

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

**ELIZA TEIXEIRA DE TOLEDO**

**A CIRCULAÇÃO E APLICAÇÃO DA PSICOCIRURGIA NO HOSPITAL**  
**PSIQUIÁTRICO DO JUQUERY, SÃO PAULO: UMA QUESTÃO DE GÊNERO**  
**(1936-1956)**

**Rio de Janeiro**

**2019**

**ELIZA TEIXEIRA DE TOLEDO**

**A CIRCULAÇÃO E APLICAÇÃO DA PSICOCIRURGIA NO HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO DO JUQUERY, SÃO PAULO: UMA QUESTÃO DE GÊNERO  
(1936-1956)**

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

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiana Facchinetti**

**Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ilana Löwy**

**Rio de Janeiro**

**2019**

Ficha Catalográfica

---

T649c Toledo, Eliza Teixeira de.

A circulação e aplicação da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo : uma questão de gênero (1936-1956) / Eliza Teixeira de Toledo. – Rio de Janeiro : s.n., 2019.

296 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2019.

Bibliografia: 262-280f.

1. Psicocirurgia. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Análise de Gênero na Saúde. 4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 617.481

---

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

**ELIZA TEIXEIRA DE TOLEDO**

**A CIRCULAÇÃO E APLICAÇÃO DA PSICOCIRURGIA NO HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO DO JUQUERY, SÃO PAULO: UMA QUESTÃO DE GÊNERO  
(1936-1956)**

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 Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiana Facchinetti – Orientadora (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ilana Löwy - Coorientadora (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société-Cermes3)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Magali Engel (Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal da Bahia)

---

Prof. Dr. André Mota (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Kaori Kodama (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

---

Prof. Dr. Flávio Coelho Edler (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

**Suplentes:**

---

Dr. Gustavo Queródia Tarelou (Pesquisador do Museu Histórico da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo)

---

Prof. Dr. Rômulo de Paula Andrade (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Rio de Janeiro

2019

*Esta tese é dedicada à minha mãe  
Neiva, minha avó Noeme, minha avó Lia  
e a todas às mulheres que me ensinam o  
sentido de ter coragem e fraternidade.*

*Para Talita Guerra, pela luz que trouxe  
para a minha vida, com saudades.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer à Capes por ter sustentado esse projeto durante quatro anos de pesquisa, me propiciando, ainda, fazer parte dele na França. Agradeço também à Fiocruz, por todo o apoio financeiro dado para as pesquisas de campo e eventos, parte fundamental da construção do trabalho. Ainda, obrigada a todos os funcionários e professores que fizeram parte desta trajetória, me ajudando sempre.

Meu muito obrigada à professora Kaori Kodama, que foi quem me abriu as portas para este doutorado na instituição. Sou profundamente grata a todos as amigades que fiz aí durante a minha formação e agradeço pelo apoio e carinho, especialmente: à Carolina Carvalho, Daiane Rossi e Thayane Oliveira, ao Allister Dias, Ygor da Cruz e Léo Dallacqua. Ao Luiz Alves, obrigada pelo amparo e toda a ajuda intelectual que se transformou em amizade, e à Raísa Capela, Bete Delamarque e Giulia Engel por serem minhas amigas de todas as horas.

Na UFMG, agradeço à Carol Vimieiro, pela motivação e inspiração, e à Isabela Dornelas, amiga da vida e do gênero. Obrigada também à Jéssica Bley, por ter me incluído em um momento tão precioso dos debates de gênero na universidade. À professora Rita de Cássia Marques, sem quem meu caminho na área não teria começado. À todas e todos do Grupo Scientia, minha eterna gratidão.

Ao querido Manuel Correia, por tantas trocas sobre o tema ao longo destes quatro anos. Meu obrigada também a Richard Cleminson, por toda a sua colaboração desde o meu mestrado.

Aos professores do Cermes3, Luc Berlivet e Jean-Paul Gaudillière, pelas boas-vindas e estímulo. Ao professor Nicolas Henckes, sem o qual parte significativa da tese não poderia ter sido bem concluída. Aos companheiros que fiz na breve estadia, mas que foram tão importantes por seu encorajamento: Alila, Priscila, Pierre e Vincent. Finalmente, à professora Ilana Löwy, que me ajudou desde o começo do projeto e me proporcionou estadia tão frutífera naquele laboratório.

Agradeço ainda à família Migeon, por sempre me acolher com tanto amor, e à Paula, por seu afeto.

Às “moças do Juquery”, Fátima, Ivone, Sueli, Marisa, Leninha, Valéria e Edna. Essa história não poderia ter sido contada sem o trabalho que vocês fizeram e não tenho

palavras para descrever o quanto a amizade de vocês representou para mim ao longo desses quatro anos. Agradeço também à Simone Rodrigues, ao Gustavo Couto de Oliveira e ao Paolo Pizzolato por terem confiado no meu trabalho e permitido esta empreitada. Especialmente ao Paolo, obrigada também por todas as contribuições na reta final da tese.

À Lívia Torquetti, Deise Rodrigues e Nick Ellerby, obrigada de coração por tantos conselhos. Ao Antônio Anunciação, Virgile Besson e Guto Teixeira Malaquias, obrigada sempre pela contribuição “exata” à amiga de humanas. Ao Gustavo Tarelow, “companheiro de pesquisa em meio às loucuras da história”, meu sempre “obrigada, amigo”.

Ao meu pai Elizeu e às minhas irmãs Mariana e Juliana, obrigada por tudo o que vocês são e fazem por mim. Ao Rick e ao Samuel, com quem a vida nos presenteou. A todas as minhas tias e aos tios, primas e primos, obrigada sempre pelo seu apoio. À minha mãe, meu eterno porto seguro e fonte inesgotável de amor, obrigada por estar sempre ao meu lado. Amo vocês.

Obrigada à professora Cristiana Facchinetti, por ter acreditado no projeto, por todas as possibilidades que me fez ver, pelo exemplo, pela dedicação e por todo o carinho.

Agradeço imensamente à cada um dos professores e pesquisadores que aceitaram fazer parte desta banca: Magali Engel, André Mota, Kaori Kodama, Flávio Edler, Rômulo Andrade e Gustavo Tarelow. Obrigada pelo tempo e atenção que colocaram no trabalho, com olhares tão experientes.

O que apresento aqui é, graças a vocês, o fruto de uma rede de uma solidariedade que se criou em torno da história da psicocirurgia no Juquery. O processo de escrita, certamente, me mostrou que eu tenho a melhor família e as melhores amigas e amigos do mundo.

## RESUMO

Esta tese discute historicamente o uso da psicocirurgia em um dos maiores hospitais da América Latina entre os anos 1930 e 1950: o Hospital Psiquiátrico do Juquery, situado no estado de São Paulo, onde ocorriam cerca de um terço das internações psiquiátricas do Brasil naquele período. Foi naquela instituição que a terapêutica psiquiátrica, uma das mais controversas do século XX, encontrou seu primeiro espaço de aplicação após as tentativas cirúrgicas começadas em Portugal, em 1936. Na dianteira da recepção da psicocirurgia em nível internacional, o Juquery apresentou um intenso investimento na utilização da terapêutica, o que foi possível graças a especificidades da população internada, à estrutura e aos profissionais da instituição asilar, à organização sociopolítica do contexto e aos princípios científicos orientadores da prática psiquiátrica. Concomitantemente, os registros médicos indicam que questões de gênero permearam a racionalidade terapêutica que organizou a utilização da psicocirurgia no Juquery, refletidas em níveis de tolerância distintos para comportamentos disruptivos de homens e mulheres que puderam ser analisadas nas indicações e resultados das intervenções cirúrgicas. As fontes primárias nos permitiram, ainda, ter acesso ao impacto de novas demandas de ética médica e direitos humanos sobre o uso da terapêutica em nível local, refletindo no seu decréscimo pouco antes da inserção do uso de psicotrópicos na instituição.

**Palavras-chave:** História, psiquiatria, psicocirurgia, gênero, São Paulo.



## **ABSTRACT**

This thesis discusses the history of psychosurgery in one of the largest hospitals in Latin America between the 1930s and 1950s: Juquery Psychiatric Hospital, located in the state of São Paulo, where occurred about a third of the psychiatric hospitalizations in Brazil at that time. It was in that institution that psychiatric therapy, one of the most controversial of the twentieth century, found its first space of application after the surgical attempts begun in Portugal in 1936. In the forefront of the reception of psychosurgery at the international level, Juquery presented an intense investment in the use of therapy, which was possible due to the particular situation of the hospitalized population, the structure and the professionals of the asylum, the sociopolitical organization of the context and the scientific principles guiding psychiatric practice. Concurrently, medical records indicate that gender issues permeated the therapeutic rationality that organized the use of psychosurgery in Juquery, reflected in distinct levels of tolerance for disruptive behaviors of men and women that could be analyzed in the indications and results of the surgical interventions. The primary sources also allowed us to have access to the impact that new demands of medical ethics and human rights have on the use of therapeutics. at the local level, reflecting their decline shortly before the insertion of the use of psychotropics in the institution.

**Keywords:** History, psychiatry, psychosurgery, gender, São Paulo.

## RÉSUMÉ

Cette thèse analyse historiquement l'utilisation de la psychochirurgie dans l'un des plus grands hôpitaux de l'Amérique Latine entre les années 1930 et 1950: l'Hôpital Psychiatrique du Juquery, situé dans l'état de São Paulo, qui représentait environ un tiers des hospitalisations psychiatriques au Brésil à cette époque. C'est dans cette institution que la thérapie psychiatrique, l'une des plus controversées du XXe siècle, a trouvé son premier espace d'application après les tentatives chirurgicales effectuées au Portugal en 1936. À l'avant-garde de l'accueil de la psychochirurgie au niveau international, le Juquery a présenté un investissement important dans l'utilisation de la thérapie grâce aux spécificités de la population hospitalisée, à la structure et aux professionnels de l'asile, à l'organisation sociopolitique du contexte et aux principes scientifiques guidant la pratique psychiatrique du contexte. Parallèlement, les dossiers médicaux ont montré que les questions de genre imprégnaient la rationalité thérapeutique qui organisait les usages de la psychochirurgie dans cet hôpital. Cela se traduisait par des niveaux distincts de tolérance aux comportements déviants des hommes et des femmes qui ont pu être analysés dans les indications et les résultats des interventions chirurgicales. Les sources primaires nous ont également permis d'avoir accès à l'impact des nouvelles exigences de l'éthique médicale et des droits de l'homme sur l'utilisation de cette thérapie au niveau local, ce qui a influencé son déclin peu de temps avant l'insertion des psychotropes dans l'institution.

**Mots-clés:** Histoire, psychiatrie, psychochirurgie, genre, São Paulo.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Capítulo II

- Imagem I:** Gráfico da Divisão Administrativa do Hospital Central de Juquerí (*Arquivos do Serviço Nacional de Doentes Mentais*, 1943: 737). Página 113
- Imagem II:** Correspondência enviada de Egas Moniz a Antônio Carlos Pacheco e Silva, 1948. Página 281
- Imagem III:** Correspondência enviada de Egas Moniz a Antônio Carlos Pacheco e Silva, 1953. Página 283
- Imagem IV:** Folha de Psicocirurgia com ilustração à mão da técnica parietal, 1947. Página 284

### Capítulo III

- Tabela I:** Número geral de psicocirurgia e seleção amostral Páginas 286-287
- Gráfico I:** Quantidade de operações por ano Página 131
- Gráfico II:** Distribuição de pacientes operados por “cor” Página 287
- Gráfico III:** Distribuição dos diagnósticos de incidência das operações por “cor” Página 288
- Gráfico IV:** Quantidade de operações por ano segundo o sexo Página 140
- Gráfico V:** Operações segundo a faixa etária Página 288
- Gráfico VI:** Distribuição dos diagnósticos de incidência das operações por sexo Página 289
- Gráfico VII:** Distribuição dos diagnósticos em pacientes do sexo feminino operadas Página 289
- Gráfico VIII:** Resultados das operações na população geral Página 290
- Gráfico IX:** Quantidade de saídas sem retorno e reinternações após a operação Página 290

<b>Gráfico X:</b> Reentradas após a operação segundo o sexo dos pacientes	Página 291
<b>Gráfico XI:</b> Autorizações por ano	Página 291
<b>Imagem I:</b> Autorização de pai para a leucotomia da filha menor de idade, 1950.	Página 292
<b>Imagem II:</b> Folha de conduta de paciente operada, 1947.	Página 293
<b>Imagem III:</b> Autorização concedida pela família para lobotomia de paciente adulta, 1951.	Página 294

#### **Capítulo IV**

<b>Imagem I:</b> Folha catamenial de paciente RG 31.957, 1947.	Página 295
<b>Imagem II:</b> Carta da família de paciente de 26 anos operado, 1950.	Página 296

## **LISTA DE SIGLAS**

AAPESP – Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo

ADAPESP – Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo

CPDOC – Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

IMASJM – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

HC – Hospital Central (Juquery)

IPUB – O Instituto de Psiquiatria da UFRJ

MH-FMUSP – Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

PF – Pavilhão Feminino (Juquery)

PM – Pavilhão de Mulheres (Juquery)

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Juquery)

SBPNML – Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal

SBPSP – Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

## SUMÁRIO

		<b>Páginas</b>
<b>I.</b>	<b>Introdução</b>	<b>12</b>
<b>a.</b>	Entrada no mundo dos dossiês médicos: história de uma pesquisa e técnicas de análise	20
<b>b.</b>	Uma abordagem de gênero para uma história (trans)cultural das ciências e da tecnologia: referenciais teórico-metodológicos	33
<b>1.</b>	<b>O enquadramento da psicocirurgia: desenvolvimento e disseminação da terapêutica</b>	<b>39</b>
<b>1.1.</b>	Entre os marcos do somático e do psíquico: associação entre a psiquiatria e a neurologia nos séculos XIX e XX	40
<b>1.2.</b>	Psicocirurgia entre a neurologia e a psiquiatria: organicismo, experimentação e cirurgia	45
1.1.1.	Psicocirurgia a partir da leucotomia pré-frontal	49
<b>1.3.</b>	Críticas, instabilidade e controvérsias	57
<b>1.4.</b>	Circulação internacional da psicocirurgia: a terapêutica em diferentes contextos nacionais	64
1.4.1.	O Brasil no mapa da psicocirurgia	70
<b>2</b>	<b>Psiquiatria no Brasil e a apropriação da psicocirurgia pelo corpo médico do Juquery</b>	<b>82</b>
<b>2.1.</b>	Breve história da psiquiatria no Brasil	83
2.1.1.	Conformação da especialidade psiquiátrica no país e suas relações com os saberes neurológicos	85
2.1.2.	Hospital Psiquiátrico do Juquery no processo de institucionalização da psiquiatria em São Paulo	88
<b>2.2.</b>	Apropriação paulista da psicocirurgia	94
2.2.1	Juquery: Um lugar profícuo para a psicocirurgia	95
2.2.2.	Egas Moniz e os médicos paulistas: redes de sociabilidade que viabilizaram a chegada da terapêutica ao Hospital Psiquiátrico do Juquery	100
2.2.3.	O Juquery no contexto da psicocirurgia: princípios científicos e configuração institucional	111

<b>2.3.</b>	A “leucotomia parietal” e a “leucotomia em três tempos	118
2.3.1.	Leucotomia parietal	121
2.3.2.	Leucotomia em três tempos	123
<b>3.</b>	<b>A prática psicocirúrgica no Juquery</b>	<b>128</b>
<b>3.1.</b>	Psicocirurgia nos prontuários do Juquery: especificidades da documentação e levantamento estatístico	129
3.1.1.	As informações sobre a psicocirurgia dentro do prontuário	129
3.1.2.	Quantificação das cirurgias	130
<b>3.2.</b>	Perfil dos internos operados	134
3.2.1.	Os internos do Juquery nas publicações médicas: representações socioeconômicas	134
3.2.2.	Perfil geral de uso da psicocirurgia no Hospital	136
3.2.2.1.	“Cor”/ “Nacionalidade”	137
3.2.2.2.	Perfil dos internos em relação ao “sexo”	139
3.2.2.3.	Psicocirurgia em pacientes menores de idade	142
3.2.2.4.	Diagnósticos recorrentes nos formulários das psicocirurgia	148
3.2.2.4.1.	Esquizofrenia	150
3.2.2.4.2.	Epilepsia	155
3.2.2.4.3.	Personalidade psicopática e outros diagnósticos	159
<b>3.3.</b>	Sobre o resultado das intervenções	164
3.3.1.	Parâmetros médicos para o efeito das cirurgias	164
3.3.2.	Complicações, sequelas e casos de morte	167
3.3.3.	Instabilidade dos resultados	171
<b>3.4.</b>	A dupla inscrição: psicocirurgia e Colônia Feminina	172
<b>3.5.</b>	Psicocirurgia e pacientes do sexo masculino: dados da análise quantitativa e trajetórias	177
<b>3.6.</b>	Autorizações, pavilhões e direitos humanos	181

3.7.	Reflexões acerca da análise dos dossiês médicos	189
<b>4.</b>	<b>Psicocirurgia e relações de gênero</b>	192
4.1.	Da medicalização: gênero e práticas medicamentosas do último quartel do século XIX e nas primeiras décadas do século XX	196
4.2.	Psicocirurgia e gênero: racionalidade terapêutica e diferenças de gênero em outros contextos nacionais	202
4.3.	São Paulo: relações de gênero presentes na organização social paulista	209
4.4.	Gênero e psicocirurgia no Juquery: um olhar ampliado por meio de estudos de caso	216
4.4.1.	Primeiros indícios: psicocirurgia e gênero nas publicações médicas	216
4.4.2.	Gênero e psicocirurgia nas páginas dos dossiês médicos	222
4.4.2.1.	Psicocirurgia, gênero e sexualidade	222
4.4.2.2.	Psicocirurgia, gênero e agressividade	228
4.5.	Psicocirurgia e gênero no Juquery: um balanço geral	235
<b>II.</b>	Considerações Finais	241
<b>III.</b>	Referências Bibliográficas	252
<b>IV.</b>	Anexos	281



## I. Introdução

Em 1950, os médicos do Hospital Central do Juquery<sup>1</sup> enviaram Ana, uma de suas pacientes diagnosticada com “demência epilética”, para a Colônia Feminina, para onde usualmente eram transferidas as pacientes em processo de cronificação<sup>2</sup>. Apesar do “tratamento adequado” com anticonvulsivos ter praticamente suprimido suas crises convulsivas, segundo os médicos que a acompanhavam, seu comportamento contraindicava a saída da instituição, pois que “pueril” e “irresponsável”. Considerada em estado crônico, diferentemente de outras pacientes julgadas crônicas e que passaram pela psicocirurgia antes de serem enviadas à Colônia, os psiquiatras não consideraram Ana “desviada a ponto de sugerir leucotomia<sup>3</sup>”.

