in America* cursada na Universidade de Michigan, no segundo semestre de 2018.

BOCAIUVA, Quintino. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro : Typ. Jornal do Comercio, 1901, 1902. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 15 jul. 2018.

BOTELHO, Francisco Chaves de O. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, Typ. Jornal do Comercio, Rio de Janeiro, 1911, 1912, 1913, 1914. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 15 jul. 2018.

BRANDÃO, João Carlos T. *Relatório da Assistência Médico-legal de Alienados apresentado a sua Excelência o Sr. Fernando Lobo Leite Pereira Ministro de Estado de Negócios Interior*. Rio de Janeiro, p.3-39, 1891,1892. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 02 mar.2017

BRASIL. Decreto n ° 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Aprova as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro último, e cria Assistência Médico-legal de Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>.

_____. Decreto n ° 508, de 21 de junho de 1890. Aprova o regulamento para Assistência Médico-legal de Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>

_____. Decreto n ° 893, de 18 de outubro de 1890. Declara de utilidade publica os terrenos e benfeitorias da parte ocidental da Ilha do Governador. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>

_____. Decreto n ° 896, de 29 de junho de 1892. Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-legal de Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>

_____. Decreto n ° 1.559, de 07 de outubro de 1893. Reorganiza o serviço de Assistência Médico-legal de Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>

_____. Decreto n ° 2.467, de 19 de fevereiro de 1897. Da novo regulamento a Assistência Médico-legal a Alienados Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>

_____. Decreto n ° 5.125, de 01 de fevereiro de 1904. Da novo regulamento à Assistência a Alienados Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=47294&norma=63064> .

_____. Decreto n ° 8.834, de 11 de julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados Disponível em: <http://www2.camara.leg.br>

BRASIL. (Ministério da Cultura). Rio de Janeiro. Acervo do Museu da República. Coleção Pereira Passos. Fotografias Augusto Malta.

BRASIL.(Ministério da Justiça e Segurança Pública). Rio de Janeiro. Arquivo Nacional. Fundo GIF, Documentos textuais.

BRASIL (Distrito Federal). Recenseamento do Rio de Janeiro : Realizado em 20 de setembro de 1906. Rio de Janeiro : Oficina da Estatística. 1907. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49678.pdf> Acesso em: 05 dez.2019.

BRASIL (Distrito Federal). Recenseamento do Brasil : Realizado em 01 de setembro de 1920. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Diretoria Geral de Estatística, v. II, 1ª parte. Rio de Janeiro :Typ. da Estatística. 1923. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6383.pdf> . Acesso em: 09 dez. 2019.

BRAZIL-MEDICO. Rio de Janeiro. Ano XXXIV, n 23, Rio de Janeiro, 1920. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=FiocruzBrazilMedico>. Acesso em: 20 jan. 2020

BURDETT, Henry C. *Hospitals and Asylums of the world: asylum history and administration*. v1, London: J&A Churchill, Whiting & CO, 348p., 1891. Disponível em <https://ia600607.us.archive.org/14/items/hospitalsasylums01unse/hospitalsasylums01unse.pdf>

CALDAS, João A. R. *Relatório Anual do Diretor das Colônias da Ilha do Governador para o Diretor Geral da Assistência a Alienados do ano de 1921*, expedido em 1922. Acervo IMASJM.

_____. *Relatório Anual do Diretor das Colônias da Ilha do Governador para o Diretor Geral da Assistência a Alienados do ano de 1922*, expedido em 1923. Acervo IMASJM.

CARDOSO, Vicente Licínio. *À Margem da Arquitetura Grega e Romana e Princípios Gerais Modernos de Higiene Hospitalar*. Rio de Janeiro: Typographia do Anuário do Brasil, 1927.

CASTELLO, Augusto de V. do. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores em 1928*. Rio de Janeiro : Imprensa Nacional, 1930.

CASTRO, A.A. Cardoso. Relatório do Chefe da Polícia do Distrito Federal. *In: Relatório do Ministro de Justiça e Negócios Interiores J.J. Seabra*, Rio de Janeiro, 1905

CHAVES, Joaquim F. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro :Imprensa Nacional, 1922.

COLLET, Agnello Geraque *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, 1917, 1918. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 15 jul. 2018

CORREIA, Rivadavia da C. C. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1912, 1913.

DISTRITO FEDERAL. (Polícia Civil). Decreto nº 6440 de 1907. *Dá novo regulamento ao serviço da polícia do distrito federal*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1907.

DOWNING, Andrew J. *Cottage residences: a series of designs for rural cottages and cottage villas, and their gardens and grounds. Adapted to North America*. New York and London: Wiley and Putnam, 1842. Disponível em: [http://hdl.handle.net/2027/uc1.\\$b351349](http://hdl.handle.net/2027/uc1.$b351349) . Acesso em: 04 abr. 2019.

DUARTE, Manuel de Mattos. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, 1930. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 15 jul. 2018

GALT, John M. The Farm of the St Anne. *The American Journal of Insanity*, v XI, p 352-357, 1855. Disponível em: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> . Acesso em: 27 abr. 2019.

GOMES, Bernardino A. *Dos Estabelecimentos de Alienados nos Estados principais da Europa em 1843*. Lisboa: Typ. De Vicente Jorge de Castro & Irmãos, 1844.

GRIESINGER, Wilhelm. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende*. Stuttgart: Verlaq von Krable, 1861.

HURD, Henry M. (ed.), et al., *The Institutional Care of Insane in the United State and Canada*. v. I, Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1916. Disponível em: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> Acesso em: 27 abr. 2019.

KIRKBRIDE, Thomas S. *On the construction, organization, and general arrangements of hospitals for the insane*, Philadelphia : Lindsay & Blakiston, 1854. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2027/nyp.33433011466384> . Acesso em 27 abr. 2019

KIRKBRIDE, Thomas S. Remarks on cottages for certain classes of patients, in connection with hospitals for the insane. *The American Journal of Insanity*. v. VII, p. 374-379, Apr.1850. Disponível em: <http://hathitrust.org>. Acesso em: 27 abr. 2019.

LEMOS, D. Jeronimo Nogueira de. *Crônica da Abadia 'Nullius' de Nossa Senhora do Montserrat do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro :Acervo do Arquivo do Mosteiro de São Bento, p. 40-43, 1977.