A leucotomia, também popularmente conhecida como “lobotomia”, foi a primeira de diferentes técnicas cirúrgicas às quais me refiro neste trabalho pelo termo *psicocirurgia*. Criada em 1936 pelo neurologista português Egas Moniz (1874-1955), a *leucotomia pré-frontal* deu origem, entre outras técnicas, à *lobotomia pré-frontal*, aplicada pelo psiquiatra Walter Freeman (1895-1972) e pelo neurocirurgião James Watts nos Estados Unidos naquele mesmo ano. Nessa terminologia se inserem também e a *lobotomia transorbitária*, desenvolvida por Freeman em 1946, e outras variações dessas técnicas, como a *leucotomia em três tempos*, do médico paulista Mário Yahn (1904-1994). De maneira geral, *psicocirurgia* designa um conjunto de métodos cirúrgicos em um cérebro anatomicamente normal para o tratamento de doenças mentais e comportamentos inadequados (MASIERO, 2003; RAZ, 2013).

A tese que apresento aqui investiga desde o desenvolvimento da terapêutica até sua legitimação e circulação na prática psiquiátrica, em vias de discutir seu uso no Hospital do Juquery, localizado no estado de São Paulo. A partir dessa análise, discutirei o que foi a psicocirurgia para, em seguida, analisar como o Juquery fez parte dessa história, graças a sua configuração institucional, o modelo epistemológico que vigorava

---

<sup>1</sup> Hospital psiquiátrico inaugurado pelo psiquiatra paulista Francisco Franco da Rocha (1864-1933), segundo modelo de colônia agrícola. Naquela ocasião, o município no qual o hospital se localiza recebeu o nome do médico, assim como a estação de trem, anteriormente chamados “Juquery”. Franco da Rocha: História da Cidade. Prefeitura de Franco da Rocha. Disponível em <http://www.francoarocha.sp.gov.br/franco/index/acidade/1>. Acesso em 12 fev. 2019.

<sup>2</sup> A cronicidade se revelava no século XIX como um aspecto suplementar da alienação mental, relativo à sua perpetuação no tempo: representava a “maneira específica da alienação perdurar no tempo em confronto com a ideia *a priori* da curabilidade”. (VENANCIO, 1990: 125).

<sup>3</sup> Dossiê RG 46.170, SAME/Juquerí.

ali, passando pelo grupo de profissionais implicados em seu uso (psiquiatras e neurocirurgiões), e as especificidades de sua utilização, abordadas por meio dos dossiês clínicos da instituição. Da circulação à localização, da localização à prática, analiso aqui uma versão da história da chegada e uso da psicocirurgia ao Brasil entre 1936 e 1956.

Na cultura geral, a psicocirurgia é frequentemente associada a ideias de “controle” e “castigo”, consideradas como a principal motivação para sua aplicação em pacientes psiquiátricos em diversas partes do mundo. De fato, falar da terapêutica gera sempre reações de desconforto. Ao apresentar minha pesquisa, me deparei de maneira recorrente com o questionamento de como a medicina pôde recorrer a um artifício tão “bárbaro”. Ela é também habitualmente associada a uma terapêutica voltada especialmente para pacientes do sexo feminino, aspecto que parece produzir consenso entre os mais diferentes ouvintes. O espanto vem, quase sempre, quando localizo o estudo geograficamente: “Mas faziam isso no Brasil?”. A resposta é “sim”, e entender de que maneira a utilizaram no maior hospital psiquiátrico brasileiro da época é meu principal objetivo aqui.

O projeto que deu origem a esta tese partiu de questionamentos e percepções gerais como os expostos acima e que me acompanharam desde meu mestrado. A pesquisa que resultou em minha dissertação, intitulada “*A Vida Sexual (1901-1933) de Egas Moniz: um discurso médico-científico sobre os corpos sexuados*” (TOLEDO, 2015) foi, desde o começo, entremeada pelo meu anseio de conhecer um pouco da história da psicocirurgia no Brasil. Ainda que os temas não estivessem diretamente relacionados, descobri por meio dela que o autor da obra *A Vida Sexual*, que me servia como principal fonte de investigação, era também responsável pela elaboração da técnica denominada como leucotomia cerebral. Pela inovação terapêutica relacionado ao desenvolvimento dessa técnica, Egas Moniz, professor de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (CABRAL FILHO et al, 2000), foi condecorado com o Nobel de Fisiologia / Medicina em 1949. Tal descoberta apenas aumentou meu interesse no estudo da obra *A Vida Sexual*, ao reforçar a relevância histórica de seu autor, figura célebre em Portugal no campo das ciências médicas e na política<sup>4</sup>. Somando-se ao viés de gênero que

---

<sup>4</sup> Moniz ocupou diversos cargos importantes em Portugal nos anos 1910, como o de ministro dos Negócios Estrangeiros, de ministro plenipotenciário de Portugal em Madrid e de líder da Delegação Portuguesa na Conferência de Paz de Versalhes, além de ter fundado, em 1917, o Partido Centrista (TOLEDO e VIMIEIRO, 2018: 70).

orientava minha dissertação, tive acesso ao artigo *A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros* (2003), no qual André Luís Masiero informava que não era possível saber quantas cirurgias haviam sido feitas nos hospitais locais, mas que, apenas no Juquery, até 1949, teriam sido cerca de setecentas, “quase todas em mulheres” (MASIERO, 2003: 561).

Ao fim do mestrado, tive contato com a obra *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (YAHN et. al., 1951). No prólogo, Egas Moniz enaltecia o trabalho elaborado por três médicos que aplicaram a psicocirurgia no Hospital do Juquery e cujo resultado serviria à “honra da psicocirurgia brasileira” (YAHN et al., 1951a: XXII)<sup>5</sup>. Naquele estudo, Mário Yahn (psiquiatra do hospital de 1938 a 1951), A. Mattos Pimenta (neurocirurgião do hospital) e Afonso Sette Junior (assistente de neurocirurgia do hospital) divulgavam uma compilação de artigos sobre a psicocirurgia publicados por eles desde a década de 1940<sup>6</sup>. Essa compilação corroborava a afirmação de Masiero (2003): seus resultados advinham da aplicação da terapêutica em 400 pacientes do Juquery, todas do sexo feminino, maiores e menores de idade.

Assim, esta pesquisa nasceu, fundamentalmente, do esforço de compreender por que esses médicos publicaram uma obra com os resultados de cerca de dez anos de investigação sobre a psicocirurgia no Juquery que apresentava intervenções feitas apenas em pacientes mulheres. Na medida em que não há em nenhum dos artigos ou mesmo na obra qualquer justificativa explícita para essa seleção, esta e outras perguntas me orientaram para a leitura da publicação e para a pesquisa que se seguiu. Os médicos apresentavam nesses trabalhos o tratamento pela psicocirurgia em todos os pacientes operados naquele hospital até a apresentação dos resultados em 1951? Ou foram ali publicados apenas os casos de pacientes tratados pelos médicos autores daqueles artigos – isto é, haveria no universo daquela instituição outros internos do sexo feminino e masculino que também haviam sido operados?

---

<sup>5</sup> Ao final de Moniz, segue a lembrança do status que ele havia alcançado dois anos antes graças à leucotomia: abaixo de seu nome, ao fim do prólogo, lê-se “Prêmio Nobel” (YAHN et al., 1951a: XXII).

<sup>6</sup> Esses artigos foram, ao longo dos anos, divulgados nos periódicos *Arquivos de Assistência do Estado de São Paulo* e *Arquivos de Neuropsiquiatria* (ambos do São Paulo), *Imprensa Médica* (Rio de Janeiro), *Neurobiologia* (Recife) e *Actas Luso-espanholas de Neurologia y Psiquiatria* (Madrid). Essa difusão nos indica o alcance de tais publicações em nível nacional e internacional. Os autores ressaltam ainda que ao fim dos capítulos constam resumos em inglês e francês, cuja intenção era facilitar o trabalho de especialistas nacionais e estrangeiros na busca por uma “ideia rápida e sumária do conteúdo de cada um deles” (YAHN et al., 1951a: VI).

Na tentativa de responder a essas perguntas, a minha investigação se dedicou a identificar outras fontes secundárias sobre o tema, bem como buscar um maior número de trabalhos de médicos do Juquery e de outras instituições no período. Esse primeiro levantamento demonstrou que o universo de internos do hospital que haviam passado pelo procedimento não se resumia àquele exposto nos artigos e na obra de 1951. Demonstrou, também, que outros trabalhos historiográficos sobre a temática recorrem exclusivamente a essas fontes, não incluindo dossiês clínicos (MASIERO, 2003; CARDOSO, 2011)<sup>7</sup>. O levantamento evidenciou, ainda, o destaque do Hospital do Juquery em relação à terapêutica dentro e fora do país.

Além disso, publicações administrativas de órgãos federais do período informavam, cada vez mais, sobre a relevância do Hospital do Juquery em termos numéricos e científicos dentro da assistência a alienados no Brasil. Um exemplo é o texto de Oswaldo de Camargo, relator da Seção de Cooperação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, de fins da década de 1940. Nele, Camargo ressaltava a necessidade de inspetores em São Paulo, Minas e Estado do Rio, ao que ele sugere *a admissão de três novos inspetores para servir naquelas unidades*<sup>8</sup>, ou, pelo menos, um para ficar sediado em São Paulo”. Esta solicitação era feita em função do grande vulto de pacientes naquele estado, que administrava “pelo menos 20 estabelecimentos, abrigando um total de enfermos equivalente a mais de 1/3 dos internados do país” (CAMARGO, 1949, 278).

No que diz respeito à historiografia, esta indicou o estado de São Paulo como centro privilegiado de circulação e apropriação de terapêuticas biológicas<sup>9</sup> no país (MASIERO, 2003; TARELOW, 2013). Encontramos ainda, no momento da difusão da psicocirurgia no Brasil, informes como o do neurocirurgião carioca Paulo Niemeyer (1914-2004) que apontava que a leucotomia teve, de início, maior aceitação entre “cirurgiões e psiquiatras do hospital do Juquery, que a praticaram em larga escala” (NIEMEYER, 1949: 11). Já pesquisadores como Masiero (2003) chamam a atenção para a rápida recepção da psicocirurgia naquela instituição e para a elaboração de variações

---

<sup>7</sup> O que não desvaloriza os trabalhos desses autores e sua importante contribuição para a área. A expansão das fontes com o uso de registros clínicos impõe vantagens e limitações, pois eles também são explorados de forma parcial. As publicações médicas às quais me refiro foram utilizadas como bibliografia secundária ao longo da tese.

<sup>8</sup> Grafia original.

<sup>9</sup> Também chamadas de “terapias de choque”, tais intervenções terapêuticas “nascem da observação de que após alguma reação orgânica adversa, alguns pacientes apresentavam mudança em seu comportamento”. Essa denominação abarca piroterapias, convulsoterapias e comas hipoglicêmicos (TARELOW, 2013: 15).

inéditas que se deram no hospital. Também Brianne Collins e Henderikus Stam (2014), em estudo sobre a psicocirurgia em perspectiva transnacional, informam que a primeira cirurgia praticada fora de Portugal aconteceu em 1936 pelas mãos do neurologista Aloysio de Mattos Pimenta (PIMENTA, 1988), médico paulista do Juquery e uma das figuras centrais nas fontes mobilizadas. Além disso, a obra *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (YAHN et al., 1951a)<sup>10</sup> e os artigos publicados no periódico *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo* constituem documentos que indicam o intenso uso e experimentação da terapêutica naquele espaço, assim como os 431 dossiês clínicos sob a guarda do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)-Juquery nos quais foi mapeada a utilização ou a indicação da terapêutica.

No que diz respeito ao recorte temporal, a tese compreende os anos de 1936 a 1956, período que demarca desde o início das aplicações da psicocirurgia na instituição até o momento no qual encontramos a última confirmação de cirurgia feita no hospital. A quantificação dos casos encontrados nos dossiês médicos entre 1952 e 1955 demonstra uma queda abrupta da utilização da cirurgia naquele período. Este resultado contradiz a noção defendida por parte da bibliografia de que seu decréscimo numérico se deu, em geral, em função da difusão de psicofármacos de efeitos semelhantes em meados de 1950. Ainda que os registros médicos demonstrem a uso massivo de Amplictil (Clorpromazina)<sup>11</sup> no hospital a partir de 1955, a documentação primária evidencia a diminuição das cirurgias em momento anterior<sup>12</sup>. Veremos ainda como essa queda correspondeu também a algumas tensões internas relativas à utilização das cirurgias a partir de 1949 que só pudemos mapear graças à pesquisa aos dossiês clínicos.

Como objetivo central, a pesquisa investigou a utilização dessa tecnologia terapêutica no Hospital Psiquiátrico do Juquery, situado no estado de São Paulo, em uma análise que buscou considerar desde as bases epistemológicas e as redes científicas que

---

<sup>10</sup> Nessa obra, Yahn e seus colaboradores informam que foram feitas, até 1951, cerca de 700 intervenções cirúrgicas naquele hospital.

<sup>11</sup> *Amplictil* é um medicamento antipsicótico oral e/ou injetável que tem como substância ativa a Clorpromazina. é indicado para diversos sofrimentos psíquicos, como aqueles advindos da esquizofrenia.

<sup>12</sup> Isso não indica que o mesmo tenha acontecido em outros hospitais públicos ou privados, dentro ou fora de estado de São Paulo. Em 1956, Paulino Longo, Joy Arruda e J. Figueiredo pretendiam com o artigo *Lobotomia transorbitária - Resultados obtidos em 54 pacientes tratados em hospital privado* demonstrar “o real valor da técnica transorbitária”. Os resultados analisados provinham, nesse caso, de um hospital particular em São Paulo e o estudo foi publicado em um momento no qual os próprios médicos informavam que o uso de novos medicamentos e parecia possibilitar a diminuição do emprego da psicocirurgia (LONGO et al., 1956: 273).

amparam sua recepção e desenvolvimento no hospital, até as especificidades locais desse uso. Diante das diversas modificações que ela sofreu em relação aos diferentes contextos nos quais foi apropriada, concebo a psicocirurgia como uma tecnologia terapêutica abrangendo com o termo “tecnologia” todo o aparato científico que conduziu as operações e o estudo sistemático dos instrumentos e ferramentas empregados na sua aplicação (LEÃO, 2006: 144).

Em uma perspectiva mais ampla, os anos 1930 e 1950 demarcam o momento no qual os psiquiatras encontraram na psicocirurgia uma ferramenta que intencionava curar a um só tempo o doente e a psiquiatria (de seu viés mais subjetivo e psicodinâmico). Concebidas no enquadre organicista das terapias biológicas, a leucotomia e a lobotomia fizeram eco à “atribuição fisicalista a lesões ou má-formação cerebral para justificar determinados comportamentos ‘patológicos’” (TARELOW, 2013: 14), dessa vez por meio de uma prática cirúrgica. Uma perspectiva aprofundada na tese é a de que a psicocirurgia comportou uma visão estritamente biológica das doenças psíquicas, na medida em que consideram que “os desvios de comportamento claramente significavam uma doença cerebral” (BRASLOW, 1997: 124). A sua utilização esteve diretamente relacionada à construção da psiquiatria enquanto um dos domínios da biomedicina, uma vez que por meio dessa tecnologia pretendeu-se produzir a cura do mental através de intervenções materiais no cérebro.

Considero como ponto de partida a ênfase da psiquiatria na orientação organicista e localizacionista dos mais variados contextos científicos nacionais do início do XX, trazendo para o campo do mental alguns temas, como os mecanismos de transmissão hereditária, a biomedicina e a eugenia (ROELCKE, WEINDLING e WESTWOOD, 2010). Tais concepções biodeterministas passaram a nortear a prática psiquiátrica em diversos hospitais na Europa (como em Portugal) (PINA e CORREIA, 2012) e no Brasil (MUÑOZ, 2015; DIAS, 2015).

Identifiquei como primeira razão para a recepção “precoce” da leucotomia naquele hospital o caráter fortemente organicista que conduzia suas pesquisas e terapêuticas desde 1920. Em cima desse aspecto, elaborei também minha primeira hipótese em relação às mulheres: elas teriam sido preferidas em relação aos homens em função de uma visão mais organicista da “loucura” em relação ao “sexo feminino”. Ao longo da pesquisa, esses fatores mostraram-se parcialmente elucidativos. Mas eles não

explicavam a complexidade de informações que a documentação clínica trazia, como, por exemplo, as diferentes variações técnicas da psicocirurgia. A questão relativa às operações em mulheres, por sua vez, também se tornava mais intrincada. A figura de Mário Yahn, grande entusiasta da terapêutica, mostrou-se fator central do seu uso naquelas pacientes e surgia como uma solução para a questão quantitativa. Isso não explicava, contudo, aspectos intrínsecos a noções de gênero que emergiam dos dossiês clínicos. Além disso, o prólogo de Egas Moniz na obra de Yahn, Pimenta e Sette Jr. em 1951 (YAHN et al., 1951a), indicava grande reconhecimento das pesquisas naquele hospital e a possível circulação dos trabalhos desses médicos fora do país, além de sua produção intensa em francês. De alguma maneira, tudo isso estava ligado e servia para explicar a representatividade do Juquery dentro da história da psicocirurgia: uma atmosfera epistemológica propícia, sua participação na circulação internacional da terapêutica e a possibilidade de uso contínuo em um perfil de pacientes que se consolidava feminino, o que teria permitido o grande número de experiências e publicações daqueles médicos.

Assim, a pesquisa foi orientada para responder às seguintes questões: Como a psicocirurgia se estruturou epistemologicamente? O que esteve por trás de sua introdução no Juquery? Que atores históricos constituíram as redes de sociabilidade em torno da psicocirurgia e que modificações ocorreram no campo da tecnologia, da técnica e do conhecimento no processo de sua apropriação pelos psiquiatras do Juquery? Enquanto técnica experimental, a psicocirurgia foi ali utilizada em que perfil de pacientes, em função de que patologias e /ou sintomas? Ao fim, existiu, de fato um maior número de mulheres operadas naquele hospital? Se sim, que fatores influenciaram essa discrepância numérica? Que correlação o uso da psicocirurgia no Juquery manteve com noções circulantes de gênero? Afinal, o que significava ter uma conduta suficientemente desviada a ponto de que a psicocirurgia fosse indicada e este limite era o mesmo para homens e mulheres? Todas essas questões me orientaram na organização da tese, construída no sentido de se compreender melhor o que a terapêutica representava naquele momento em sentido global e o que foi a psicocirurgia praticada no Hospital Psiquiátrico do Juquery.

Para buscar responder a essas questões, o **primeiro capítulo** da tese se voltou para o processo de elaboração da psicocirurgia a partir da leucotomia e nos esclarece sobre a intencionalidade terapêutica e investigativa que motivou seu desenvolvimento. Este percurso é essencial, sobretudo diante de trabalhos contemporâneos que relegam a psicocirurgia ao rol das práticas “bizarras” que fazem parte da “medicina ruim” e não

compreendem como ela se tornou uma terapêutica médica possível, disseminada e premiada. Elucidar suas bases epistemológicas foi o primeiro passo para demonstrá-la como prática experimental pela qual se intencionava reafirmar a eficiência do conhecimento científico da área e como elemento de afirmação da psiquiatria como ciência médica, o que importa sobretudo diante da escassez de análises de cunho histórico sobre o tema no Brasil. Em um de seus itens, o capítulo tratou também da expansão da psicocirurgia em nível internacional como parte fundamental de sua construção e legitimação. Como atenta James Secord, citando Scott Montgomery, o trabalho científico é uma forma de conhecimento compartilhado: “comunicar é fazer ciência” (MONTGOMERY, como citado em SECORD, 2004: 661). Trilhar esse caminho nos ajuda a compreender como a psicocirurgia se configurou como “um procedimento cirúrgico de ponta em muitos países” (MARTYR e JANCA, 2018: 200, tradução minha), a despeito das críticas e controvérsias que despertava. É também essa análise ampliada que nos permite situar a psicocirurgia no Juquery na vanguarda da terapêutica em nível internacional.

No **segundo capítulo**, o enfoque é a apropriação paulista da psicocirurgia. Com o intuito de esclarecer como e porque o Hospital do Juquery se tornou um lugar profícuo para sua aplicação e estudos da terapêutica, este capítulo buscou situar a instituição no campo psiquiátrico no Brasil, procurando evidenciar algumas das especificidades do estado de São Paulo na psiquiatria nacional do contexto. Em seguida, ele investiga de que forma se articulou e se desenvolveu o processo de intercâmbio dessa tecnologia entre médicos paulistas e o neurologista português Egas Moniz (MONIZ, 1949; PINA e CORREIA, 2012, COLLINS e STAM, 2013). Para o mapeamento dessas redes de sociabilidade e científicas foram utilizadas fontes pouco mobilizadas pela historiografia, como correspondências e separatas de publicações enviadas por Egas Moniz a Pacheco e Silva, diretor do Juquery quando inicia-se a utilização da terapêutica no hospital. Essa análise desvenda ainda fatores epistemológicos e institucionais que viabilizaram a proficuidade da terapêutica no Juquery. Considerando que as transferências de saber de um país para outro respondem a necessidades locais de “impulsionar estratégias individuais e de grupos, de expandir novas esferas de competências ou de facilitar a aplicação de novas práticas e tecnologias” (FACCHINETTI e MUÑOZ, 2013: 240), teremos atenção às especificidades referentes a esse espaço hospitalar. Assim, após elucidar os caminhos da chegada da psicocirurgia ao Juquery, me detenho às



particularidades que permitiram ali o seu amplo desenvolvimento e a elaboração de duas variações da terapêutica, desenvolvidas por Mário Yahn e seus parceiros, e que foram reconhecidas internacionalmente, especialmente na França (FEUILLET, 1950; BARUK, 1952).

O **terceiro capítulo** diz respeito à análise dos resultados obtidos com os registros médicos das psicocirurgias realizadas no Hospital do Juquery. Essas fontes foram colhidas por meio de leitura sistemática dos dossiês clínicos de 1936 a 1956. A partir do levantamento e da organização desses dados, o capítulo apresenta quadros estatísticos que permitem compreender a terapêutica no Hospital em nível macro de análise. Complementarmente, esse conjunto estatístico foi elucidado, contraposto e enriquecido pela leitura de artigos de época, publicados pelos médicos do Juquery, e pelos relatos clínicos presentes na documentação. Para a problematização dos dados oferecidos pelas fontes clínicas, buscou-se também compreender diagnósticos e sintomas como construções sociais e não entidades neutras, autoevidentes e estritamente biológicas (ROSENBERG, 2002), mas fruto de elaboração social que circula e é apropriada diante de diferentes conjunturas sócio-históricas (GAVROGLU, 2007; FLECK, 2010). Com apoio deste referencial teórico foi possível destacar o quanto a aplicação da técnica psicocirúrgica esteve atravessada pela questão de gênero, seja do ponto de vista quantitativo, seja do ponto de vista qualitativo.

O **quarto capítulo** foi, então, elaborado no sentido de aprofundar a análise desses achados, destacando-se a influência de padrões de gênero no uso da terapêutica, o que contempla uma reflexão sobre as noções de desvio que compõem os registros e artigos médicos. Ao fim deste trabalho analítico as questões levantadas são retomadas no processo de verificação da hipótese inicial da pesquisa.

**a. Entrada no mundo dos dossiês médicos: história de uma pesquisa e técnicas de análise**

No final da década de 1960, Ackerknecht (1967) começou a chamar atenção para uma história da medicina que tratasse daquilo que os médicos faziam de fato, ao invés de uma história de seus discursos. Para tanto, ele propunha uma história feita a partir dos casos clínicos, tal como eles se apresentavam na documentação dos hospitais. Ao longo dos anos, quando se havia buscado essa fonte, muitas vezes isso foi feito apenas de forma

meramente ilustrativa, dispensando a compreensão mais profunda que permitiria o entrelaçamento entre critérios teóricos e discursivos e a prática da medicina mental.

A mobilização de registros médicos na produção historiográfica data, precisamente, deste período, partindo de uma tendência revisionista motivada especialmente pelos estudos foucaultianos e pela *École des Annales*<sup>13</sup> que contribuiu para a ampliação de questionamentos sobre a historiografia das ciências médicas<sup>14</sup>. Até então, as narrativas históricas desse campo possuíam um enfoque sobretudo biográfico, que contemplava seus “principais expoentes” e que partiam de uma visão evolucionista das teorias e instituições médicas. O anseio por superar essa historiografia tradicional e seu caráter laudatório e de alagar o “território do historiador” fez com que a história social da medicina se definisse sobre novas fontes, delimitando novos objetos de análise. Nesse contexto, o enfermo foi definido como personagem social e os arquivos clínicos passaram a ser vistos como um lugar de busca dessa perspectiva histórica (BERTOLLI FILHO, 1996, 2006).

A partir daquele momento, vemos o interesse cada vez maior pelas práticas médicas, o que acabou por levar alguns historiadores a buscar casos médicos institucionais, usando essas fontes para entender melhor a interação histórica entre pacientes e praticantes. Existem hoje algumas dezenas de histórias de instituições médicas no Brasil. Esta tendência historiográfica tem sido particularmente pronunciada no caso de uma história da loucura / doença mental, um tópico de pesquisa cuja popularidade parece florescer cada vez mais. Talvez as discussões sobre os diferentes sentidos que ganharam os males mentais e desvios, os atravessamentos por questões de gênero, classe e raça, assim como a duvidosa cura por meio das mais diversas tecnologias acabaram por atrair muitos pesquisadores.

---

<sup>13</sup> Movimento historiográfico nascido no começo do século XX na França, a Escola dos *Annales* reivindicou uma nova crítica às fontes historiográficas e a abertura para novos objetos de estudo histórico. Marcada principalmente pelo engajamento de nomes como Marc Bloch e Lucien Lebrun, a historiografia sobre o tema delimita diferentes gerações dentro do movimento entre os anos 1929 e 1979. Em sentido amplo, seus representantes buscavam orientar o interesse dos historiadores para novos temas, como a população e os costumes, e para a produção de trabalhos de cunho interdisciplinar (BURGUIÈRE, 1979; BARROS, 2010).

<sup>14</sup> Em paralelo à abordagem francesa, historiadores britânicos vinculados a um movimento de revisão do materialismo histórico propuseram uma discussão da “história vista por baixo”. Nesse panorama, Roy Porter (1985) foi um dos autores relevantes a destacar a importância de uma análise que abordasse o ponto de vista dos pacientes, demandando a análise de registros do passado como os prontuários médicos. Na historiografia norte-americana, essa abordagem ganhou força a partir de aproximações com a história social e com estudos pautados na perspectiva ontológica das doenças, relacionadas aos trabalhos de Owsei Temkin (1971).

Os registros clínicos psiquiátricos têm, desde então, ganhado atenção em trabalhos de história da medicina que procuram explorar a história da prática médica para além do que dizem as publicações (BRASLOW, 2000: 796). No campo internacional, encontramos trabalhos com dossiês psiquiátricos como fonte histórica em Craig (1991), Risse (1992), Huertas (2001), Wright e Saucier (2012) e Kelly (2016), entre outros. No Brasil, podemos citar brevemente o trabalho inaugural de Maria Clementina Cunha (1986) com os dossiês médicos do Hospital do Juquery e os trabalhos já consagrados de Magali G. Engel (1995, 2001) feitos com registros médicos do Hospital Nacional de Alienados. Encontramos ainda grandes contribuições para o campo nos trabalhos de Yonissa Wadi com a documentação clínica das primeiras décadas do século XX do Hospício São Pedro, de Porto Alegre (2002), o estudo de Jabert e Facchinetti (2011) com os registros clínicos do Sanatório Espírita de Uberaba da primeira metade do século XX, a pesquisa sobre terapêuticas somáticas no Hospital do Juquery nas décadas de 1920 e 1930, de Gustavo Tarelow (2013), o trabalho de Astor Torres e colaboradores (2014) sobre a malarioterapia no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre os anos de 1929 e 1930 e a pesquisa sobre erotismo e pederastia em dossiês clínicos do Pinel, em São Paulo, na década de 1930, de Paulo Ricardo dos Santos (2015), dentre outros.

Os prontuários, como denominados na historiografia, são dossiês clínicos que contém todo o histórico do paciente dentro do hospital, incluindo análises médicas da fisiologia, da patologia e dos procedimentos realizados durante a internação. Recorrer a esses documentos como fonte histórica nos possibilita acessar parte do cotidiano dos hospitais e, com isso, preencher algumas “brechas” dos discursos das publicações médicas<sup>15</sup>. As publicações, como material de difusão de resultados e teorias, têm um conteúdo que se assemelha à ciência dos manuais: são geralmente retratos mais retocados da realidade da internação e dos resultados terapêuticos (FLECK, 2010). Já as informações colhidas na documentação clínica, em função do seu acesso restrito e limitado, de sua função administrativa e processual no cotidiano asilar e das diversas mãos que preenchem as páginas do dossiê clínico de cada paciente, compõem um quadro polifônico sobre a rotina hospitalar. Esses documentos nos permitem “desvendar os

---

<sup>15</sup> Analisados como uma série documental, esses dossiês clínicos permitem visualizar elementos de continuidade e descontinuidade nas práticas hospitalares. Em diálogo com historiadores atentos à importância do cotidiano, como Michel de Certeau (2012) e Edward Thompson (2009), a reflexão através de evidências da vida ordinária dos hospitais permite formular hipóteses sobre o conjunto das práticas, mas também sobre o que foge a ele, as formas atípicas e os desvios na documentação.

mecanismos de funcionamento das instituições, as práticas adotadas para conduzir o seu cotidiano, as expectativas para com os internos e as relações interinstitucionais” (SALLA e BORGES, 2018: 102).

Vale destacar que essa é uma documentação de caráter oficial, produzida para o gerenciamento dos internos em diferentes instâncias. Por esse motivo, nunca é demais lembrar que o discurso dos pacientes, por vezes acessíveis nos dossiês médicos por meio de citações e registros feitos por ele (como cartas, poemas e desenhos) se encontra ali de maneira parcial e “filtrada” pelo saber-médico psiquiátrico (JABERT e FACCHINETTI, 2011). Ainda assim, as vezes é o único acesso aos discursos sobre essas vidas<sup>16</sup>. Em momentos de aspas e na construção do perfil social dos pacientes, surgem as características de um discurso encarnado que traz luz às experiências e mentalidades acerca da loucura no passado.

A maior parte do trabalho de pesquisa que nos proporcionou os resultados sobre o uso da psicocirurgia no Hospital do Juquery nasceu da investigação feita com os dossiês clínicos da instituição produzidos naquele período. O que a, princípio buscou investigar quantitativamente a aplicação da terapêutico segundo o determinante “sexo”, findou por nos dar muitas outras respostas sobre esse e outros aspectos da dinâmica da psicocirurgia no hospital. Este trabalho reafirma, certamente, o valor desse tipo de documentação para a produção de história das ciências biomédicas, especialmente para a história da psiquiatria. Por meio deles foi possível extrair dados relativos à população geral internada, uma análise que se impôs como algo essencial para a elucidação do tema da psicocirurgia no Hospital.

Para tal, foi necessário, primeiramente, recuperar do arquivo médico tudo aquilo que dizia respeito à psicocirurgia. Ao lado desse levantamento, era preciso conhecer os dados estatísticas da instituição que esclarecessem sobre o contingente de pacientes existentes ali, o que nos permitiria refletir sobre os nossos resultados. Cumpridas essas etapas, era imperiosa a leitura atenta do material clínico e a busca por elementos que poderiam compor o quadro estatístico. Mas de que maneira pude, diante deste acervo de caráter médico, extrair informações de cunho histórico e transformá-las em elementos calculáveis? Frente a uma grande massa documental e sua riqueza de informações, era

---

<sup>16</sup> Nesse sentido, é possível qualificar os dossiês clínicos como heterologias, ou seja, procedimentos de escrita sobre o outro. Na visão de Certeau (2011), as heterologias permitem um caminho analítico ao historiador para localizar e compreender os “ausentes da história”, investigando-os de forma tangencial.

preciso delimitar variáveis estatísticas que circunscrevessem a psicocirurgia dos dossiês clínicos em termos quantificáveis. Este foi um trabalho permeado por lacunas e obstáculos. Mais do que isso: foi um processo exaustivo de tradução de informações clínicas para dados estatísticos.

Investigando a hipótese sobre a discrepância numérica entre homens e mulheres<sup>17</sup> operados, procurei ter acesso ao universo geral da população internada. Não foi possível localizar censos do Juquery na maior parte da década de 1940, ainda que diversos arquivos voltados para esse tipo de documentação tenham sido consultados, como o Arquivo Público do Estado de São Paulo, o Arquivo Nacional e o Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Além disso, parte da documentação histórica do hospital – tanto clínica quanto administrativa - se perdeu em razão de um incêndio em 2005 (TARELOW, 2013: 98), que consumiu livros de registros dos pacientes e dossiês clínicos produzidos a partir da década de 1960<sup>18</sup>. Por causa disso, o SAME-Juquerí, acervo que condensa toda a documentação clínica analisada, não dispõe mais de censos oficiais da instituição e de obras que pertenciam à biblioteca do hospital.

Contudo, foi possível acessar estatísticas oficiais da instituição publicadas nos *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo* (CÉSAR, 1940: 443-460; CÉSAR, 1943: 299-333; 1949, ADAPESP, 1951: 79-89, PEÑA, 1952: 151-156), nos *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais* (CAMARGO, 1943; 734-743; SODRÉ, 1945: 319-326, SILVEIRA, 1949: 625-629)<sup>19</sup> e em Mapas de movimentação de doentes do Hospital Central do Juquery e da Divisão Colônias do Juquery enviados ao Serviço Nacional de Doenças Mentais. Esses últimos foram encontrados no fundo Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) (1950, 1953, 1954, 1955, 1956)<sup>20</sup> do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM).

---

<sup>17</sup> A separação segundo o sexo dos pacientes é feita em função da identificação presente nos prontuários. Por isso, ainda que essa organização binária do corpo sexuado seja limitadora e hierárquica, camuflando configurações identitárias e corpóreas muito mais complexas (SOHN, 2008: 109), nos apoiamos na divisão presente nas fontes.

<sup>18</sup> Pude comprovar *in loco* a inexistência do dossiê médico desse período ao buscar o registro de um paciente do sexo masculino citado em artigo da época. O seu número de registro remeteu a um dossiê que possivelmente se perdeu no incêndio ocorrido no hospital em 2005 (TARELOW, 2013).

<sup>19</sup> Os volumes de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo podem ser todos encontrados no acervo do IPUB, no Rio de Janeiro, e na Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública do Estado de São Paulo. O volume de 1949 do *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais* foram encontrados no IPUB e os dos anos de 1943, 1945 e 1955 na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro.