LETCHWORTH, William P. *The Insane in Foreign Countries*. New York & London: G.P. Putman's Sons. 1889.

Disponível em: <https://archive.org/details/39002086343366.med.yale.edu>

LYRA, Augusto Tavares de. *Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. 1916-1917*. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/>. Acesso em 15 jul. 2018

MICHIGAN. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane - 1885-1886*. Lansing: Thop & Godfrey State Printers and Binders, 1886. University of Michigan, Disponível: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage>. Acesso em: 20 nov. 2018

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane - 1887-1888*. Lansing: Thop & Godfrey State Printers and Binders, 1888. University of Michigan, Disponível: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> Acesso em: 20 nov. 2018

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane - 1889-1890*. Lansing: Thop & Godfrey State Printers and Binders, 1890. University of Michigan, Disponível: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> Acesso em: 20 nov. 2018

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane - 1891-1892*. Lansing: Roberts Smith & Co. State Printers and Binders, 1892. University of Michigan, Disponível: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> Acesso em: 20 nov. 2018

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane - 1893-1894*. Lansing: Roberts Smith & Co. State Printers and Binders, 1894. University of Michigan, Disponível: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> Acesso em: 20 nov. 2018

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane - 1895-1896*. Lansing: Roberts Smith & Co. State Printers and Binders, 1896. University of Michigan, Disponível: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> Acesso em: 20 nov. 2018

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane – 1902-1903*. Lansing: Roberts Smith & Co. State Printers and Binders, 1903. Bentley Historical Library, University of Michigan.

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane – 1907-1908*. Lansing: Wynkoop, Halenbeck, Crawford & Co. State Printers, 1908. Bentley Historical Library, University of Michigan

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane – 1908-1909*. Lansing: Wynkoop, Halenbeck, Crawford & Co. State Printers, 1909. Bentley Historical Library, University of Michigan

_____. *Report of the Board of Trustee of the Michigan State Asylum for the Insane – 1909-1910*. Lansing: Wynkoop, Halenbeck, Crawford & Co. State Printers, 1910. Bentley Historical Library, University of Michigan

MONTEIRO JUNIOR, Domingos Jacy. *Relatórios do Médico do Hospício anexo ao Hospital São João Batista de Niterói, 1879-1889*. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> Acesso: 15jul.2018

MOREIRA, Juliano e PEIXOTO, Afrânio. Mental Illness in tropical climates. [1906]. *International Review of Psychiatry*, v. 29, ano 3, pp.216-224, 2017. Disponível em: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> Acesso em: 28 nov. 2019.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. [1905]. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. v.14, n.4, p. 728-768, São Paulo, dezembro de 2011.

_____. A luta contra as degenerações nervosas e mentais: Relato da 5ª Sessão em 06 de outubro. *Primeiro Congresso Nacional dos Práticos*:. Atas e Trabalhos, Setembro de 1922. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 1923.

_____. Relatório do Diretor da Assistência sobre o Congresso de Londres e Gand. In.: *Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*, organizado sob a gestão do ministro Uladislau Herculano de Freitas. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915.p. 65-68.

_____. Quais os melhores meios de assistência aos alienados? *Archivos Brasileiros de Psychiatria Neurologia e Medicina Legal*, ano 6, n.3-4, p 373-396. Rio de Janeiro, 1910.

_____. Progress of Psychiatry in 1909: Brazil. First Congress of Psychiatry, Neurology and Legal Medicine. *Journal of Mental Science*, July, 1910a . p. 519-521.

_____. Ligeira vista sobre a evolução da assistência a alienados na Alemanha, a Clínica Psiquiátrica de Munique. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal*, vol. 4, p. 172-186, Rio de Janeiro, 1908.

_____. Quais os meios de assistência mais convenientes aos nossos alienados? *Relatório apresentado ao Congresso Nacional de Assistência Pública*. Rio de Janeiro, 1908a.

_____. Ligeiras Notas a Proposito Assistência Familiar. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, ano II, n 1, Rio de Janeiro, janeiro de 1906.

_____. O asilo-colônia de Alienados em Juquery (S. Paulo). *Revista Médica de São Paulo*, São Paulo, ano v, n.11, 1902, p. 210-213.

MOREIRA, Juliano e PEIXOTO, Afranio Peixoto. Mental illnesses in tropical climates (1906), *International Review of Psychiatry*, vol 29, ano 3, p. 216-224, 2017. DOI: 10.1080/09540261.2017.1285967

MOREIRA, Juliano e PEIXOTO, Afranio. Classificação das moléstias mentais do professor Emil Kraepelin. *Arquivos Brasileiros, Neurologia, Ciências Afins*, ano I, n2, p. 204-216, Rio de Janeiro, 1905.

NORONHA SANTOS, Francisco A. de. *A Freguesias do Rio Antigo: introdução, notas e bibliografia* por Paulo Berger. Rio de Janeiro: Ed. O Cruzeiro. 1965.

OSTRANDER, Herman. The Colony System of Caring for the Insane. *American Journal of Insanity*. v. LVI, Baltimore: The John Hopkins Press, p.443-455, jan. 1900. Disponível em: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage>, library online at University of Michigan. Acesso em: 27 out. 2019

PACHECO e SILVA, Antônio C. *A assistência a alienados nos Estados Unidos e na Europa*. São Paulo, 1926.

PAETZ, Albrecht. *Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System : ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Alt-Scherbitz*. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1893. Disponível em: <https://wellcomelibrary.org/item/b21716602> Acesso em: 20 jan 2019.

PARIGOT, J. The Gheel Question: from an American point of view . *Journal of Insanity*, v. XIX , Jan., 1863, <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage>

PEÇANHA, Nilo. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro : Jornal do Comercio, Rio de Janeiro, 1906, 1915, 1916. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 15 jul 2018

PIMENTEL, Antonio. Estado higiênico atual do Rio de Janeiro. *Brazil-Medico*. ano 3, n 34. Rio de Janeiro, 1889.

PINTO, Alfredo P. V. Discurso proferido no lançamento da pedra fundamental das novas construções da colônia de alienados de Jacarepaguá *Archivos Brasileiros de Psychiatria Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano 2, 1º trimestre, p 177- 187, 1920.

_____. de. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores em 1920*. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1920a.

PISTOR, Moritz. *Anstalten und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens in Preussen.Festschrift zum X internationalen Medizinischen Kongress Berlin 1890*. Berlin: Verlag von Julius, Springer, 1890.

Disponível em: <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage> .Acesso em: 29 out 2019.

POLANYI, Karl. [1944]. *A transformação : as origens de nossa época*. Rio de Janeiro: Ed. Campos. 2000

PORCIUNCULA, José Thomaz da. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro :Typographia a Vapor Jeronymo Silva, 1892. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 15 jul 2018

PORTELLA, Francisco. Relatório apresentado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. In: *Relatório Apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em Março de 1906*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/>. Acesso em 15 jul.2018.

_____. Relatório da Comissão Inspetora dos Estabelecimentos de Alienados do Rio de Janeiro e relativo ao Período de 16 de fevereiro a 10 de abril Ano de 1905. In: *Relatório Apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Dr. J. J. Seabra, Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores em Março de 1906*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906a. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/>. Acesso em 15 jul.2018.

PRADO, Visconde. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Typographia da Reforma, 1878. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/>

VEIGA, Raul de Moraes. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, 1916, 1917,1919, 1920, 1921. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/> . Acesso em 15 jul.2018

RIO, João do. *Psychologia urbana*. Rio de Janeiro. Paris: H. Garnier. 1911. Disponível em: <http://digital.bbm.usp.br/handle/bbm/66>. Acesso em: 5 jan. 2020.

RIO DE JANEIRO. (Secretaria Municipal de Saúde). Álbum das Colônias da Ilha. Acervo Instituto Municipal Nise da Silveira - IMASNS

_____. (Secretaria Municipal de Saúde). Acervo do Núcleo de Documentação e Pesquisa do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira - IMASJM.

ROXO, Henrique. Perturbações mentais no negro do Brasil. *Brazil-Medico*, ano 28, n17, 1 mai. p. 170-172, 1904.

SANTOS, Carlos M. P. dos. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores em 1917*. Rio de Janeiro : Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1918.

SIBBALD, John. The position which such organization as the colonies of Gheel and Lierneux would occupy in a complete system of Lunacy administration. *Journal of Mental Science*, ano XLIII, , p. 459-461, Jul. 1897. <https://www.lib.umich.edu/gateway/homepage>

_____. *On the Plans of Modern Asylum for the Insane Poor*. Tuner, Edimburgo, 1897a. Disponível em: <https://wellcomelibrary.org/item/b21955736>. Acesso em 22 mar. 2019.

SIMMEL, Georg. Sociologia do espaço. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 79, p. 75-112, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/68704>>

_____. The Metropolis and Mental Life [1903]. In: WOLFF. Kurt H. *The Sociology of Georg Simmel*. New York: The Free Press, 1964. Cap. 4.

_____. The Stranger [1908]. In: WOLFF. Kurt H. *The Sociology of Georg Simmel*. New York: The Free Press, 1964. Cap. 3.

_____. Individual and Society in Eighteenth- and Nineteenth- Century Views of Life [1917]. In: WOLFF. Kurt H. *The Sociology of Georg Simmel*. New York: The Free Press, 1964. Cap. 4.

SEIDL, Carlos. Viagem ao Prata : Notas e impressões de um médico brasileiro. Rio de Janeiro: *Brazil-Medico*, ano XV, v.5, 1901.

SODRÉ, Feliciano P. de A. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro*, Jornal do Comercio, Rio de Janeiro, 1924. Disponível em: <http://ddsnxt.crl.edu/> . Acesso em 15 jul.2018

SOUZA, João F. Relatório Clínico das Enfermarias de Alienados do Hospital de São João Batista em Niterói. In: *Americo de Moura Marcondes de Andrade, Relatório apresentados à Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro : Typ. Montenegro, Rio de Janeiro, 1879.

SOUZA, João F. Relatório Clínico das Enfermarias de Alienados do Hospital de São João Batista em Niterói. In: *João Marcelino de Gonzaga, Relatório apresentados à Assembleia Legislativa Provincial do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro : Typ. Montenegro, Rio de Janeiro, 1880.

SOUZA, José Eduardo Teixeira de. Exame e apreciação das disposições para Assistência pública dos alienados. *Brazil – Medico*, Rio de Janeiro, ano 2, v.3, janeiro a dezembro de 1888.

TUKE, Samuel. *Description of the Retreat an Institution Near York, for Insane Persons of the Society Friends*. York: W. Alexander & Darton, Harvey and Co., 1813. Material da disciplina Minds & Brains in America cursada na Universidade de Michigan, no segundo semestre de 2018.

WIRTH, Louis. Urbanism as a Way of Life. *American Journal of Sociology*, vol. 44, no. 1, p.1–24, 1938. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2768119> . Acesso em: 18 nov. 2019.

Referências Bibliográficas

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de Filosofia*. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALMANDOZ, Arturo. *Modernización urbana em La America Latina: de las grandes aldeas a las metropolis massificadas*. Santiago: Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales, Chile : Pontificia Universidad Católica de Chile, 1ªed 2013.

AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 4 ed. 2013.

_____. *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) –IMS, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, dezembro de 1982.

AXELROD, Charles David. *Studies in intellectual breakthrough: Freud, Simmel, Buber*. Amherst: University of Massachusetts Press, 1979.

AZEVEDO, André Nunes de. *Da Monarquia à República: um estudo dos conceitos de civilização e progresso na cidade do Rio de Janeiro entre 1868 e 1906*. Tese (Doutorado em História), Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ABLARD, Jonathan D. *Madness in Buenos Aires: patients, psychiatrists, and the Argentine State, 1880 – 1983*. Latin America Series n 47. Ohio : Ohio University Press, 2008

BARTLETT, Peter. The Asylum, the workhouse, and the voice of the Insane Poor in 19th century England. *International Journal of Law and Psychiatry*, v.21, n.2, p. 421-432, autumn 1998. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252798000235>. Acesso em: 28 mar. 2020.

BARRETO. Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)*. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2005.

BASSA, Daniela. De La Pampa a Open Door: Terapias y Tratamientos hacia los insanos em la primera mitad del siglo XX. In: Di Liscia, Maria Silvia. *Instituciones y forma de control social en America Latina 1840-1940: una revision*. 1ªed, Buenos Aires: Prometeo Libros: Universidad Nacional de General Sarmiento: Universidad de La Pampa, 2005.