<sup>20</sup> Ver listagem nas Referências Bibliográficas, Bibliografia primária: “Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) - Mapas estatísticos”.

É importante destacar que, segundo a bibliografia de época, as primeiras operações foram realizadas no hospital em 1936 (PIMENTA, 1936). No caso da pesquisa aos prontuários, encontrei a primeira indicação para a terapêutica no ano de 1937. Contudo, como seu uso sistemático data de 1941 (cujas razões eu explico no capítulo III da tese), foi a partir daquele ano que elaboramos uma estatística geral de internações para homens e mulheres. Somadas às informações das estatísticas oficiais, foi possível estabelecer um mapeamento geral de pacientes do sexo feminino e masculino internados por ano no Hospital Central (GIVISIEZ, 2004). Essa elaboração nos deu uma porcentagem de 63,71% mulheres e 36,28% homens internados no Hospital Central entre os anos 1941 e 1956, data da última operação encontrada.

Entretanto, para demonstrar o tamanho da população feminina no asilo é preciso prestar muita atenção nos dados gerais. O Complexo Hospitalar do Juquery era, naquele momento, dividido em três instituições: Hospital Central, Colônias e Manicômio Judiciário. Em determinado momento da pesquisa, me deparei com censo demográfico do asilo referente ao ano de 1950 (AAPESP, 1951) que trazia dois mapas de movimentação de doentes do Hospital Central e da Divisão Colônias do Juquery. O mapa estatístico das colônias, para minha surpresa, havia sido preenchido apenas com pacientes do sexo masculino, não agregando o número de mulheres internadas nas Colônias Femininas. Ao buscar explicações para essa ausência, descobri que a Colônia Feminina<sup>21</sup>, criada em 1939, funcionava como anexo da Seção Feminina do Hospital Central (SNDM, 1943). O que isso informava? Que as estatísticas referentes às pacientes daquela seção faziam parte do total de pacientes do Hospital Central do Juquery.

Assim, ainda que os números produzam em um primeiro momento uma espécie de *trompe l'oeil*, que faz parecer que as mulheres não estão presentes nas colônias, a realidade é outra. Quando compararmos a proporção de mulheres internadas no Hospital Central (que representa o total de mulheres existentes em todo o Complexo do Juquery) à quantidade total de pacientes homens internados no complexo hospitalar no ano de 1950, há uma inversão numérica: a instituição passa a ser constituída por 39% de pacientes do sexo feminino (AAPESP, 1951).

---

<sup>21</sup> A primeira Colônia Feminina data de 1939 e aparece nos dossiês médicos como “1ª Colônia de Mulheres” ou, simplesmente, “colônia” / “colônias”. Não foi possível, entretanto, precisar a data da criação da segunda Colônia Feminina. Apenas podemos verificar a partir da documentação que ela já existia nos primeiros anos da década de 1950.

Portanto, ainda que o Hospital Central do Juquery tivesse ao longo de todo o período investigado um maior número de internações do sexo feminino, quando consideramos todo o Complexo Hospitalar (Hospital Central, Divisão Colônias do Juquery) e isso não contando ainda com os pacientes do Manicômio Judiciário<sup>22</sup>, a população torna-se predominantemente masculina, o que tornava a busca por explicação para o número de operações em pacientes mulheres ainda mais intrigante<sup>23</sup>. A organização espacial e administrativa do Hospital, que será melhor elucidada no capítulo II, nos esclarece sobre vários pontos da dinâmica da psicocirurgia. Por ora, resalto que ela explica sobre o universo de documentos clínicos que compõem minhas fontes. Este concerne ao Hospital Central e às Colônias (a de mulheres, anexa ao HC, e as de homens, que compunham a “Divisão Colônias do Juquerí”). Segundo informado pela direção do acervo histórico, com a desativação do hospital, o SAME-Juquerí condensou toda a documentação da Divisão Colônias do Juquery e do Hospital Central. Isso quer dizer que os registros médicos selecionados contemplam os registros de pacientes do Hospital Central e dessas colônias. O Manicômio Judiciário possui documentação própria e uma parte dela encontra-se hoje no Arquivo Público do Estado de São Paulo. Se encontrei dossiês de pacientes operados no Manicômio Judiciário, como veremos no capítulo III, foi porque após cumprirem pena, esses pacientes foram enviados para o Hospital Central ou para as Colônias. Como foram operados naquela instituição, optei por excluí-los na análise estatística, mas os dois casos fazem parte da análise qualitativa de uso em pacientes do sexo masculino.

Vale ressaltar que, com exceção das cirurgias realizadas no Manicômio, todas as demais foram feitas no Hospital Central. Alguns homens eram enviados das Colônias para o HC expressamente para serem operados. Essa dinâmica era inversa em relação às mulheres, o que veremos no capítulo III como parte constitutiva do ordenamento da terapêutica na instituição.

---

<sup>22</sup> O Manicômio Judiciário era destinado à internação dos condenados pela Justiça diagnosticados como doentes mentais. “Esse manicômio abrigou pacientes de ambos os sexos – ainda que os prontuários de mulheres sejam em número muito reduzido quando comparados aos dos homens” (RODRIGUES et al., 2016: 14-15).

<sup>23</sup> Segundo o SNDM, em 1943 o Hospital Central tinha 833 pacientes do sexo masculino e 2.647 pacientes do sexo feminino; e a “Divisão Colônias do Juquery” contava com 3.653 homens, o que aumenta o número geral para 4.486 homens internados somando-se os do Hospital Central e os das Colônias (SNDM, 1943). Segundo os mapas de movimentação de doentes enviados pela Direção das Colônias do Juquery ao SNDM, aquela divisão contabilizava 4.211 e 5.504 pacientes homens internados em 1950 e 1955, respectivamente (“Divisão Colônias do Juquery”, Movimento de Doentes, DINSAM, 1950 e 1955).

Em relação ao levantamento das fontes prontuárias, a pesquisa cumpriu, primeiramente, todos os requisitos necessários para trabalhos com documentação dessa natureza. O projeto foi, primeiramente, aprovado pela Direção Técnica do Complexo Hospitalar do Juquery e, em seguida, pelo Comitê de Ética Nacional. Em função de exigências éticas para a pesquisa, me comprometi, desde o início, a não identificar os pacientes por meio de nomes ou imagens (por isso os nomes, quando utilizados, são fictícios). Permitido o acesso ao arquivo, era preciso encontrar onde a psicocirurgia aparecia em meio a todos aqueles dossiês.

Para mapear os registros clínicos contendo as operações, foi preciso uma análise sistemática da documentação entre 1936 e 1956. No Juquery, a organização dos arquivos permanentes de documentos clínicos segue uma ordem numérica crescente, que corresponde ao número de registro (RG) dos pacientes. O mesmo paciente, caso tivesse nova entrada na instituição, tinha a nova admissão registrada com esse mesmo número. Assim, cada dossiê, designado por um RG, abriga informações das diferentes entradas de um mesmo paciente.

Como a documentação está ainda organizada como na época de uso médico, sem ter passado por processos de catalogação ou de descrição, foi preciso ler os dossiês, um a um, para constatar se o paciente havia ou não passado pela psicocirurgia. Devido a distância do acervo, que se localiza na cidade de Franco da Rocha, em São Paulo, minhas visitas à instituição foram delimitadas a duas visitas por ano. Nessas ocasiões, eu encontrava dossiês onde havia indicação da psicocirurgia que já haviam sido separados pelas funcionárias do acervo. Sem esse mapeamento feito por elas, o trabalho apresentado aqui não poderia, certamente, ter sido realizado. Tive, então, uma dupla sorte de pesquisadora: contei com profissionais extremamente interessadas pela documentação do arquivo, que guardam grande conhecimento adquirido por meio da leitura da documentação, e que faziam, naquele momento, um trabalho de conservação do material que cobria meu recorte temporal.

Em um mar de cerca de 67.435 dossiês clínicos que passaram por nossas mãos em quatro anos de pesquisa, foram encontrados 431 dossiês com referência à psicocirurgia. Em 367 deles, pudemos constatar que a operação foi feita pela avaliação de seus resultados feita pelos médicos ou por ela ter sido registrada no campo “tratamento feito” (quando da transferência, licença ou alta do paciente).



Foram localizados, também, 56 casos de indicação das terapêuticas, onde não podemos ter certeza se ela foi efetivada, apesar da indicação médica. Isso se deu, sobretudo, em função das lacunas existentes na documentação (que foi, inclusive, criticada pelos próprios médicos, como detalho no capítulo III). Ao lado dessas operações “incertas”, os 56 casos contemplam, também, situações em que os médicos desejaram fazer a cirurgia, mas não puderam devido a algum impedimento. Esse foi o caso de uma paciente com diagnóstico de esquizofrenia, com autorização da família para a operação em 1953, mas que não foi operada devido a suas “condições físicas precárias” (RG 46.006).

Há também 5 casos nos quais determinadas informações nos permitem concluir que a operação foi feita, mas não encontramos a data precisa, o que nos impunha problemas para a quantificação por ano ou para o tempo de internação até a operação. Um exemplo é o da paciente de 49 anos, branca, viúva, com diagnóstico de esquizofrenia crônica que faleceu em 1947 de insuficiência cardíaca. Na autópsia consta: "Estojo ósseo apresentando sinais de trepanação de ambos os lados da sutura, sendo que à esquerda apresenta dois orifícios. A dura-máter a esse nível já está cicatrizada". Como a paciente teve duas entradas anteriores, em 1940 e 1944, e não consta em qual delas foi feita a intervenção (apenas que a fez), não pude determinar o ano da cirurgia (RG 29.110).

Há ainda casos de três pacientes que passaram por psicocirurgia em outras instituições, antes de serem internados no Juquery: um deles, do sexo masculino, foi operado em “Campinas” (não especificam o hospital), e uma interna e outro interno foram operados no Instituto Paulista.

Assim, somando-se todos os relatos onde há apenas indicações para as cirurgias, aqueles com confirmação da mesma, mas sem a data de sua realização, e os casos de cirurgia ocorrida em outra instituição, temos 64 casos que contribuem para a elucidação da racionalidade terapêutica, mas que não fazem parte do quadro estatístico. Esses dossiês foram, contudo, assimilados à análise qualitativa. Excluídos os dois casos de pacientes operados no Manicômio Judiciário, foi a partir de 365 dossiês que elaboramos a análise estatística.

Deve-se levar em consideração, também, algumas falhas humanas que fazem parte do processo de coleta de fontes e dados. Há documentos que podem ter passado despercebidos em meio à leitura de tamanha documentação e não há estatística oficial que

ofereça a quantidade de cirurgias que foram realizadas no Juquery (seja em nível institucional ou estadual). Alguns outros podem até mesmo ter se perdido no incêndio ocorrido na instituição. Ainda assim, se compararmos a quantidade de operações encontradas em relação a pesquisas em instituições de outros países, temos em mãos uma quantidade substancial de casos de psicocirurgia. A pesquisa de Isabelle Perrault no *Hospital Saint-Jean-de-Dieu*, em Montreal, apresentou um total de 250 operações realizadas entre 1949 e 1956 (PERREAULT, 2012). Os estudos sobre o grande hospital *Sainte-Anne*, em Paris, por exemplo, informam ter encontrado documentação referente a 370 cirurgias feitas entre 1943 a 1950 (PARADA, 2016) e cerca de 100 operações teriam sido feitas no sistema público de saúde da Austrália Ocidental entre 1947 e 1970 (MARTYR e JANCA, 2018: 204).

Toda a documentação encontrada no SAME foi lida ao longo dos quatro anos de pesquisa. Esses dados, que surgem tão claramente no texto em forma de números, foram extraídos após um trabalho metódico de análise acompanhado da leitura de bibliografia sobre o tema. A planilha que compõe hoje esses dados passou por inúmeras reconstruções, fruto de trabalho constante de tentativa e erro, e ganhou contornos, finalmente, no último ano de pesquisa. Preenchê-la, segundo as variáveis estatísticas escolhidas após as “perguntas certas”, tomaria novamente tempo. Era preciso retomar parte da documentação e, diante do período para a finalização da escrita e da grande quantidade de dossiês clínicos, optei pela análise amostral que garantiria um nível de confiança de 90%, com uma margem mínima de 5%, de erro (NORMANDO et al., 2011; PATINO e FERREIRA, 2016). Foram selecionados por amostragem 156 dossiês médicos, 43% do total, suficientemente representativos daquilo que pude ler durante todo o período de pesquisa e escrita da tese. Os dados estatísticos apresentados neste trabalho, principalmente no capítulo III, foram construídos a partir dessa metodologia.

As informações coletadas a partir destes 43% foram extraídas sobre variáveis que, como disse, padronizei à medida que eu avançava na leitura das fontes e historiografia. A padronização de alguns elementos impôs problemas, como em relação à terminologia utilizada para as diferentes técnicas. Nesses casos, não há normatização na nomenclatura utilizada pelos médicos. Muitas vezes encontramos simplificações como os termos “leucotomia pré-frontal”, “lobotomia bilateral” que não nos permitem saber se os médicos utilizaram a variação de Egas Moniz ou de Freeman e Watts. Em alguns casos vemos especificações como “leucotomia de Freeman e Watts com incisão de Moniz”, em um

momento onde já havia também a técnica transorbitária de Freeman, e isso nos permite a diferenciação entre técnica de Egas, de Freeman e Watts e a transorbitária (desenvolvida em 1946). Assim, sempre que foi possível, procurei diferenciar os nomes das técnicas para o cálculo, com a intenção de contribuir com futuras estatísticas sobre o tema e de diferenciar o uso das técnicas ao longo dos anos. Quando não pude determinar, registrei a terapêutica apenas como “leucotomia”. Essa elaboração foi feita, sobretudo, em função da quantificação da leucotomia parietal e a leucotomia em três tempos.

Em relação aos diagnósticos, também foi necessária a padronização. Foi principalmente em torno deles que se organizou a análise do III capítulo. Esta organização analítica respondeu a critérios quantificáveis que dão inteligibilidade à terapêutica e dialogam com os artigos médicos de época e às categorias discutidas pela historiografia sobre o tema.

É preciso ter em mente que frequentemente acontecia de o diagnóstico dos pacientes mudar mais de uma vez ao longo da internação (variando, inclusive, em função do profissional que os analisava). Por esse motivo, nos casos em que os médicos não o citaram na indicação da cirurgia, procurei o diagnóstico dado na data mais próxima à operação. Além disso, alguns diagnósticos comportavam elementos de diferentes patologias, como, por exemplo, “típica síndrome de esquizofrenia paranoide, personalidade pré-psicopática de psicopata amoral”. Nesses casos, prevaleceu o elemento do diagnóstico mais relevante segundo as avaliações médicas ao longo do conjunto documental (nesse caso, personalidade psicopática). Em alguns dossiês, encontramos diagnósticos com grande detalhamento, como “epilepsia, rebaixamento mental acentuado, suspeita de quadro localisatório frontal (*sic*)”, que foram resumidos (nesse caso, como “epilepsia”). Entretanto, ao trabalhar qualitativamente com os casos, no capítulo IV, procurei citar diagnósticos buscando, ainda, aprofundar seus sentidos.

Os diagnósticos foram organizados nos seguintes grupos: alcoolismo, psicose maníaco-depressiva (inclui mania e melancolia), psicose pós-parto, psicose por lesão (encefalite, meningite e outras causas mecânicas e orgânicas neste item), parafrenia, psicose de involução, histeria, debilidade (que engloba oligofrenia, imbecilidade, idiota e deficiência mental), epilepsia, personalidade psicopática e esquizofrenia (que engloba todas as formas e suas associações, como, por exemplo, “esquizofrenia hebefreno-paranoide). Optei por destacar a esquizofrenia hebefrênica das demais (quando ela não é

associada a nenhuma outra classificação da patologia) pela recorrência de uso no diagnóstico e pela posterior contraindicação da psicocirurgia para esses casos. Para agrupar os grupos de diagnósticos, recorri ao manual *Psiquiatria Clínica e Forense* de Pacheco e Silva (1940).

Outro campo de quantificação diz respeito à idade dos pacientes, remetendo, principalmente, a um público específico operado que já chamava atenção nas publicações médicas: os pacientes menores de idade. Elaborei, ainda, a quantificação segundo os elementos “cor” e “nacionalidade”, “profissão” e referentes ao “pavilhão” no qual os pacientes estavam internados no momento da cirurgia. Especialmente em relação à busca por elucidar os pavilhões privilegiados de uso, conseguimos importantes resultados referentes ao perfil de internos selecionados para a psicocirurgia. Eles informaram ainda, sobre a relação entre a terapêutica e questões de gênero, sobre tensões internas à prática psicocirúrgica e sobre debates de caráter ético, esses últimos a partir de fins da década de 1940.

Outras categorias advieram da análise dos dossiês médicos e da sensibilidade adquirida na pesquisa. A leitura desses documentos chamou atenção para alguns temas que se repetem e que considerei relevantes para a análise, como “complicações”, “sequelas” e “morte decorrente do procedimento”. Foram também analisados quantitativamente os seguintes elementos: “idade no momento da cirurgia”; “tempo de internação até a cirurgia”; “resultados” das operações segundo critério médico (“remissão”, “melhora”, “não influenciado” e “piora”); se houve “saída (alta) justificada pela operação” e se, nesse caso, houve “reentrada” desses pacientes. Nos casos em que não havia nenhuma indicação clara sobre os efeitos das cirurgias, a variável “resultado” foi preenchida com “nada consta”. Não houve qualquer inferência em relação àquilo que os médicos consideraram nesses casos, diante do risco de imprecisão.

Observei também o fator de “transferência para as colônias”, elucidativo para os casos de pacientes do sexo feminino, e se havia anexo ao dossiê “autorização” da família ou da direção do hospital para a realização das cirurgias.

O levantamento e cruzamento dessas categorias utilizadas como variáveis estatísticas alarga nosso horizonte de compreensão para além daquilo que era publicado nos artigos científicos. Para a leitura dos resultados obtidos a partir da análise dessas fontes, precisamos também considerar mais do que nos informa a documentação. Como

bem aponta Jack Pressman (1998), o sucesso de uma terapêutica depende de uma série de fatores não ligados apenas às reações fisiológicas, mas também a papéis sociais e identidades relativos ao meio no qual os indivíduos se encontram, respondendo a perspectivas institucionais, à apreciação dos médicos, da família do paciente e do paciente em si. A história da psicocirurgia por meio dos dossiês clínicos confirma, nesse sentido, que “o emprego de uma determinada terapia é inteligível apenas em um dado contexto” (PRESSMAN, 1998:15-16, tradução minha).

Assim como Jack Pressman concluiu em relação ao *McLean Hospital* entre as décadas de 1930 e 1950, o uso da psicocirurgia no Hospital do Juquery, desde a seleção dos pacientes até o entendimento dos efeitos cirúrgicos, também envolveu diversos fatores. Alguns deles estavam ligados às especificidades epistemológicas da terapêutica que serviram de base para sua elaboração e aplicação em diferentes partes do mundo. Outros, como veremos, estavam ligados a características do contexto sócio histórico dessa instituição. Percorrer tais fontes segundo uma perspectiva analítica quantitativa e qualitativa nos permite esboçar, em um plano macro, alguns indicadores de como a psicocirurgia ganhou vida naquele hospital.

Os capítulos III e IV foram especialmente dedicados a discutir, na realidade do Juquery, algumas questões que Joel Braslow fez em relação ao *Stockton State Hospital*, na Califórnia: “Como um praticante [médico] decide empregar uma determinada intervenção e como ele julga se isso funcionou ou não? Como os meios institucionais, sociais, culturais e científicos conformam este julgamento?” (BRASLOW, 2000: 794; tradução minha). Assim, no capítulo III elaborei o perfil dos pacientes operados e como eles chegaram a se conformar como bons candidatos às psicocirurgias por meios de variáveis estatísticas. No capítulo IV, procuro me aproximar de trajetórias de pacientes que passaram pelas cirurgias, algo pouco explorado pela historiografia sobre a psicocirurgia de uma maneira geral (MARTYR e JANCA, 2018) e para isso recorri a uma categoria analítica não quantificável: o gênero. A partir dele, procurei compreender de maneira mais detalhada as indicações e resultados que os médicos depreendiam de visões de feminino e masculino correntes na época.

## **b. Uma abordagem de gênero para uma história (trans)cultural das ciências e da tecnologia: referenciais teórico-metodológicos**

Foi por perseguir uma resposta sobre as mulheres que vi o tema da psicocirurgia se alargar e mostrar uma dinâmica mais ampla, que nos fala sobre a história da psiquiatria, de suas terapias, do que era considerado doença mental, de como eram tratados os pacientes psiquiátricos, uma história do poder médico e de negociações em torno dele.

Segundo André Luis Masiero (2003) e Gustavo Queródia Tarelou (2013), a psicocirurgia era mobilizada pelos médicos após terem sido empregadas terapias biológicas que não haviam alterado o quadro mental do paciente. Seguiriam, nesse sentido, a indicação de Egas Moniz em *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses* [Tentativas operatórias no tratamento das psicoses] (1936) de que a leucotomia deveria servir ao tratamento de doentes considerados crônicos e incuráveis. Seu uso nesse hospital indicou, ainda, semelhanças com as aplicações feitas nos Estados Unidos, onde teriam também sido mobilizadas nesses casos (BRASLOW, 1997; PRESSMAN, 1998; JOHNSON, 2014). Assim, uma questão de cunho mais contingente e subjetiva foi compreender o que significava para os psiquiatras do Juquery um paciente crônico ou incurável, bem como suas modulações de acordo com questões de gênero, de classe, de raça, de idade, etc.

À medida que avancei no estudo da terapêutica, passei a recorrer à noção de *racionalidade terapêutica* que Joel Braslow (1997) mobilizou em seu estudo sobre a psicocirurgia nos Estados Unidos. Esse autor afirma que, para os praticantes de medicina, a doença e seu tratamento formam uma unidade quase inseparável e que ambos “legitimam e reforçam sua existência” mutuamente (BRASLOW, 1997: 5; tradução minha). Esse conceito me guiou na busca pela apreensão dos pressupostos científicos que, compartilhados por praticantes e pesquisadores da psicocirurgia, sustentaram seu uso, sua validação e sua circulação. De fato, compartilho a ideia de que essa racionalidade terapêutica se fundou, primeiramente, sobre o pressuposto psicopatológico organicista do início do século XX, segundo o qual “passou-se a procurar, através da anatomia patológica, correlações entre os sintomas e as presumidas alterações do tecido cerebral” (PESSOTTI, 2006: 113).

Vale também ressaltar que, para Braslow, quaisquer que sejam as consequências biológicas de uma terapia, elas são mediadas e interpretadas pela forma como os médicos

concebem a doença e sua cura. Nesse sentido, especificamente em relação à psicocirurgia, os médicos teriam desenvolvido uma racionalidade terapêutica por meio da qual passaram a poder interpretar os sinais e sintomas de seus pacientes no contexto da intervenção proposta, estruturando os sintomas “em doença tratável”. Tal racionalidade terapêutica não é, contudo, estanque, pois obedeceu às especificidades dos diferentes contextos de uso - nacional/local.

Já para a compreensão das relações científicas e das sociabilidades que organizaram o intercâmbio de ideias e práticas sobre a prática da psicocirurgia (dentro e fora dos discursos científicos), recorro ao conceito de *redes* de Bruno Latour (2004). Acredito, como Maria Teresa de Mello, que essa categoria comporta a ideia de que “O conhecimento científico é viabilizado pelas estratégias utilizadas pelos cientistas em construir aliados e interessar outros cientistas e não cientistas em seu empreendimento” (MELLO, 2012). A ideia de *redes* é bastante profícua para a compreensão de como a psicocirurgia se legitimou no meio médico, visto que, para Latour, a “veracidade” de enunciados científicos procede da manutenção contínua das redes que interligam diversos atores e permite a circulação dos “móveis imutáveis”<sup>24</sup> por eles produzidos (LATOURE, 2004: 17). Para ele, o controle e o domínio erudito não se exercem diretamente sobre os fenômenos, mas “sobre as inscrições que lhe servem de veículo, sob a condição de circular continuamente, e nos dois sentidos, através de redes de transformações – laboratórios, instrumentos, expedições, coleções” (LATOURE, 2004: 4). O argumento de Latour aproxima-se ao de Fleck, que defende que nas ciências não existem erros ou verdades completas, pois que o sentido e o valor de “verdade” residem na comunidade de pessoas (um coletivo de pensamento), que por meio da troca de ideias e do compartilhamento de um passado intelectual comum, “possibilitam seu feito para depois acolhê-lo” (FLECK, 2010: 83).

Outra importante discussão colocada pela sociologia da ciência diz respeito a como determinados cientistas constituem sua trajetória profissional a partir de empreendimentos técnico-científicos específicos (LATOURE, 1983; FLECK, 2010). Como será discutido ao longo desta tese, diversos atores do campo neurológico e psiquiátrico se mobilizaram em suas especialidades através da utilização das psicocirurgias e, principalmente, pela capacidade de elaborar enunciados baseados em

---

<sup>24</sup> *Móveis imutáveis* designa inscrições elaboradas pelos cientistas que permitem o registro e a circulação de sua tradução de “realidades empíricas”. Os mapas seriam um exemplo (MONTEIRO, 2011).

sua prática, ao mesmo tempo experimental e clínica. Isso remete ao que Latour e Woolgar (1997) denominam de *ciclo de credibilidade*, ou seja, a constituição de um circuito de negociações e articulações envolvendo enunciados, crenças, expectativas e interesses dos cientistas em torno de fatos científicos e artefatos técnicos específicos.

Visando elucidar a utilização das psicocirurgias nos pacientes no Juquery, também me amparei na proposta de que os diagnósticos e as classificações sobre as doenças mentais “estão intimamente ligados a modelos científicos, políticos, culturais e econômicos do período em que são formulados” (TARELOW, 2013, 52). O que se nomeia doença mental é então construído segundo a interação de vários níveis da sociedade que compartilham ideais sobre sua coletividade, política e gênero (CASSILIA, 2011: 36). Assim, concebemos que os modelos nosológicos elaborados na confluência desses fatores nortearam a maneira como a psiquiatria se ocupava do tratamento de homens e mulheres, e, por serem construídas dentro e fora dos ambientes científicos, demandam uma análise que elucide o contexto histórico no qual estão inseridas.

Não podemos, então, compreender a racionalidade terapêutica da psicocirurgia sem nos atermos também à historicidade das doenças. Com Charles E. Rosenberg, me debrucei sobre a problemática em relação ao processo de elaboração / emolduração das patologias como “entidades específicas” desde o século XIX. Tal elaboração dentro das ciências biomédicas “tornaram mais plausíveis, mais nitidamente definidas e mais frequentes a estrutura e a racionalidade para determinadas intervenções terapêuticas” (ROSENBERG, 2002: 249, tradução minha). Assim, para esse autor, o conceito mesmo de *doença*, elaborado como entidade extracorpórea e não contingente a especificidades socioculturais “está na base das tarefas socialmente indispensáveis de diagnóstico e prognóstico e da racionalização da prática terapêutica” (ROSENBERG, 2002: 241, tradução minha).

Outra contribuição importante das análises de Rosenberg sobre o procedimento de emolduração das doenças diz respeito ao seu duplo viés de condicionamento social, ou seja, ao mesmo passo que a sociedade enquadra um fenômeno como doença, esta implica em compreensões socioculturais dos doentes (ROSENBERG, 1989). Essa relação entre “emolduradores” e “emoldurados” possibilita refletir sobre os dispositivos de controle da medicina sobre os corpos e como a prática das psicocirurgias se relaciona a aspectos valorativos de homens e mulheres na sociedade.



Ainda sobre o conceito de *doença*, mobilizei também as reflexões de Georges Canguilhem, segundo o qual ser doente é ser socialmente indesejável e desvalorizado, é estar inserido em uma noção de não-valor. Nesse sentido, “o médico persiste em falar de doenças, pois a atividade médica – pelo interrogatório clínico e a terapêutica – tem como objetivo o doente e seus julgamentos de valor” (CANGUILHEM, 1995: 93). Ainda, a ideia de patologia não corresponderia simplesmente à opinião dos médicos e à apreciação dos pacientes, mas obedeceria também a ideias dominantes do meio social, que determina o que chamam de “doença” (CANGUILHEM, 1978: 93).

Uma vez que a prática médica se modifica temporal e espacialmente, ancorada em pressupostos científicos distintos, ela que não pode ser dissociada do contexto histórico no qual se desenvolve. Enquanto prática intervencionista, a medicina comporta modelos de terapêutica que não são perenes, e que estão ligados a demandas de cada contexto. O “estudo das práticas dos pesquisadores coloca em evidência, portanto, a materialidade e a historicidade da produção científica” (LÖWY, 2000: 33).

Por esse motivo, em relação à definição contextual das práticas científicas no Hospital Psiquiátrico do Juquery, elenquei, ainda, o conceito de *conhecimentos situados*. Esse conceito, trabalhado por Haraway (1995) e Löwy (2000), contem não apenas a premissa de que a produção das ciências é contingente, historicamente situada e subjetiva, mas implica também na necessidade de se considerar o lugar de fala de seus praticantes para uma produção de saberes crítica, contestadora e responsável. Cabe ainda ressaltar que a categoria foi cunhada em função de preocupações teóricas e epistemológicas de autoras feministas (ver HARAWAY, 1995), o que nos permite vislumbrar a construção do conhecimento científico como localizado, parcial e “contaminado” pelo contexto sócio histórico no qual é elaborado (LÖWY, 2010: 37-38). Situar os saberes científicos nos permite, então, compreendê-los no contexto das mentalidades e das formas de vida vigentes no quais foram produzidos (GAVROGLU, 2007).

Considerando-se a contradição que a utilização simultânea dos conceitos de *redes* e de *conhecimentos situados* pode aparentar, elucidado que as duas categorias são, nessa análise, complementares e não divergentes. Pensar a troca de conhecimentos em redes não exclui a possibilidade de se avaliar as especificidades locais da produção científica. Na medida em que *conhecimentos situados* contem a crítica à universalidade da ciência e define sua construção como social e cultural, o conceito nos permite pensar tal construção

em relação a suas condicionalidades sócio históricas em um âmbito mais específico. O pensamento da socióloga Karin D. Knorr-Cetina (1981) sobre *idiosincrasias locais* na produção de conhecimento científico também serviu para pensar a complementaridade dos dois conceitos. Essa autora defende que como em qualquer outro empreendimento, a pesquisa laboratorial desenvolve interpretações locais, um *know-how* próprio àquela estrutura. A autora ressalta ainda que existam formulações-padrão para a utilização de determinados mecanismos, elas não são imunes a essas idiosincrasias, à forma como os praticantes das ciências desenvolvem a pesquisa em seus laboratórios. Ainda que os praticantes da psicocirurgia conhecessem e compartilhassem tais formulações, nos lócus específicos de uso da terapêutica foram elaboradas formas particulares de sua aplicação (escolha de pacientes, técnicas, etc.).

Na elucidação sobre a prática localizada da psicocirurgia, é necessário olhar, ainda, para além das teorias médico-científicas e atentar para o público no qual ela foi utilizada, o substrato material que permitiu sua realização e que dá inteligibilidade a seu uso. Concebo que a prática psicocirúrgica recorreu àquilo que Ilana Löwy denominou *the experimental body*. Na história da medicina mental, os “corpos experimentais” não se limitaram aos corpos de animais (seus órgãos e tecidos analisados no laboratório), mas foram frequentemente substituídos pelos pacientes “na investigação de doenças e na busca por seus tratamentos” (LÖWY, 2003: 435). Concebo que o empreendimento psicocirúrgico se encontrava no movimento de extensão do “corpo experimental” ao corpo humano, corpo sobre o qual a medicina científica elaborou seus preceitos a partir da segunda metade do século XIX, expandindo-o para a pesquisa biomédica e para o crescimento da indústria farmacêutica no século XX. Além disso, entre fins do século XIX e começo do século XX, o hospital se configurou lugar de treinamento médico e busca por conhecimento clínico (LEDERER, 1995; LÖWY, 2013). Na década de 1930, a pesquisa clínica já estava profundamente atrelada à medicina acadêmica e o médico havia se transformado em uma espécie de “cientista de cabeceira de cama” (LEDERER, 1995, 25: tradução minha).

Ao atentarmos para o “corpo experimental” da psicocirurgia no Juquery, vemos que este diz respeito a corpos plurais, com trajetórias de vida e internação próprias e muito ricas e que são, principalmente, corpos femininos. Na análise da documentação, busco levantar demandas e tensões que ordenavam a vida em sociedade a partir de delimitações de papéis legados a homens e mulheres naquela conjuntura. Utilizar a categoria gênero é,

nesse sentido, dar atenção àquilo que é historicamente concebido como feminino e masculino e nos permite enxergar as influências culturais nas dimensões psicobiológicas das diferenças entre os dois sexos (MUNIZ, 2008).

O gênero conversa também com a noção de “conhecimentos situados” em relação a minha trajetória enquanto pesquisadora no sentido de posicionamento diante da pesquisa, de maneira semelhante ao que Jenell Johnson (2014) faz em relação ao estudo da terapêutica nos Estados Unidos. De fato, o componente de diferença de gênero que a quantidade de mulheres sinalizava me moveu na elaboração da minha hipótese, uma vez que eu já havia sido atraída para esse campo de estudos. Esse posicionamento nos permite vislumbrar porque o mesmo caminho trilhado por duas pessoas será, certamente, diferente para cada uma delas. Me posiciono segundo minhas formações em estudo de gênero e como feminista, que fazem parte de minha trajetória acadêmica.

Finalmente, esclareço que meu viés analítico é histórico e, por isso, ancorado em pressupostos teórico-metodológicos desse campo, que diferem daqueles do campo clínico. Procurei, ao longo da escrita, explorar uma perspectiva social da psicocirurgia com o objetivo final de contribuir com a historiografia das terapêuticas e das relações de gênero nas ciências biomédicas, em especial na psiquiatria. Essa busca partiu, ao mesmo tempo, de uma investigação que considera a estrutura interna e própria do conhecimento psiquiátrico.

## 1. O enquadramento da psicocirurgia: desenvolvimento e disseminação da terapêutica

A sociedade já chegou a acreditar no coma insulínico como terapêutico, nas terapias eletroconvulsivas (ECT), na lobotomia, malarioterapia, no choque cardiazólico, na terapia do hormônio do sexo, nos barbitúricos, nas anfetaminas e em tantas outras intervenções bizarras que nem merecem ser aqui mencionadas. (FREITAS e AMARANTE, 2017, 16).

O que é uma técnica cirúrgica feita pela primeira vez se não um experimento no ser humano? (FLECK, 2016: 535, tradução minha).

A psicocirurgia encontra-se dentro de uma gama de intervenções psiquiátricas utilizadas a partir do século XX que são hoje relacionados a “bárbaros horrores” terapêuticos do passado, como a esterilização e o eletrochoque (BRASLOW, 2000). Ela parece ser, ainda hoje, uma das terapêuticas que produziu mais controvérsias na história, sobretudo em função das sérias consequências da tecnologia invasiva, que poderia provocar alterações importantes na personalidade dos pacientes (TERRIER et al., 2017), sendo por isso mesmo considerada o tratamento mais “extremo” conduzido em pacientes mentais no século XX (ZALASHIK e DAVIDOVITH, 2006).

O estudo histórico dessa técnica permite, contudo, compreender como ela fez parte de um conjunto de terapêuticas psiquiátricas engajadas em um enquadramento epistemológico recorrente no período. Apenas a partir de tal leitura é possível entender a legitimação da psicocirurgia desde o período entreguerras aos anos 1950 (BRASLOW, 2000: 799).