BENCHIMOL, Jaime L. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: Jorge Ferreira e Lucília de Almeida Neves (Org). *Brasil Republicano. Economia e sociedade, poder e política, cultura e representações*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, vol1, p. 231-286, 2003.

_____. *Pereira Passos um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes. 1990.

BERRIOS, German .E., e HAUSER, R. The early development of Kraepelin's ideas on classification: A conceptual History. *Psychological Medicine*, 18(4), p.813-821, 1988
Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/terms> Acesso em 03 nov. 2018.

_____, The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, n. 15, p.745-758, 1985.

Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/terms> . Acesso em: 19 mai.2019.

BRENNA, Giovanna R. Del. Ecletismo no Rio de Janeiro (Séc. XIX – XX). In.: FABRIS, Annateresa (org.). *Ecletismo na arquitetura Brasileira*. São Paulo: Nobel, 1987. p. 28-67.

BURNHAM, John C. Patterns in Transmitting German Psychiatry to the United States: Smith Ely Jelliffe and the Impact of World War. In: ROELCKE, Volker, WEINDLING, Paul J. and WESTWOOD, Louise. *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany and the United States to World War II*. New York: University of Rochester Press, 2010.

CANTISANO, Pedro J. Direito, Propriedade e Reformas Urbanas: Rio de Janeiro, 1903-1906. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.29, n 58, , p.401-420, maio-agosto 2016.

CASTEL, Robert. The two readings of Histoire de la folie in France. In: *Rewriting the History of madness: Studies in Foucault's Histoire de la folie*. Still, Arthur and Velody, Irving. Routledge: New York, 1992. Cap 4.

_____. From dangerousness to risk. In: *The Foucault Effect: studies in governmentally: with two lectures by an interview with Michel Foucault*. Edited by Graham Burchell, Colin Gordon, and Peter Miller. The University of Chicago Press: Chicago, 1991. Cap 14

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHOAY, Françoise. *O urbanismo: utopias e realidades uma antologia*. São Paulo: Perspectiva, 2015.

CLAPER, Jeanine; SANGLARD, Gisele. Assistência ao alienado no estado do Rio de Janeiro: o Hospício do Hospital São João Batista e a Colônia de Alienados de Vargem Alegre In: Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, 2018, Campina Grande. *Anais do 16º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia*, 2018. ISBN 9788593331022. Disponível em: http://https://www.16snhct.sbhct.org.br/resources/anais/8/1534211042_ARQUIVO_ASSIST_RJ_CAMPINAGRANDE_2018_Final.pdf

CLAPER, Jeanine R. Delineando a Assistência ao Alienado no início do século XX: Colônia Juliano Moreira imagens e sensibilidades. *Anais do 15º Seminário Nacional de História da Ciência*

e da Tecnologia, v. II. SBHC, Rio de Janeiro, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016, p.543-561.

_____. *Reabilitação de Edifícios para a Habitação Social: uma abordagem da gestão do conhecimento no processo de projeto*. Dissertação (Mestrado e Ciências da Arquitetura). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo (FAU), Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, 2008.

COSTA, Renato Gama-Rosa, GONÇALVES, Ana Paula C. Evolução urbana da Colônia Juliano Moreira *In: Venancio, Ana Teresa A. e Potengy, Gisélia F (org.). O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015. Cap 2.

COSTA, Renato Gama-Rosa, AMORA, Ana Albano, FILGUEIRAS, Sara Cabral. A Saúde e a Cidade: o bairro de Jacarepaguá e os hospitais de isolamento. *In: Sanglard, Gisele, Araújo, Carlos Eduardo M., Siqueira, José Jorge (orgs.). História urbana: memória, cultura e sociedade – Rio de Janeiro: Editora FGV, p.279-300, 2013.*

COSTA, Renato Gama-Rosa .Arquitetura Hospitalar em São Paulo. *In: Mott, Maria Lucia e Sanglard, Gisele. (org.). História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958) - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, Cap.2.*

_____. Los hospitals de asilamento y el medio urbano. El caso de Jacarepaguá, Rio de Janeiro Brasil. *In: Servin, Maria Lilia Gonzalez (coord) Sistema Arquitectónico de jabellones em hospitales de America Latina*. Universidad Nacional Autónoma, p.129-143, 2011a.

_____. Arquitetura da Saúde no Rio de Janeiro. *In: Porto, Angela, Sanglard, Gisele e Fonseca, Maria Rachel F. et al. (org.). História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958) - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.119-142, 2008.*

CUNHA, Maria Clementina P. *O espelho do mundo: Juquery a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DECKER, William A. *Asylum for the Insane: a History of the Kalamazoo State Hospital*. Traverse City: Arbutus Press, 2008.

DÓRIA, Renato de S. Memória e história da ocupação e dos conflitos de terra no Sertão Carioca. *In: Venancio, Ana Teresa A. e Potengy, Gisélia F (org.). O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015. Cap 1

ENGEL, Magali G. A casa dos loucos da praia da saudade. *In: Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro 1830 – 1930)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 183-252, 2001.

EDLER, Flavio C. e PIRES-ALVES, Fernando A. A educação médica: do aprendiz ao especialista. *In: Teixeira, Luiz Antonio, et. al. (orgs.). História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018. Cap.3

ENGSTROM, Eric J. Organizing Psychiatric Research in Munich (1903-1925): a Psychiatric Zoon Politicon between State Bureaucracy and American Philanthropy. In: ROELCKE, Volker, WEINDLING, Paul J. and WESTWOOD, Louise. (Org) *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany and the United States to World War II*. New York: University of Rochester Press, p.48-63, 2010.

_____. Placing psychiatric practices: On the spatial configurations and constest of professional labour in late-nineteenth century Gemany. In.: *Madness, architecture, and the built environment: psychiatric spaces in historical context*. Leslie Topp, James E. Moran, and Jonathan Andrews. New York: Routledge, Taylor & Francis Group. 2011

_____. *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: a history of psychiatric practice*. New York : Cornell University Press, 2003.

ERNST, Waltraud. Introduction: Therapy and empowerment, coercion and punishment. Historical and contemporary perspectives on work, psychiatry and society. In.: Waltraud Ernst (Ed), *Work, psychiatry and society c. 1750-2015*. Manchester: Manchester University Press, 2016. p.1-30.