A medicina ocidental experimentou, a partir do século XIX, o início de um intenso processo de especialização e desenvolvimento técnico (WEISZ, 2003). Tal movimento estaria ligado à urbanização, à divisão do trabalho, ao crescente movimento de pessoas e ideias, à elaboração de regras internas aos grupos praticantes da ciência médica, às inovações institucionais e ao desenvolvimento de novas tecnologias (WEISZ, 2006). George Rosen, por sua vez, aponta outro fator importante para a ascensão das especialidades médicas no começo do século XX: o localizacioso orgânico. Na associação entre esses dois últimos fatores – o incremento tecnológico e a localização

orgânica das patologias –, vários médicos procuraram legitimar a existência dos seus domínios de saber e prática (ROSEN apud WEISZ, 2006: XXV).

Nesse ambiente, a psiquiatria também recorreu a novas tecnologias visando a sua estabilização como especialidade médica, principalmente inovações desenvolvidas no campo da neurologia. Com tal aproximação, ela buscava se afirmar como um domínio ligado ao somático, a uma ideia de cientificidade ancorada em uma filosofia fisicalista, sustentada pelo caráter clínico de pesquisas e por processos de experimentação. A psicocirurgia agiu precisamente nesses dois sentidos: deu resposta positiva à ânsia pela localização orgânica das doenças mentais e à demanda por estratégia intervencionista, baseada no processo cirúrgico. Recorrendo a essa tecnologia terapêutica, a psiquiatria se modernizava no sentido de demonstrar estar de acordo com o estatuto científico que a medicina geral alcançara desde a virada para o século XX.

Este capítulo apresenta, então, um apanhado histórico que localiza a tecnologia terapêutica conhecida como psicocirurgia no cruzamento entre a neurologia e a psiquiatria. Compreender o fluxo de saberes entre as duas especialidades e a existência de princípios como o organicismo e a experimentação nos esclarece sobre o campo científico no qual a terapêutica pôde se desenvolver. O fluxo de saberes entre as duas disciplinas esteve também no cerne da organização da técnica em São Paulo e estabeleceu condições para a amplitude alcançada pela psicocirurgia nos anos 1940 em nível global. De maneira semelhante ao que Carlos Parada (2016) fez em relação à história da psicocirurgia na França, me atenho neste capítulo a delinear as condições e os discursos que permitiram a perpetuação da terapêutica por algumas décadas sem, contudo, esquecer dos debates e resistências que nos explicam sua entrada no hall de “terapias ruins” e da “bad medicine” (VALENSTEIN, 1986; BRSLOW, 1997; PRESSMAN, 1998; JOHNSON, 2014).

### **1.1. Entre os marcos do somático e do psíquico: associação entre a psiquiatria e a neurologia nos séculos XIX e XX**

Se seguirmos uma historiografia que procura fixar marcos fundantes da psiquiatria e da neurologia através de instituições e biografias, veremos que os dois campos têm caminhos imbricados ao longo XIX e mantêm-se interligados no século XX por meio de associações, periódicos e práticas médico-científicas.

Voltando nossos olhos para o Brasil, vemos que essas duas áreas médicas também se correlacionavam ao mesmo tempo em que caminhavam rumo à sua afirmação como especialidades autônomas. Segundo Facchinetti e Reis (2014), em 1881 Nuno Ferreira de Andrade (1851-1922), diretor médico do Hospício de Pedro II, buscou estabelecer o curso de patologia mental e encontrou apoio no Barão do Lavradio, então o presidente da Academia Imperial de Medicina. Dessa defesa resultou a criação da cadeira de moléstias mentais na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em meio à reforma do ensino médico de 1881. Foi o psiquiatra João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), em 1883, quem primeiro ocupou a cadeira intitulada “Psiquiatria e Moléstias Nervosas” na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, disciplina que abrangia também as alterações próprias do corpo neurológico<sup>25</sup> (NEVES, 2012: 37).

Constatamos também os arranjos entre as duas especialidades na organização de sociedades e periódicos médicos como aqueles criados por Juliano Moreira no começo do século XX. Como demonstrado por Cerqueira (2014) e por Facchinetti e Venancio (2018), o psiquiatra, atuando “na defesa do uso de linguagem e métodos especializados, participando de congressos internacionais”, fundou os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, em 1905, e a *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, em 1908. O periódico foi o primeiro especializado nas áreas no Brasil e sua criação evidencia a associação entre os campos na neurologia e da psiquiatria (FACCHINETTI et al., 2010). Juliano Moreira e Afrânio Peixoto – que também o organizava –, intencionavam com ele “reunir artigos científicos sobre as patologias mentais”, acolhendo também “temas da ciência e da assistência, que andavam de mãos dadas” (VENANCIO, 2011: 39).

Em 1912, a neurologia tornou-se uma especialidade autônoma na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Instalou-se na Faculdade do Rio de Janeiro a cadeira de Neurologia, ministrada por Antônio Austregésilo Rodrigues de Lima (1876-1960) – que já havia ocupado as de psiquiatria e Moléstias Nervosas – delimitando esse novo campo disciplinar (NEVES, 2012). Finalmente, em 1915, o decreto nº 11.530 desdobrou oficialmente as cadeiras de psiquiatria e neurologia.

Em São Paulo, o curso de “Clínica Neuriátrica e Psiquiatria” teve início em 1918 na Faculdade de Medicina e Cirurgia. Essa cadeira foi ocupada por Franco da Rocha

---

<sup>25</sup> Sobre o concurso e as disputas em torno da vaga de lente para a cátedra ver Mathias (2017).

(1864-1933) daquele ano a 1923 e suas aulas eram ministradas no Hospital Psiquiátrico do Juquery. Mediante seu pedido de exoneração, Enjolras Vampré (1885-1938), considerado pioneiro da neurologia naquele Estado e renomado especialista na América Latina (PRADO e MACEDO, 2018), assumiu o cargo em 1925 (SEIXAS e ZILBERMAN, 2012). Foi apenas nos anos 1930 que a separação entre as cadeiras de neurologia e psiquiatria foi feita na Faculdade de Medicina de São Paulo, quando se instalaram em 1935 as cadeiras de neurologia (assumida por Enjolras Vampré) e, em 1936, a de psiquiatria (ministrada por Antonio Carlos Pacheco e Silva) (REIMÃO, 1999; NEVES, 2012; SEIXAS e ZILBERMAN, 2012). No entanto, essa separação não dissociou as duas áreas no que tange à pesquisa clínica e à busca de terapias possíveis para o tratamento de desordens mentais<sup>26</sup>. Sabemos, por exemplo, que, logo em 1936, a psicocirurgia começou a ser aplicada no Juquery, graças ao trabalho conjunto de profissionais dos dois campos. O primeiro trabalho de aplicação da terapêutica no hospital se deu exatamente sob orientação do psiquiatra Antônio Pacheco e Silva, então diretor do hospital, e pelas mãos do neurologista Aloysio de Mattos Pimenta<sup>27</sup>, que executou as primeiras cirurgias (PIMENTA, 1936).

O periódico do Hospital Psiquiátrico do Juquery, fundado em 1924 por Pacheco e Silva<sup>28</sup> com o título *Memórias do Hospício do Juquery*, é uma relevante fonte histórica para apresentar os temas que atravessavam frequentemente as duas especialidades. Em 1936, com a ampliação do serviço psiquiátrico do estado para além do Hospital e das Colônias do Juquery, abrangendo também a Clínica Psiquiátrica e o Manicômio

---

<sup>26</sup> Nesse ponto, também é importante a observação de Weisz (2006) sobre a relação entre o processo de especialização e as titulações e cátedras acadêmicas. Como aponta o historiador, embora algumas especialidades médicas tenham se constituído através da organização nas escolas médicas, esse elemento não é o único a ser levado em consideração na análise da formação de especialidades. A prática médica, bem como a organização profissional relacionada a trajetórias individuais e interesses de grupos também são ponto importante no processo de especialização, levando à ausência de titulação acadêmica em alguns casos.

<sup>27</sup> Aloysio de Mattos Pimenta (1913-1987) estudou em Campinas e formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1935. Após estudos na Alemanha, de retorno ao Brasil, em 1944 foi convidado por Paulino Longo para formar o Serviço de Neurocirurgia na recém-criada Escola Paulista de Medicina (PIMENTA, 1987). Ao longo do período de análise deste trabalho, Mattos Pimenta atuou como neurocirurgião no Hospital do Juquery, sendo a ele legadas as primeiras intervenções cirúrgicas feitas naquele hospital, em 1936 (PIMENTA, 1936. MASIERO, 2003).

<sup>28</sup> Antônio Carlos Pacheco e Silva (1898-1988), psiquiatra paulista formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, dirigiu, de 1923 a 1937, o Hospital Psiquiátrico do Juquery. Participou da implantação do Hospital das Clínicas em São Paulo, presidiu a Academia de Medicina de São Paulo (1933-34), foi membro honorário da Academia Nacional de Medicina e fundou, com outros médicos, a Revista de Psiquiatria da Universidade de Medicina de São Paulo em 1972 (Silva, *Antônio Carlos Pacheco e.*, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – CPDOC. Disponível em <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/silva-antonio-carlos-pacheco-e>. Acesso em 02 fev. 2019).

Judiciário, o periódico passou a se chamar *Arquivos de Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*<sup>29</sup>. Como veremos em relação às publicações médicas, ele foi uma das mais importantes tecnologias literárias<sup>30</sup> para a afirmação do conhecimento produzido pelos médicos do Juquery sobre o uso da psicocirurgia na instituição. No volume de 1936, entre vários outros artigos, encontramos os textos *Paralisia Geral Progressiva após a Malarioterapia* (de Pedro Augusto da Silva), *Algumas noções atuais de Endocrinologia relacionadas com a Neuropsiquiatria* (de J. Ribeiro do Valle), *Tumor do ângulo pontocerebelar com estase papilar tardia* (de Gilberto Junqueira Franco e Aníbal Silveira) e *Leucotomia Cerebral* (de A. Mattos Pimenta) (NEVES, 2008: 456), sendo este último a primeira publicação conhecida sobre o tema da psicocirurgia no Brasil (MASIERO, 2003).

Outro importante periódico médico do Brasil traz no título a associação entre as duas especialidades, os *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. Lançado em 1943 pelos neurologistas Osvaldo Lange (1903-1986), Adherbal Tolosa (1899-1973) e Paulino Watt Longo (SPINA-FRANÇA, 1992), ele contemplou várias publicações sobre a terapêutica. Nele, encontramos artigos de referência sobre a psicocirurgia como *Leucotomia pré-frontal a Egas Moniz. Técnica. Resultados imediatos e tardios em 100 casos* (BARRETTO; 1944) *Lobotomia pré-frontal* (BARRETTO, 1945), de Antônio Carlos Barretto (?-?)<sup>31</sup> e *Lobotomia Transorbitária – Resultados obtidos em 54 pacientes tratados em 54 pacientes em hospital privado* (LONGO et al., 1956), de Paulino W. Longo (1903-1967)<sup>32</sup>, Joy Arruda (?-?)<sup>33</sup> e J. Armbrust Figueirado (1923-2006)<sup>34</sup>. O

---

<sup>29</sup> Esse título foi mantido até 1939. Em 1940, mudou para *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo* e em 1942 para *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Em 1951 passou a se chamar *Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Houve ainda uma mudança pontual, em 1947, ano em que foi novamente publicado como *Arquivos de Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*.

<sup>30</sup> Shapin e Schaffer (1985) caracterizam três dispositivos através dos quais um grupo de cientistas pode legitimar seus conhecimentos e práticas: as tecnologias materiais se referem aos instrumentos e ferramentas utilizadas para a produção de um experimento; as tecnologias sociais são os espaços e ciclos de sociabilidade pelos quais cientistas agregam aliados para confirmar seus posicionamentos; e as tecnologias literárias são os meios pelos quais as questões de fato são expostas aos pares, a fim de serem reconhecidas e creditadas pela comunidade científica.

<sup>31</sup> Neurocirurgião do Juquery (BARRETTO, 1945).

<sup>32</sup> Professor de Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina e diretor Clínico do Serviço de Neuropsiquiatria do Instituto Paulista (LONGO et al., 1956).

<sup>33</sup> Psiquiatra do Serviço de Neuropsiquiatria do Instituto Paulista e da Seção de Higiene Mental Escolar e diretor do Instituto de Ortofrenia de São Paulo (LONGO et al., 1956).

<sup>34</sup> Assistente de Clínica Neurológica da Escola Paulista de Medicina e do Serviço de Neuropsiquiatria do Instituto Paulista (LONGO et al., 1956).



periódico divulgou também uma das variações psicocirúrgicas criadas pelos médicos do Juquery, no artigo *Leucotomia Parietal* (YAHN et al., 1948).

Segundo Arzy e Danziger (2014), o campo clínico da neuropsiquiatria viria suplantar a aparente separação entre a Neurologia e a Psiquiatria em meados do século XX. Sua origem na Europa estaria relacionada a cientistas na Alemanha e na França que reivindicavam a etiologia orgânica de doenças mentais, como Étienne-Jean Georget (1795-1828), Antoine Laurent Bayl (1799-1858) e Wilhelm Griesinger (1817-1868). A reflexão sobre a trajetória histórica da neuropsiquiatria demonstra que, ao se configurar como subespecialidade médica, ela reafirmava laços precedentes entre a psiquiatria e a neurologia.

No que diz respeito a Portugal, Egaz Moniz acreditava que as sociedades independentes da neurologia e da psiquiatria teriam tido “existência precária”. “Por isso”, teria se dado ali “uma associação forte em que as duas atividades científicas”, que produziam e se valorizavam mutuamente. Embora cada uma guardasse características e métodos próprios, as fronteiras das duas disciplinas se confundiam. Muito claramente, para ele “a leucotomia pré-frontal veio jungir as duas atividades científicas no mesmo campo cirúrgico, cuja atividade, se muito tem avançado na Neurologia, hoje nitidamente especialidade médico-cirúrgica, começa também fazer progressos notáveis na Psiquiatria” (MONIZ, 1950: 44).

A psicocirurgia só pôde nascer da relação entre esses dois campos médicos e em um processo de pesquisa experimental que envolvia muitos atores. A obra *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (1951) dirigida por Mário Yahn (1908-1977)<sup>35</sup>, Aloysio Mattos Pimenta (1913-1987)<sup>36</sup> e Afonso Sette Junior (?-?)<sup>37</sup>, é indicativa do trabalho conjunto de psiquiatras e neurologistas que se deu especificamente em função dessa terapêutica. Egas Moniz, neurologista português e ganhador do Prêmio Nobel de Medicina / Fisiologia em 1949 pelo desenvolvimento da leucotomia pré-frontal, legitimou o conteúdo do livro, dedicando-lhe o prefácio a pedido de seus autores. Nesse,

---

<sup>35</sup> Mário Yahn, psiquiatra do hospital (YAHN et al, 1951a). Foi interno no Hospital Central de Juquery em 1931 e 1932, médico assistente e alienista substituto entre 1934 e 1938 e médico psiquiatra de 1938 a 1951, quando foi diretor do 5º Pavilhão de Mulheres (OLIVEIRA, 2014). Em 1951 foi nomeado chefe da Seção Feminina. (*Mário Yahn*, Biografia da Academia de Medicina de São Paulo, disponível em <https://www.academiamedicinasapaulo.org.br/biografias/188/BIOGRAFIA-MARIO-YAHN.pdf>. Acesso em 02 fev. 2019).

<sup>36</sup> Mattos Pimenta, neurocirurgião do hospital (YAHN et al., 1951a).

<sup>37</sup> Afonso Sette Jr., (assistente de neurocirurgia do hospital (YAHN et al, 1951a).

Moniz parabenizava os esforços dos colegas de São Paulo pela utilização da leucotomia e de suas variações e pelos usos inéditos feitos naquele hospital. Entre a neurologia e a psiquiatria, a leucotomia prosperava no Juquery para a “honra da psicocirurgia brasileira” (YAHN et al., 1951a: XXII).

## **1.2. Psicocirurgia entre a neurologia e a psiquiatria: organicismo, experimentação e cirurgia**

Segundo Afonso Carlos Neves, embora vista como uma “ciência da mente” como os demais campos das práticas “psi”, a psiquiatria caracterizou-se por certas peculiaridades:

[...] como especialidade médica, instalou-se no ‘campo do corpo’, território anatômico, fisiológico, social e cultural, situada na interface entre o indivíduo e a coletividade, onde atua a Medicina e onde são lidos os sinais e sintomas que conduzem a formulações diagnósticas (NEVES, 2012: 29).

De acordo com esse autor, sob alguns aspectos ela pode ser considerada a primeira “especialidade” médica, se pensarmos a construção do “Alienismo”<sup>38</sup> já em fins XVIII. Michel Foucault enxerga, contudo, esse processo de maneira distinta. Para ele, a psiquiatria requisitou seu espaço como saber/poder médico-científico ancorado no somático a partir do século XIX (FOUCAULT, 1977, 2013; CAPONI, 2009). Foi então que o saber psiquiátrico se aproximou paulatinamente da estrutura física dos pacientes por meio da configuração do corpo neurológico, ligada ao conceito de localização cerebral de várias manifestações patológicas (NEVES, 2012: 34).

Naquele contexto, começava a se configurar aquilo que Shorter (1997) define como “a primeira psiquiatria biológica”, com a gradativa superação das teorias humorais e o estabelecimento de metodologias próprias à prática psiquiátrica pautadas em “relações clinicamente significativas entre o cérebro e determinados estados mentais”. Um dos personagens centrais desse movimento foi o psiquiatra alemão Wilhelm Griesinger

---

<sup>38</sup> O autor ressalta que Pinel, associado à origem do Alienismo, era médico e procurava aproximar-se da linguagem anatomopatológica e clínica de Bichat e Laënnec. Pinel publicou em 1798 *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, obra na qual insistia sobre a aplicação de um método científico que se afastasse da chamada “teoria humoral”. Lembra-nos ainda que foi principalmente após a Revolução Francesa que o espaço asilar passou a ser ocupado por médicos e que o corpo alienista se fez presente nessas intuições não apenas através da figura do psiquiatra, mas conforme características arquitetônicas do asilo que começaram a ser definidas em 1820-30. (NEVES, 2012: 30). Em relação ao projeto arquitetônico do Complexo Hospitalar do Juquery, ver Pizzolato (2008).

(1817-1868), que defendia que as doenças mentais eram, em última instância, doenças do cérebro (PEREIRA, 2007). A segunda metade do século XX presenciou, assim, a exacerbação das explicações propriamente físicas daquilo que se concebia como doença mental. Segundo Ana Venancio:

As muitas descobertas biomédicas neste período levaram a que os sintomas neurológicos fossem agrupados em "síndromes" e "doenças", as lesões crescentemente investigadas em termos de suas localizações para a explicação dos fenômenos clínicos, e a "doença mental" compreendida a partir desses dois referenciais. O conhecimento psiquiátrico passou a desenvolver intensamente sua clínica e a se valer das descobertas no campo da neurofisiologia (que já dava origem à neurologia) para apresentar sistematizações da "doença mental" sob uma ótica preponderantemente fisicalista” (VENANCIO, 1993: 126).

Ainda segundo Venancio, adentrando o século XX, as explicações fisicalistas, de cunho neurológico, levavam a uma observação psiquiátrica que fragmentava o indivíduo “em suas partes físicas mais internas” (VENANCIO, 1993: 126).

Notamos, por exemplo, que no contexto de aplicação das psicocirurgias no Hospital do Juquery (décadas de 1930-1950), a avaliação diagnóstica era complementada através do interrogatório à família, uma vez que as respostas dadas pelo paciente não eram consideradas completamente dignas de confiança pelos médicos. Soma-se a essa sondagem a preocupação com desvios neurológicos e genéticos que mesmo não se traduzindo em delírios, poderiam afetar as faculdades mentais dos internos. Era, portanto, o conjunto de exames, o interrogatório no processo de anamnese, o questionário preenchido pela família e a relação entre os sintomas que formavam o “leque” de provas capazes de circunscrever a patologia presente no organismo objetivado e observável pelos processos clínicos (TARELOW, 2013: 53). É possível mesmo dizer que os limites do campo psiquiátrico se redefiniram na medida em que se instalou também no campo *psi* um “corpo neurológico”, havendo entre os dois um constante diálogo em torno do entendimento do organismo doente e de terapias possíveis de atingi-lo.

Em uma perspectiva internacional, após a Primeira Guerra Mundial, a psiquiatria dialogava com tendências de cunho organicista e de linha psicanalítica (NEVES, 2012: 37). Para Gustavo Tarelow, contudo, ela procurava cada vez mais ampliar o “arsenal terapêutico” de que dispunha segundo uma lógica organicista e em vista de legitimar sua práxis naquele momento (TARELOW, 2013: 95). O próprio Egas Moniz, considerado precursor da difusão de Freud em Portugal (QUEIROZ, 2009) e que havia utilizado a

psicanálise como método terapêutico em seus pacientes até 1927 (ele tratou, inclusive, o escritor Fernando Pessoa) (TOLEDO, 2015), afirmou com o desenvolvimento da leucotomia que a Psiquiatria entrava “definitivamente na fase organicista ou, melhor chamada, neurológica” (MONIZ, 1949, 327). A “aliança” entre a psiquiatria e a neurologia, teria permitido, por exemplo, a rápida aplicação da leucotomia na Itália. Tal união, amparada por um pensamento fortemente organicista das doenças mentais e pelo rechaço aos princípios psicogênicos no treinamento médico, explicaria o grande alcance que a psicocirurgia obteve ali no período anterior à Primeira Guerra Mundial (KOTOWICZ, 2008: 480).

Não é razoável contrapor essencialmente essas duas noções terapêuticas (organicismo e psicanálise), visto que diversos psiquiatras se interessaram e mesmo atuaram nas duas frentes. Apesar alguns autores oporem a psicanálise à psiquiatria, como Pacheco e Silva, a psicanálise não era vista como oposição ao organicismo necessariamente (KEHL, 1941; KRETSCHMER, 1947). Ainda assim, podemos, de fato, notar alguns embates que demonstram conflitos nesse sentido. Em fins da década de 1940, por exemplo, no evento que consagrou a psicocirurgia e resultou na indicação do Nobel a Egas Moniz, três médicos paulistas (um deles, primeiro neurocirurgião a utilizar a leucotomia no Brasil), procuravam defender a terapêutica de “profissionais fortemente estruturados nos conceitos psicanalíticos”, que não admitiriam “nada mais além da sua teoria” (LONGO et al, 1949: 129).

A mobilização da psicocirurgia pela psiquiatria estaria, então, ligada à aspiração dessa disciplina em se inserir nos preceitos do experimentalismo e da objetividade que a ciência médica reivindicava para si naquele momento. De maneira semelhante ao que Tarelow defende em relação ao uso de outras terapias somáticas no Juquery – como o uso do cardiazol e do eletrochoque<sup>39</sup> – considero que a inserção de tais terapêuticas naquele hospital respondeu ao “último passo” da psiquiatria em sua “tentativa de inserção num modelo clássico da medicina moderna” (TARELOW, 2013: 167). Ela fez parte da onda

---

<sup>39</sup> Fazem parte das chamadas terapias somáticas, em breve cronologia: a malarioterapia, proposta por Wagner-Jauregg em 1917 e pela qual ele recebeu o Prêmio Nobel de Medicina em 1927; a convulsoterapia por cardiazol, proposta por Meduna em 1932; os comas insulínicos introduzidos em 1933 por Sakel; e a eletrochoquetoterapia, de Cerletti-Bini, que começou a ser usada em 1938. Ainda administradas no pós-guerra, esperava-se que o uso dessas terapêuticas, por meio da repetição de comas e choques, possibilitaria uma “reorganização da psiquê” dos pacientes (PARADA, 2016: 11-12). Todas elas foram usadas no Juquery durante o marco temporal que analiso e figuram de forma recorrente como tratamentos aplicados antes do uso da psicocirurgia, com exceção a malarioterapia, (que consta apenas em duas indicações do conjunto documental, em casos de neurosífilis).

de esperança gerada por novas terapias no começo do século XX – como a insulina<sup>40</sup>, os hormônios, os antibióticos –, que permitiu à medicina uma doutrina legal e legítima de “obrigação de meios” de tratamento, mais do que de resultados. Segundo essa lógica, eles frisavam “a margem de incerteza de seus conhecimentos e as dificuldades de padronizar as suas práticas, em vista principalmente da variabilidade das reações do organismo, de uma pessoa para outra” (MOULIN, 2011: 43).

Acrescento, ainda, que a psicocirurgia criou, a partir da leucotomia pré-frontal, “uma visão completamente biológica das moléstias mentais” segundo a qual “comportamentos desordeiros significavam claramente um cérebro doente” (BRASLOW, 1997: 124, tradução minha). Inserindo a doença na organicidade cerebral, a psicocirurgia participou efetivamente da tentativa de controle clínico que a profissão psiquiátrica buscava de pôr fim ao seu isolamento da medicina científica (PRESSMAN, 1998), dessa vez a partir da interrupção definitiva de “uma espécie de ‘curto-circuito’ neuronal” (PARADA, 2016: 12).

A base organicista e o anseio de localização de patologias mentais no cérebro consolidaram o terreno científico que permitiu a afirmação da psicocirurgia em diversos contextos nacionais<sup>41</sup>. Mais do que isso, inserida em um contexto onde a experimentação, a terapêutica orientava a reflexão teórica e a prática clínica (CASCAIS, 1991; MARKS, 2000). Seu início é marcado pela leucotomia pré-frontal de Egas Moniz, mas a continuidade dos trabalhos permitiu que ela se configurasse em verdadeira tecnologia terapêutica, desdobrando-se em diversas variações, como a leucotomia de Freeman<sup>42</sup> e

---

<sup>40</sup> Método de Sakel ou insulino-terapia, foi uma terapêutica difundida pelo médico polonês Manfred Sakel em 1935 e amplamente utilizada no Hospital do Juquery a partir de 1936. Consistia na aplicação de doses de insulina que determinariam o coma do paciente, que era acordado por uma injeção de glicose. Pacheco e Silva, introdutor da terapêutica, acreditava que o processo acalmava os pacientes e resultava em melhorias do estado mental patológico. Ela foi utilizada no hospital principalmente em casos de esquizofrenia (TARELOW, 2013: 87).

<sup>41</sup> No contexto de busca pela localização orgânica de funções e patologias cerebrais encontramos, por exemplo, o artigo *Lesões casuais e lesões sistemáticas do cérebro nas doenças mentais*, de Aníbal Silveira (anatomopatologista e psiquiatra do Juquery). Interessante notar que na publicação há uma representação do “Mapa das localizações na cortex, segundo Kleist”, na qual as regiões do cérebro são associadas a sensações, sentimentos e movimentos/funções corporais. Esse artigo foi publicado um ano após a primeira psicocirurgia praticada no hospital (SILVEIRA, 1937).

<sup>42</sup> Walter Freeman (1895-1972), neurologista norte-americano, responsável pela introdução da lobotomia pré-frontal Estados Unidos ao lado de James Watts.

Watts<sup>43</sup> (“lobotomia”), a psicocirurgia frontal seletiva de Le Beau<sup>44</sup> e as leucotomias em três tempos e parietal de Mário Yahn.

De fato, a psicocirurgia encarnou uma nova esperança na especialidade psiquiátrica que atingiu discursos fora dos debates científicos. A maior parte dos textos divulgados pela grande mídia nas décadas de 1940 e 1950 no Brasil é de propaganda favorável ao seu uso – de maneira semelhante, por exemplo, ao que o psiquiatra francês Henri Baruk (1897-1999), observou no contexto francês (BARUK, 1955). A revista *Eu Sei Tudo*, por exemplo, manifestava em 1950 seu otimismo em relação à terapêutica

A lobotomia está, é verdade, em seu princípio, e numerosos são, já agora, os aperfeiçoamentos e as extensões previstas em sua técnica. Mas não devemos esquecer o próprio princípio de uma cirurgia das enfermidades mentais e o fato de que, com um pouco mais de conhecimento, poderemos, sem dúvida, operar o cérebro como já operamos o fígado, o coração e os pulmões. Os que conhecem de perto a extrema miséria dos enfermos mentais esfregarão as mãos felizes por ver nascer uma técnica nova que acabará com o martírio de grande número de indivíduos que perderam essa saúde tão importante como a do corpo: a saúde mental (*Eu Sei Tudo*, nº 5, out/1950: 17-18).

O trecho acima é repleto de aspectos que nos interessam em relação à psicocirurgia no Brasil. Chamo a atenção, a princípio, para a vitória dessa leitura biológica das patologias mentais também na cultura popular (ainda que ele não fosse hegemônico). Esse modelo se veria completo diante da possibilidade do tratamento cirúrgico de um órgão, à semelhança do que se via nas outras especialidades médicas. É preciso, contudo, refazer uma parte da história da psicocirurgia a partir da leucotomia de Egas Moniz para compreender o entusiasmo (e os temores) nascidos em torno dessa intervenção no cérebro humano.

### **1.2.1. Psicocirurgia a partir da leucotomia pré-frontal**

Em 1936, Egas Moniz publicou pela editora parisiense Maison & Cie Éditeurs – Librairies de l’Académie de Médecine, a obra *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses* [Tentativas operatórias no tratamento das psicoses]<sup>45</sup> originada de *Essais d’un traitement chirurgical de certaines psychoses* [Tentativa de tratamento

---

<sup>43</sup> James Watts (1904-1994), neurocirurgião norte-americano.

<sup>44</sup> O psiquiatra francês autor elucida a variação em Le Beau (1977).

<sup>45</sup> Na obra é apresentado como Professor de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, correspondente estrangeiro na Academia de Medicina (de Paris) e doutor *honoris causa* das Universidades de Bourdeaux e Lyon.

cirúrgico das psicoses], apresentação feita naquele mesmo ano para a Academia de Medicina de Paris. Moniz abordou o tratamento de vários internos do manicômio Miguel Bombarda (Lisboa) que foram colocados “à disposição” na ala de psiquiatria do Hospital de Lisboa pelo psiquiatra José Sobral Cid (1877-1941)<sup>46</sup> para a efetivação das “tentativas operatórias”. Relatou ainda doze casos de pacientes mulheres e oito de pacientes homens que teriam passado por um processo cirúrgico.

Além disso, Moniz defendeu que o procedimento alcançaria complexos sintomatológicos insuportáveis aos doentes e perigosos para os outros, sobretudo diante da diminuição de agitações maníacas e psicomotoras de certos alienados, que lhes transformava em seres insociáveis (MONIZ, 1936: 53, tradução minha). Como resultado, ela poderia ainda restituir às famílias entes perdidos ao restabelecer em casos avançados de psicose “uma certa capacidade de trabalho”. A técnica apresentava ainda uma vantagem econômica, uma vez que a população dos asilos poderia, com ela diminuir ou “se tornar útil” (MONIZ, 1936: 54, tradução minha).

Com essa perspectiva, Moniz reivindicava mais do que resultados clínicos, pois a partir das tentativas, os médicos poderiam inferir “constatações fisiológicas positivas de grande importância para o avanço da psiquiatria” (MONIZ, 1936: 54, tradução minha). Reconhecendo que a psicologia experimental produzia também bons frutos, Moniz insistia, por outro lado, na importância dos “novos fatos de ordem neurológica”, que viriam esclarecer certos problemas e “dirigir as investigações em novas rotas” (MONIZ, 1936: 55, tradução minha). Em suas investigações, ele afirmava que as primeiras intervenções foram de aplicações de álcool no cérebro (com a mesma finalidade terapêutica) e que em 1935 teriam sido realizadas as operações com o instrumento denominado “leucótomo” (MONIZ, 1936).

Algumas tentativas psicocirúrgicas já haviam sido descritas em fins do século XIX pelo psiquiatra suíço Gottlieb Burckardt (1836 – 1907) e no início do século XX pelo russo Lyudvig Puusepp (1875 – 1942) sem conseguirem consenso diante da comunidade médico-científica internacional. O ano de 1936 marcaria o começo do uso sistemático da terapêutica com a concepção da leucotomia pré-frontal por Egas Moniz (MISSA, 1997; COLLINS e STAM, 2014), consagrada como primeira técnica psicocirúrgica.

---

<sup>46</sup> Sobral Cid, psiquiatra português, foi professor de Psiquiatria Universidade de Coimbra e diretor do Hospital Psiquiátrico de Miguel Bombarda em Lisboa.

A historiografia recorrentemente retoma às tentativas operatórias de Burckardt em 1888, como um grande fracasso. Segundo a divulgação dos resultados, ele operou pelo menos duas mulheres e quatro homens que sofriam de *primäre Verrücktheit*, (“loucura primária”<sup>47</sup>), considerados violentos e com manifestações alucinatórias auditivas. Em função dos instrumentos e técnicas “primitivos”, alguns pacientes teriam desenvolvido sérios efeitos colaterais e um deles faleceu em função da cirurgia (a autópsia mostrou que os efeitos da intervenção foram visivelmente destrutivos). Apesar de Burckhardt ter considerado que três pacientes apresentaram melhora de sintomas, seus resultados sofreram severas críticas no Congresso Médico de Berlim, de 1889 (BERRIOS, 1997).

Cinco anos após a divulgação dos resultados de Burckardt, Bechterew e Puusepp publicaram o que o historiador da psiquiatria German E. Berrios aponta como possivelmente o último importante trabalho sobre intervenções cirúrgicas no tratamento de insanidade publicado antes da Primeira Guerra Mundial. As três operações, que consistiram no corte das “fibras de associação” dos lobos frontal e parietal foram executadas em pacientes com psicose depressiva e equivalentes epiléticos, sem sucesso terapêutico (BERRIOS, 1997: 71).

Ainda de acordo com Berrios, os trabalhos desses médicos partiam de um ponto de vista conceitual neuropsicológico oriundo do século XIX herdado por Egas Moniz (BERRIOS, 1997: 72). Essa herança conceitual presumia a correlação direta entre cérebro e funções mentais, segundo o modelo localizacionista. Foi também a associação entre sintomas psicopatológicos a regiões específicas desse órgão que embasou o princípio organizador da leucotomia de que uma lesão em determinada região do cérebro provocaria a supressão de determinado comportamento. Outra característica da psicocirurgia presente desde Burckhardt, diz respeito ao seu objetivo terapêutico, voltado para a supressão de sintomas e controle dos desvios de comportamento.

O que explicaria, então, a acolhida dos resultados de Moniz frente à rejeição de Burckhardt e Puusepp? Para Carlos Parada (2016), a genealogia da psicocirurgia deve menos às tentativas desses médicos e mais ao desenvolvimento cirúrgico ocorrido na

---

<sup>47</sup> Patologia circunscrita principalmente em torno da manifestação de ideias delirantes e assim classificada por Wilhem Griesinger (1817-1868), figura central para a constituição da psiquiatria organicista, em 1867 (PEREIRA, 2007). O psiquiatra português Júlio Xavier de Matos (1856-1922) explorou essa classificação em *A Paranoia*, de 1896.



década de 1920, com a multiplicação de neurocirurgias de sucesso, o que permitiu melhores observações das funções do cérebro. A diferença da operação idealizada por Moniz – ou ainda, sua originalidade –, deveu-se, sobretudo, à introdução de uma neurocirurgia de caráter curativo em cérebros não lesionados.