ERNST, Waltraud e MUELLER, Thomas. *Transnacional Psychiatries: Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective c. 1800-2000*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2015.

FACCHINETTI, Cristiana, MUÑOZ, Pedro Felipe N. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933 . *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 20, n.1, jan-mar, p. 239–262, 2013.

FERREIRA, Álvaro M. e BRUM, Mário. *Relatório Fundiário Vargem Alegre, Barra do Pirai*. ITERJ, Governo do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

FRIDMAN, Fania. *Paisagem estrangeira: memórias de um bairro judeu no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro : Casa da Palavra, 2007.

FORGAN, Sophie. Image and Function: A preliminary enquiry in the architecture of Scientific Societies. *The British Journal for the History of Science*. v 19, n 1, pp 89-113, mar. 1986. Disponível em : <https://www.jstor.org/stable/4026486>. Acesso em: 17 mai. 2019.

_____. The Architecture of Science and the Idea of a University. *Studies in History and Philosophy of Science*. v . 20, n . 4, p. 405-434, 1989.

GALISON, Peter. Buildings and Subject of Science. In.: *Architecture of Science/* Peter Galison and Emily Thompson (org), Ed. By Steve Shapin, Massachusetts, Cambridge : The MIT Press, 2003.

GEREMEK, Bronislaw. As Prisões para os pobres. In: *A Piedade e a Força: História da Miséria e da Caridade na Europa*. Lisboa: Terramar, p. 241-265, 1986, Cap. 4.

GOLDSTEIN, Jan. *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Chicago: University of Chicago Press, 2001.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. A imprensa médica na Corte Imperial: a loucura e as doenças nervosas nas páginas dos periódicos especializados (1850 – 1880). *Varia História*. Belo Horizonte, v 29, n 49, p.143-168, jan/abr 2013

GONDIM, Linda M. Lições da Escola de Chicago para a pesquisa urbana contemporânea. *In.: Cadernos de Resumo do XIV Seminário de História da Cidade e do Urbanismo*. Sarah Feldman e Carlos R. M de Andrade (orgs.). São Carlos: IAU/USP, 2016.

GROB, Gerald N. *The Mad Among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

_____. *Mental Illness and American Society 1875-1940*. New Jersey: Princeton University Press, 1983.

_____. *Mental Institutions in America: Social Policy to 1875*. New York: Free Press, 1973.

HARRIS, Ben. Therapeutic work and mental illness in America, c. 1830 - 1970. *In.: Waltraud Ernst (Ed), Work, psychiatry and society c. 1750-2015*. Manchester: Manchester University Press, 2016. p.55-76..

HAWKINS, Kenneth B. *The Therapeutic landscape: Nature, architecture, and mind in nineteenth century America*. Tese (Department of History), University of Rochester, New York, 1991.

HOCHMAN, Gilberto, FONSECA, Maria Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. *In: : Repensando o Estado Novo*. Organizadora: Dulce Pandolfi. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999

HOCHMAN, Gilberto. A Reforma da Saúde Pública ou quem deve ser responsável pela “doença que se pega”? *In: A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; Anpocs. 1998.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. Os Semeadores e o Ladrilhador. *In.: Raízes do Brasil*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1995. Cap 4.

HUERTAS, Rafael. *Otra historia para otra psiquiatria*. Madri: Xoroi Edicions, 2016.

_____. Another History for Another Psychiatry. The Patient's View. *Culture & History Digital Journal*, v2, n1, jun. 2013.ISSN 2253-797X.

IVO, Anete B. L. Georg Simmel e a Sociologia da Pobreza. *Caderno CRH/UFBA*. Salvador, v.21, n.52, p.171-180 jan/abr 2008.

JAPIASSU. Hilton. *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

JÜTTE, Robert. *Poverty and deviance in early modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

KEMP, Amy e EDLER, Flavio C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v 11 n 3, p. 569-585, set-dez 2004.

KETAL, Richard. Affect, Mood, Emotion and Feeling: Semantic Considerations. *The American Journal of Psychiatry*. v 11, p. 1215-1217, 1975. Disponível em: <http://hathitrust.org>. Acesso em: 27 abr. 2019.

KROPF, Simone Petraglia. *Sonho da razão, alegoria da ordem: o discurso dos engenheiros sobre a cidade do Rio de Janeiro no final do século XIX e início do século XX*. Dissertação (Mestrado Departamento de História), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, julho de 1995.

KRUFT, Hanno-Walter. *A History of Architectural Theory: from Vitruvius to the present*, New York : Princeton Architectural Press, 1994.

LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela Raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira Republica. In: MAIO, Marcos Chor e SANTOS, Ricardo Ventura. *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro. Ed Fiocruz, p.23-45, 1996.

LOUGON, Mauricio. *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, , p. 51-80, 2006. cap.2

_____. *Os caminhos da mudança: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica*. 1987. Dissertação (Mestrado) Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

MARCONDES, Danilo. *Textos básicos de filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

MOLINA, Andrés R. *La loucura durante la Revolución Mexicana: los primeros anos del Manicomio General la Castañeda, 1910-1920*. Mexico: El Colegio de Mexico, Centro de Estudios Históricos, 2013.

MORAN, James e TOPP, Leslie. Interpreting psychiatric spaces. In.: *Madness, architecture, and the built environment: psychiatric spaces in historical context*. Leslie Topp, James E. Moran, and Jonathan Andrews. New York: Routledge, Taylor & Francis Group. 2011.

MÜLLER, Thomas. Between therapeutic instrument and exploitation of labour force: Patient work in rural asylums in Württemberg, c. 1810-1945. In.: Waltraud Ernst (Ed), *Work, psychiatry and society c. 1750-2015*. Manchester: Manchester University Press, 2016. p.220-237.

MUELLER, Thomas. Re-opening a closed file of History of Psychiatry: open care and its historiography in Belgium, France and Germany, c. 1880 -1980 In.: Waltraud Ernst e Thomas

Mueller. *Transnational Psychiatries: Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective c. 1800-2000*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 2015.

_____. Community spaces and psychiatric, family care in Belgium, France, and Germany: a comparative study. In.: TOPP, Leslie et al. *Madness, architecture and the Built Environment: Psychiatric Spaces in Historical Context*. New York & London: Routledge, Taylor and Francis Group, , p.171-189, 2011.

MUÑOZ, Pedro Felipe N. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e Eugenia nas relações Brasil -Alemanha (1900-1942)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015.

NOVELLA, Enric J. Travel and professional networks in the origins of Spanish psychiatry. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/hcsm> . Acesso em: 22 mar. 2019.

PECHMAN, Sergio e FRITSCH, Lilian. A Reforma Urbana e o seu avesso: algumas considerações a proposito da modernização do Distrito Federal na virada do século. *Revista Brasileira de História*, v.5, n. 8/9, São Paulo, p.139-195, set 1984/abr 1985.

PALMER, Allison L. *Historical dictionary of Romantic art and architecture*. Lanham/Toronto/Plymouth: The Scarecrow Press, 2011.

PATETTA, Luciano. Considerações sobre o Ecletismo na Europa. In.: FABRIS, Annateresa (org.). *Ecletismo na arquitetura Brasileira*. São Paulo: Nobel, 1987. p. 8-27.

PERROT, Michelle (org.). *História da vida privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*, v.4, São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

PERROTA, Cosimo. La disputa sobre los pobres em los siglos XVI y XVII: España entre desarrollo y regresión. *Cuadernos de CC. EE, y EE*, nº 37, 2000, p.95-120.

PINTO, Surama Conde de S. Arquitetura do Novo Regime: o Federalismo brasileiro na Primeira Republica. *Varia História*, v. 34, n.63, p.571-575. Belo Horizonte, 2018.

PORTER, Roy. Foucault's great confinement. In: *Rewriting the History of madness: Studies in Foucault's Historie de la folie*. Still, Arthur and Velody, Irving. New York : Routledge, 1992. Cap 10.

RAMMSTEDT, Otthein. Como Georg Simmel chegou à modernidade e lhe permaneceu fiel?. *Sociol. Antropol.*, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 53-73, apr. 2015, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752015000100053&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 dez. 2019

REDDY, William M. *The navigation of feeling: a framework for the history of emotions*. New York :Cambridge University Press, 2001.

RIBEIRO, Daniele Corrêa. *Os sentidos do Hospício de Pedro II: dinâmicas sociais na constituição da psiquiatria brasileira (1842-1889)*. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2016.

RIBEIRO, Paulo Silvino. Um médico, uma ideia, um hospital: Dr. Franco da Rocha e a concepção do Juquery. In: Andre Mota e Maria Gabriela S. M. C. Marinho (orgs). *História da Psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica*. São Paulo, USP/UFABC/Casa de Soluções Editora, 2012.

ROCHA, Mateus Ramalho. *O mosteiro de S. Bento do Rio de Janeiro – 1590-1990*. Rio de Janeiro: Editora Studio HMF, 1991.

RODRIGUES, Antonio Edmilson M. João do Rio: a cidade e o poeta – olhar de *flâneur na belle époque* tropical. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2000.

ROELCKE, Volker, WEINDLING, Paul J. and WESTWOOD, Louise. Introduction. *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany and the United States to World War II*. New York: University of Rochester Press, 2010.

SACRISTÁN, C. Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapêutico y assistência publica em el Manicomio de La Castañeda ciudad de Mexico, 1929-1932. *Historia, Ciências Saúde – Manguinhos* v.12, n.3. p. 675-92, set-dez. 2005.

SANGLARD, Gisele . Pobreza e assistência na escrita da história. In.: Ana Paula Korndörfer et al. (orgs). *História da assistência à saúde e à pobreza*. São Leopoldo: Oikos, 2017. p. 19-40.

SANGLARD, Gisele e GIL, Caroline. Assistência à Infância, Filantropia e Combate à Mortalidade Infantil no Rio De Janeiro (1889-1929), *Revista da ABPN*, v. 6, n. 14, jul. – out. 2014, p. 63-90.

SANGLARD, Gisele. *Entre os Salões e o Laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a Ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. A Primeira República e a constituição de uma rede hospitalar no Distrito Federal. In: Porto, Angela, Sanglard, Gisele e Fonseca, Maria Rachel F. et al (org.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958 - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008a. cap.3.*

SANTOS, Leonardo Soares. Zona, sertão ou celeiro? A constituição do cinturão verde da cidade do Rio de Janeiro e seus impasses, 1890-1956. In: Sanglard, Gisele, Araújo, Carlos Eduardo M., Siqueira, José Jorge (orgs.). *História urbana: memória, cultura e sociedade – Rio de Janeiro: Editora FGV, p.251-277, 2013.*

SANTOS, Fernando S. D. dos e VERANI, Ana Carolina. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil no início do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez. 2010, p.401-420.

SCHMIEDEBACH, Heinz-Peter. Inspecting Great Britain: German Psychiatrists' Views of British Asylums in the Second Half of the Nineteenth Century. In: ROELCKE, Volker, WEINDLING,

Paul J. and WESTWOOD, Louise. *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany and the United States to World War II*. New York: University of Rochester Press, 2010.

SCULL, Andrew. *Madness in Civilization: A cultural history of insanity from the Bible to Freud from the Madhouse to Modern Medicine*. New Jersey: Princeton University Press, 2015

SEGAWA, Hugo. *Arquiteturas no Brasil 1900 – 1990*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

SENNETT, Richard. *Carne e Pedra*. Rio de Janeiro: BestBolso, 2016.

SILVA, Lucia. A Paris dos Trópicos: a Pequena África na época do Haussman tropical. In: Sanglard, Gisele *et al. Historia urbana: memória, cultura e sociedade*. Editora FGV. Rio de Janeiro. 2013

SILVA, Michelly Vieira da. *As cores da loucura no Rio de Janeiro imperial (1844-1888)*. Dissertação (Mestrado). Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, 2019.

SILVA, Renata P. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-escola Bourneville no início do século XX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.12, n.1, mar.2009, p.195-208.

SHORTER, Edward. *A history of psychiatry: from the era of the asylum to age of Prozac*. New York: John Wiley&Sons, 1997. Cap. 2.

THOMPSON, John D. e GOLDIN, Grace. *The Hospital: a social and architectural history*. New Haven and London: Yale University Press, 1975

TOMES, Nancy. *The art of asylum-keeping: Thomas Story Kirkbride and the origins of American psychiatry*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1994.

TOPP, Leslie. The modern mental-hospital in late nineteenth-century German and Austria: Psychiatric space and images of freedom and control. In.: *Madness, architecture, and the built environment: psychiatric spaces in historical context*. Leslie Topp, James E. Moran, and Jonathan Andrews. New York: Routledge, Taylor & Francis Group. 2011 p.241-261.

_____. Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture and Misunderstanding. *The Art Bulletin*, v 87, n 1, mar 2005, p. 130-156. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/25067159>. Acesso em: 26 abr. 2019.

VAZ, Lilian Fessler. Dos cortiços as favelas e os edifícios de apartamentos – a modernização da moradia no Rio de Janeiro. *Análise Social*, v XXIX, n 127, p.581-597, 1994.

VENANCIO, Ana Teresa A. e PONTEGY, Gisélia F (org.). *O asilo e a cidade: histórias da Colônia Juliano Moreira*. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

VENANCIO, Ana Teresa A. Da Colônia Agrícola ao Hospital Colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, p.35 -52, dez. 2011.

_____. Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.327-343.

VENANCIO, Ana Teresa A. e CARVALHAL, Lázara. Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. In: Duarte, Luiz Fenando D.; Russo, Jane; Venancio, Ana Teresa A. (org). *Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2005. p.65 – 83.

VENANCIO, Ana Teresa A. Doença mental, Raça e Sexualidade nas Teorias Psiquiátricas de Juliano Moreira. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v.14 (2), p.283-305, 2004.

_____. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, *História, Ciências, Saúde* . Manguinhos, vol. 10(3), p. 883-900, set.-dez. 2003.

VIDLER, Anthony. Agoraphobia: Spatial Estrangement in Georg Simmel and Siegfried Kracauer. *New German Critique*, n. 54, Special Issue on Siegfried Kracauer, p. 31-45 Duke University Press, Autumn, 1991. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/488425> Acesso em: 19 out.2018

VISCARDI, Claudia Maria R. *O teatro das Oligarquias: uma revisao politica do “Café com Leite”*. Belo Horizonte: Ed. C/Arte, 2001.

WERNER, Michael e ZIMMERMANN, Bénédicte. Beyond comparison: Histoire Croisée and the challenge of reflexivity. *History and Theory*, 45 feb. p 30-50, 2006.

WEIMER, Günter. *Arquitetura popular brasileira*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WHITAKER, Catherine Jean. *Almshouses and mental institutions in Michigan, 1871-1930*, Tese (History Department), University of Michigan, 1986

WOLFF. Kurt H. *The Sociology of Georg Simmel*. New York: The Free Press, 1964.

YANNI, Carla. The Linear Plan for Insane Asylums in the United States before 1866. *Journal of the Society of Architectural Historians*. v. 62, n. 1, p.24-4., mar., 2003, University of California Press on behalf of the Society of Architectural Historians. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3655082>. Acesso em : 27 abr. 2019

ZEISEL, John. *Inquiry by design: environmental/behavior/neuroscience in architecture, interiors, landscape, and planning*. New York : W.W. Norton &Company, 2006.

ANEXO A

Lista de circunscrição ou distrito policial por área de abrangência

Decreto Nº 6444 de 30 de março de 1907 (1)	Decreto Nº 1034-B, de 1º de setembro de 1892 (2) Decreto Nº 3889, de 31 de dezembro de 1900 (3)
	Circunscrição urbana
1º distrito – Candelária	1ª - Candelária
2º distrito – Santa Rita	2ª - Santa Rita (1º distrito)
3º distrito – Sacramento	3ª - Santa Rita (2º distrito)
4º distrito – Tiradentes	4ª - Sacramento
5º distrito – São José	5ª - São José (1º distrito)
6º distrito – Glória	6ª - São José (2º distrito)
7º distrito – Lagoa	7ª – Santo Antônio
8º distrito – Gamboa	8ª - Santana (1º distrito)
9º distrito – Espírito Santo	9ª – Santana (2º distrito)
10º distrito – São Cristóvão	10ª- Santana (3º distrito)
11º distrito – Saúde	11ª- Espírito Santo (1º distrito)
12º distrito – Santo Antônio	12ª -Espírito Santo (2º distrito)
13º distrito – Santa Teresa	13ª - Glória
14º distrito – Santana	14ª - Engenho Velho (1º distrito)
15º distrito – Engenho Velho	15ª - Engenho Velho (2º distrito)
16º distrito – Andaraí	16ª - Engenho Novo (1º distrito)
17º distrito – Tijuca	17ª- Engenho Novo
18º distrito – Engenho Novo	18 - São Cristóvão
19º distrito – Meier/Engenho de Dentro	19ª- Lagoa
20º distrito – Piedade	20ª- Gávea
21º distrito – Gávea	Circunscrição suburbana
22º distrito – Inhaúma	1ª - Inhaúma
23º distrito – Irajá	2ª - Jacarepaguá
24º distrito – Jacarepaguá	3ª – Campo Grande
25º distrito – Campo Grande	4ª – Santa Cruz
26º distrito – Guaratiba	5ª - Guaratiba
27º distrito – Santa Cruz	6ª - Irajá
28º distrito – Ilhas	7ª – Paquetá
29º distrito	8ª – Ilha do Governador

- (1) Dá novo regulamento ao serviço policial do Distrito Federal – lista dos distritos policiais na página 127
 (2) Marca as delimitações das circunscrições policiais do Distrito Federal
 (3) Delimita os limites das circunscrições policiais do Distrito Federal

Lista de Diagnóstico, agrupada, e com período de incidência nos prontuários

Alcoolismo (1890 – 1919)
Alcoolismo crônico (1890)
 Alcoolismo (demência precoce, epilepsia, imbecilidade, demência mental) (1903 - 1919)
Alienação mental (1890)
 Amênia (1910)
 Confusão mental (1903 – 1913)
 Debilidade mental (alcoolismo, psicose maníaco depressiva) (1913 -1918)
 Degeneração mental (delírio epilético) (1916-1918)
 Degeneração mental/inversão sexual (1916-1918)
Delírio (alcoólico, religião sistematizada, alucinatória) (1888-1891)
Demência (1892-1893)
Demência senil (1893)
 Demência precoce (1902 – 1919)
 Demência precoce (catatônica) (1902-1914)
Epilepsia (1893)
 Epilepsia (idiótica, alcoolismo) (1903-1913)
Estupidez (1893-1902)
Estupor alucinatório (1892)
Excitação maníaca (1892)
 Histeria (1905)
Imbecilidade (1893-1916)
Lipemania (delirante) (1891, 1892)
Loucura (alcoólica, periódica) (1892)
 Loucura maníaco depressiva (1914 -1919)
Meningo peri encefalite (1891)
Paranoia (1892)
 Psicose infecciosa pneumonia (1914)
 Psicose maníaco depressiva (1914)
 Psicose periódica (1914)
 Sífilis cerebral (1892 – 1916)

Observação:

Os diagnósticos em itálico correspondem à classificação de João Carlos Teixeira Brandão (Roxo, 1904)

Os diagnósticos em fonte normal correspondem à classificação de Emil Kraepelin (Moreira e Peixoto, 1905)

ANEXO B

Tabelas com demandas por melhorias nas colônias de alienados do Rio de Janeiro

Tabela 3.1 - Colônia de Alienados de Jacarepaguá: demandas por melhorias para atender às funções terapêuticas e de uso.

Ano do Relatório	Demanda dos relatórios ministeriais e do engenheiro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores	Motivo	Feita por	Classificação da demanda	Alcançado por
1924	Construção de um grande abrigo pavimentado, com bebedouros e instalações sanitárias para abrigar internos (concluídas).	Para que, em dias de chuva e de calor, evite-se que os internos fiquem nos dormitórios, cujas condições higiênicas piorariam por causa disso.	Diretor da Assistência Juliano Moreira	1	Internos
	Iniciado levantamento de uma cerca ao redor do abrigo.	Garantir a concentração de internos no abrigo e evitar que perturbem a ordem e o trabalho.		1	Internos
	Cozinha de emergência, de simples telha vã, chão cimentado etc.	Continuar alimentando os internos quando a caldeira única da grande cozinha tiver que ser limpa.		1	Internos
	Adaptação do velho engenho a oficinas de carpinteiro, ferreiro, pedreiro, pintor e alfaiate e instalação de um depósito para produtos de lavoura e guarda de instrumentos.	Garantir o bom funcionamento de todos os serviços da colônia e de seus resultados práticos, científicos e econômicos.		1	Internos
	Aumento do galpão para abrigo de carros e depósito de gasolina.			3	funcionários
	Construção de aviário.			1	Internos
	Construção de pontilhão no pomar.			1	Internos
	Reconstrução do portão de saída nos fundos da parte central da colônia.			2	Internos, médicos, enfermeiros, funcionários
	Instalação de pocilga.			1	Internos
	Restauração de muro da colônia.			1	Internos
	Conserto e conservação de estradas, caminhos, bueiros e pontes.			2	Internos, médicos, enfermeiros, funcionários
	Retificação do rio e consolidação das represas.			2	todos

Fonte: Relatórios do diretor da Assistência a Alienados e do escritório do engenheiro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Elaboração própria da autora.

Tabela 3.2 - Colônias de Alienados da Ilha do Governador: demandas por melhorias para atender às funções terapêuticas e de uso.

Ano do Relatório	Demanda do documento	Motivo	Feita por	Classificação da demanda	Alcançado por
1890 e 1891	Construção de um refeitório, despensa, banheiros e latrinas para alienados na Colônia de São Bento.	Adequação das instalações à atividade científica da colônia.	Diretor das colônias	1	Internos, médicos e atendentes
1890 e 1891	Construção de dois dormitórios na Colônia de São Bento.	Aumento das acomodações para os internos homens transferidos da Conde de Mesquita para a São Bento. A Conde de Mesquita tinha previsão de abrigar as 43 mulheres transferidas do HNA para as Colônias da Ilha.		1	Internos
1890 e 1891	Construção de um grande dormitório na Conde de Mesquita, cujos prédios foram reparados.			1	Internos
1891	Implantação de trilhos para transporte entre as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, distantes 2,5 km uma da outra.	Evitaria o constante embarque e desembarque na Praia de São Bento e a constante retirada dos internos da lavoura para ajudar, utilizando, assim, apenas a Praia do Galeão, onde já existe uma ponte para embarque e desembarque.	Diretor das colônias José Domingos Lopes (informa sobre o bom desempenho do trabalho de José Henrique Lima Barreto)	2	Internos, médicos e atendentes
1903 e 1904	Canalização de água de abastecimento para substituir os poços.	Melhoria das condições de saúde.	Engenheiro de obras do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.	2	Internos, médicos e atendentes
	Canalização dos esgotos.	Melhoria das condições de saúde.		2	Internos, médicos e atendentes
	Construção de enfermarias para moléstias comuns.	Adequação das instalações à atividade científica da colônia.		1	Internos
	Construção de galpão dormitório.			1	Internos
	Construção de ponte para desembarque em frente à Colônia de São Bento, com 150 metros de comprimento.	Melhor acesso à colônia.			Internos, médicos e atendentes

Tabela 3.2 - Colônias de Alienados da Ilha do Governador: demandas por melhorias para atender às funções terapêuticas e de uso (continuação).

Ano do Relatório	Demanda do documento	Motivo	Feita por	Classificação da demanda	Alcançado por
1903 e 1904	Reconstrução da ala esquerda Colônia de São Bento para acomodar 68 leitos.	Adequação das instalações à atividade científica da colônia.	Engenheiro de obras do Ministério da Justiça e Negócios Interiores	1	Internos
	Reconstrução de galpão para abrigo de doentes nos dias de calor e chuva.			1	Internos
	Reparações no edifício-sede da fazenda para utilização como administração, almoxarifado e depósito.	Adequação das atividades administrativas.		3	Atendentes e médicos
1910	Construção de casas para a implementação da assistência familiar.	Precariedade das instalações dos prédios da Ilha e pobreza do solo.	Engenheiro de obras do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e diretor das colônias da Ilha do Governador	1	Internos
	Construção de aposentos reservados para farmácia e enfermeiro e um pequeno serviço hidroterápico (Colônia de São Bento).			1	Internos e enfermeiros
1916	Conclusão da obra de canalização do abastecimento de água para as colônias				

Fonte: Relatórios do diretor da Assistência a Alienados e do escritório do engenheiro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Elaboração própria da autora.