A experimentação feita por Egas Moniz no contexto de maior reconhecimento das neurocirurgias dialogaria principalmente com os resultados da experiência de John Fulton (1899 – 1960). Professor de fisiologia da Universidade de Yale, Fulton apresentou no II Congresso de Neurologia em Londres, em 1935, os resultados da seção bilateral do córtex pré-frontal em chimpanzés, comparando o comportamento dos animais antes e depois da intervenção. Embora um dos casos tenha demonstrado reação contrária ao resultado previsto – um dos chimpanzés tornou-se agitado e violento após a operação – o fisiologista constatou que outro animal “não mostrava sua excitação habitual” após a operação e esperava tranquilamente o alimento em frente à jaula. Em meio ao público do Congresso estavam Walter Jackson Freeman, posteriormente conhecido pelo uso a lobotomia em larga escala nos Estados Unidos, e Egas Moniz (BALCELLS, 2014).

A pesquisa que culminou no desenvolvimento da primeira técnica psicocirúrgica por Moniz seria, segundo António F. Cascais (1991), inspirada também pelos trabalhos de Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), médico e histologista espanhol. A partir deles, Moniz concebeu o neurônio como entidade independente ligada a outras células que se comunicavam através de influxos neuro-elétricos. Assim, a ideia fundamental do médico português teria sido a de que os processos psíquicos surgiriam dos influxos que constantemente percorreriam a estrutura nervosa cerebral. Cascais conclui que

Deste modo, Egas Moniz teria encontrado a base orgânica do pensamento das sinapses, na sua qualidade de associações histofisiológicas que dariam origem aos seus aspectos mais simples e fragmentários do psiquismo (CASCAIS, 1991: 62).

Esses tratamentos se baseavam na relação entre “as funções psíquicas e as atividades das diversas regiões cerebrais” postuladas por Moniz na introdução da obra *Tentatives Opératoires...* (1936). Moniz acreditava que as ligações celulares cerebrais desempenhavam papel fundamental na vida psíquica. Assim, para tratar pacientes alienados seria necessário romper tais conexões, sobretudo aquela ligadas ao lobo frontal (MISSA, 1997) que seriam, para Moniz, o “centro dominante responsável pela atividade psíquica e comportamental” (MASIERO, 2003: 552). A psiquiatria, que tanto procurara

“uma vinculação anatomopatológica, com sua passagem do corpo ausente à mente somatizada” (NEVES, 2012: 40), encontrava aí uma nova possibilidade clínica.

A leucotomia pré-frontal consistiria, tecnicamente, da extração, na substância branca do cérebro, de feixes de associação com centros afetivos diencefálicos. O procedimento era feito através do corte de uma seção de tecido cerebral, mediante introdução intracraniana do leucótomo<sup>48</sup> nos dois hemisférios cerebrais. Apesar do termo “lobotomia” ser muitas vezes utilizado como sinônimo (inclusive pelos médicos que a utilizavam), ele designa a variação elaborada por Freeman e Watts em 1936. Ela diferia da técnica de Egas Moniz em relação à área do cérebro, os instrumentos e a explicação para o funcionamento da intervenção. A lobotomia pré-frontal intervinha no desligamento das fibras do eixo lobo pré-frontal-tálamo<sup>49</sup>, enquanto que a leucotomia centrava-se no lobo-frontal. As duas técnicas visavam a modificação de comportamento ou eliminação dos sintomas psicopatológicos (MASIERO, 2003). Em 1946, mobilizando estudos do neurologista italiano Fiamberti, Freeman desenvolveu a chamada “lobotomia transorbitária” que acessava o córtex frontal através da órbita ocular (RAZ, 2013).

O médico paulista Mário Yahn, que escreveu sobre a aplicação das técnicas feitas no Juquery, criticou, em 1951, essa distinção, afirmando que

A denominação ‘leucotomia’ deve ser preferida porque é a original, proposta por Egas Moniz e porque exprime mais exatamente o campo anatômico em que é feita a intervenção, isto é, a substância branca do cérebro. As denominações ‘lobotomia’ e ‘psicocirurgia’ são inadequadas, a primeira porque não especifica que a secção visa apenas a substância branca e a segunda porque cria dificuldades maiores, fazendo pensar em operação no psíquico, quando, na realidade, trata-se de intervenção com o intuito de obter efeitos sobre o psíquico, não direta mas indiretamente (YAHN, 1951: 1).

Apesar da elucidação de Mário Yahn acerca do problema da nomenclatura, optamos por trabalhar com o termo “psicocirurgia”, pois, contraditoriamente, os próprios

---

<sup>48</sup> Na descrição de Antônio Carlos Barretto, as cem primeiras operações foram feitas com um instrumento idêntico ao utilizado por Egas Moniz. O leucótomo era “constituído de uma cânula de metal de 11 cms. de comprimento, por 2 mm. de diâmetro, dentro do qual se adapta outra peça móvel. Em uma das extremidades há uma fenda longitudinal, de 1 cm. de comprimento, que dará passagem a uma alça de fio de aço com meio centímetro de raio. Com movimentos adequados esta alça é exteriorizada ou recolhida” e nesse movimento uma parte do entro oval, na altura do lobo frontal, era lesionada. A intervenção com o instrumento no cérebro do paciente visava “atingir as fibras de conexões da porção anterior dos lobos frontais, tendo como objetivo interromper os arranjos celuloconectivos estabelecidos nos cérebros dos alienados” (BARRETTO, 1944: 249).

<sup>49</sup> Freeman acreditava na hipótese formulada pelo neuroanatomista C. Judson Herrick de que a cognição e a emotividade tinham como substrato orgânico a conexão do lobo-frontal com o tálamo (BALCELLS, 2016).

prontuários médicos do Juquery contêm uma ficha com esse nome que tinha a finalidade de registrar as informações sobre a cirurgia. Com o termo me refiro a uma variedade de tratamentos que englobam a leucotomia e a lobotomia pré-frontais, *topectomias*<sup>50</sup> (COLLINS e STAM, 2014: 340) e outras variações, como as dos médicos do Juquery (leucotomia parietal e leucotomia em três tempos). Em suma, o termo designa diferentes intervenções neurocirúrgicas que ao lesionar uma região cerebral intencionam a mudança, a melhora ou a cura de problemas mentais (PARADA, 2016).

Após chegar ao conhecimento da comunidade dos neurologistas e psiquiatras a partir da segunda metade da década de 1930, a psicocirurgia foi avaliada ao lado de outros recursos psicoterápicos disponíveis, como o choque insulínico, a injeção de cardiazol<sup>51</sup> e os eletrochoques<sup>52</sup> (ZALASHIK e DAVIDOVITH, 2006; PINA e CORREIA, 2012). Na elaboração da leucotomia pré-frontal, Egas dizia-se preocupado com o uso das terapêuticas supracitadas e alegava que com a cirurgia visava resultados terapêuticos mais efetivos, além de contribuir com a prática clínica. Para ele:

Os tratamentos de que hoje se usa e abusa em psiquiatria: cardiazol, eletrochoque e insulina, tendem, embora não se diga, ao mesmo fim: alterar os arranjos sinápticos cerebrais pelos ataques epiléticos e pelo coma. Com esses métodos atira-se para o todo: é o cérebro que sofre, indiferenciadamente, a perturbação, algumas vezes benéfica. Destarte não traz essa terapêutica global grandes luzes ao funcionamento do cérebro na sua exteriorização psíquica. Tais tratamentos não têm, é certo, como objetivo cuidar de localizações cerebrais ou resolver quaisquer problemas fisiológicos ou de psicopatologia. Mas são uma cedência dos psiquiatras da velha escola às doutrinas organicistas. Procuram tratar alienados por agentes físicos diretos. Não desejamos mais do que isso: pretendemos também curar, mas queremos trazer ao mesmo tempo elementos que concorram para o progresso dos nossos conhecimentos nas relações das lesões orgânicas com as perturbações mentais (MONIZ, 1949: 327).

---

<sup>50</sup> Segundo Carlos Parada, a *topectomia* consiste em excisões bilaterais e localizadas no córtex cerebral a céu aberto e seria uma intervenção mais laboriosa do que as leucotomias por “simple trepanação”. Seria ainda uma forma cirúrgica “mais seletiva” e “precisa”, mas uma precisão também hipotética. Teria conseguido certo sucesso entre os neurocirurgiões devido aos fracassos terapêuticos com as leucotomias clássicas (PARADA, 2016: 201).

<sup>51</sup> A cardiazolterapia estimulava artificialmente crises convulsivas e começou a ser utilizada no Hospital Psiquiátrico do Juquery por médicos como Mário Yahn, Henrique Marcos de Carvalho e Aníbal Silveira em 1936 (TARELOW, 2013: 89).

<sup>52</sup> A eletrochoqueterapia também funcionava segundo o princípio convulsionante. Começou a ser aplicada por Pacheco e Silva em 1941, na Clínica Psiquiátrica do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, e no Juquery em 1942, principalmente por Mário Yahn e Henrique Marques de Carvalho (TARELOW, 2013: 96). Segundo os médicos, a terapêutica apresentava “benefícios” em relação ao cardiazol, por ser menos dispendiosa e não produzir a “aura” que gerava agitação e pavor dos pacientes. O eletrochoque, por sua vez, provocava perdas de memória e os pacientes não se lembravam do choque após retomada a consciência.

De fato, a historiografia sobre as técnicas psicocirúrgicas ressalta que os psiquiatras recorreram às cirurgias diante da “ineficácia” dos comas insulínicos e do eletrochoque e da superlotação dos hospitais com pacientes psicóticos (FEINSTEIN, 1997: 58).

Ainda que consciente dos problemas que a experimentação em humanos impunha, Egas Moniz avançava em suas pesquisas defendendo que as primeiras experiências deveriam ser feitas em casos “considerados incuráveis”, pois, dessa forma, as alterações na vida psíquica dos pacientes não teriam “nenhuma importância” (MISSA, 1997: 1371). Para Moniz, eles continuariam, “na pior das hipóteses, a ser alienados mentais” após a operação (MONIZ, 1936: 3). Imerso na prática clínica, ele defendia que o gosto pela investigação científica tinha que surgir “na escola experimental, base de toda a ciência biológica” (MONIZ, 1949: 125).

Na conclusão teórica do já citado *Tentatives opératoires...* (1936), o neurologista português alegava que a cura dos doentes dependia da destruição dos “arranjos de conexões celulares mais ou menos fixos que devem existir no cérebro e, particularmente, aqueles ligados aos lobos frontais” (MONIZ, 1936; 46, tradução minha). Ainda assim, no ano seguinte ele confessou que o mecanismo de ação da intervenção destrutiva lhe era desconhecido (MONIZ e FURTADO, 1937). Seria, portanto, o aspecto terapêutico – e não a explicação do seu funcionamento –, o principal argumento a favor da técnica (PARADA, 2016: 29-34).

Egas Moniz e os médicos que optaram por recorrer à psicocirurgia estariam trilhando o caminho que, segundo o filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), visava o domínio clínico. Seria ele o de

Desvendar o princípio e a causa de uma doença através da confusão e da obscuridade dos sintomas (...) decidir-se com segurança entre vários métodos de tratamento que oferecem vantagens e inconvenientes; escolher aquele cuja aplicação parece permitir mais rapidez, mais concordância, mais certeza no sucesso; aproveitar a experiência (...) (FOUCAULT, 1977: 99).

Utilizada como “último recurso” após o fracasso terapêutico de outras tecnologias, entre elas o cardiazol, a insulinoaterapia e o eletrochoque (PRESSMAN, 1998; MASIERO, 2003; PINA e CORREIA, 2012), a maleabilidade dos resultados e a incerteza dos efeitos da psicocirurgia estavam ligadas ao princípio clínico da experimentação (CASCAIS,

1991; MISSA, 1997, PINA e CORREIA, 2012). Nesse sentido, Madalena Esperança Pina e Manuel Correia argumentam que

a forte componente experimental da cultura profissional dos médicos, orientada para resultados, interessada no alargamento da panóplia de terapêuticas disponíveis, ajuda a compreender melhor a rapidez com que a leucotomia foi examinada, experimentada e adotada nos principais hospitais psiquiátricos (PINA e CORREIA, 2012: 443).

Também segundo Cascais (1991), as características da leucotomia não romperiam com a exigência de cientificidade da clínica experimental: reflexão teórica e investigação aplicada. Nesse sentido, notamos que a terapêutica fez parte de um estilo de pensamento mais amplo que presumia, na prática clínica, o caráter experimental. Por meio dele seria possível a ampliação não apenas do leque terapêutico disponível, mas também do conhecimento da fisiologia cerebral.

Por outro lado, segundo esse autor, a leucotomia fugiria aos métodos tradicionais de investigação médica “ao tirar da eficácia da intervenção terapêutica inferências acerca da natureza da patologia” (CASCAIS, 1991: 63). Ela seguiria, nesse sentido, uma perspectiva analisada pelo filósofo Carlos Estellita-Lins de que

A compreensão da rede neural periférica levaria paulatinamente a uma topografia do encéfalo e de localizações cerebrais, a partir de prejuízo motor ou sensorial, porém nunca algo da ordem do mental propriamente dito seria semiologicamente mapeado dentro da semiologia dos sistemas, necessariamente decalcados na fisiologia (ESTELLITA-LINS, 2012: 81).

Diante da necessidade de construção de uma clínica especializada no mental e no sentido de criação de um campo semiológico pela psiquiatria, entendo que a psicocirurgia deriva daquilo que Carlos Estellita-Lins classificou como “a defesa de uma psicopatologia racional dentro dos cânones da medicina experimental” (que, segundo ele, passa por um longo caminho de negociações, fracassando em sua transposição literal). Por isso ainda, a psicocirurgia se tornou a terapêutica “do amanhã”. Em meados de 1945, encontramos falas como a do médico australiano Frank Prendergart sobre a operação cerebral feita em Londres ainda em estágio experimental e que requeria mais resultados. Dois anos mais tarde, a cirurgia aparecia novamente na fala do médico como uma operação “ainda em estágio experimental”, mas de “perspectivas promissoras” (MARTYR e JANCA, 2018: 200, tradução minha).

Uma visão “biológica e naturalista da psiquiatria” estaria ainda no escopo da premiação de Egas Moniz pela comissão do Prêmio Nobel em 1949. Segundo Jean-Noël Missa, o júri que prestigiava a técnica do médico português presumia que “anomalias comportamentais” derivavam de um mau funcionamento do sistema orgânico do paciente. Lembremos ainda que o mesmo júri havia premiado o austríaco Wagner-Jauregg em 1927 por seus trabalhos sobre a malarioterapia (MISSA, 1997: 1372, tradução minha).

A crença na patologia mental associada ao somático apareceria posteriormente na psicofarmacologia – contribuindo para a aporia de um método mais rigoroso (ESTELLITA-LINS, 2012) – que é vista pela bibliografia como um dos fatores da decadência da psicocirurgia (MISSA, 1997; MASIERO, 2003; PINA e CORREIA, 2012; COLLINS e STAM, 2014). Ainda assim, resumir seu declínio à emergência dos psicotrópicos é uma perspectiva bastante limitadora.

Ampliando essa visão, podemos conceber a psicocirurgia como procedimento que nasceu em um contexto de experimentação médica dos anos 1920-1930. A conjuntura favorável à terapêutica seria, mais tarde, abalada por uma vertente que preconizava maior controle metodológico nos anos 1950 (MARKS, 2000), quando fármacos de efeito semelhante contribuíram para a diminuição do uso dessas cirurgias.

Dessa forma, ainda que o início da psicofarmacologia “propicie” uma diminuição considerável do uso da leucotomia, soma-se a isso o maior controle imposto aos procedimentos científicos a partir do código de Nuremberg<sup>53</sup>. Ao mesmo tempo, esse controle dialogava com as críticas e controvérsias que acompanharam a psicocirurgia desde o seu princípio.

### **1.3. Críticas, instabilidade e controvérsias**

Apesar do estranhamento presente quanto ao uso da psicocirurgia, sua criação e disseminação só foram possíveis graças à coerência que ela manteve com um panorama de experimentação, considerada “necessária” para os avanços clínicos que resultaram de

---

<sup>53</sup> O Código de Nuremberg, de 1947, marcou o controle ético sobre os procedimentos médicos experimentais (JADOSKI et al., 2017). Seus desdobramentos em relação ao Hospital do Juquery serão analisados no capítulo III.

um longo processo de objetivação do organismo humano. Essa coerência, contudo, não imunizou a psicocirurgia de críticas severas já no contexto de sua utilização.

Disso advém um fator que a torna tão polêmica: o método invasivo e irreversível era coerente com demandas da psiquiatria. Ao mesmo tempo, a psicocirurgia é um objeto de contrastes: foi criticada desde o começo e mesmo por alguns dos que a haviam incentivado no começo, mas persistiu sendo utilizada até ser contemplada com o Prêmio Nobel em 1949. O prêmio, por sua vez, não faria cessar o ceticismo em relação aos resultados que formavam uma “ameaçadora nuvem” de dúvidas sobre o tratamento (COLLINS e STAM, 2014: 346, tradução minha). É por isso que, embora seu decréscimo seja associado ao aparecimento de psicofármacos – sendo os primeiros a clorpromazina, princípio ativo do Amplictil, em 1952 (GOREINSTEIN e SCAVONE, 1999) –, temos que atentar para seu percurso, marcado por oposições, debates e controvérsias, sobretudo em função das incertezas de seus efeitos e as alterações de personalidade atribuídas à intervenção (PINA e CORREIA, 2012).

A apresentação *Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale* [Tentativa de tratamento da esquizofrenia pela leucotomia pré-frontal] em 1937<sup>54</sup> sofreu severas críticas por Sobral Cid, então professor de psiquiatria da Universidade de Lisboa e diretor do Hospital Psiquiátrico de Miguel Bombarda (MONIZ, 1949). Logo no começo das tentativas operatórias que deram origem à obra de Moniz (1936), ele encontrava alguma resistência para o acesso aos doentes, cercado por “mil embaraços”, como “escrúpulos” para se obter doentes abandonados pelas famílias sem seu consentimento. Para conseguir um paciente, Moniz relatava que “tinha de ir 10 vezes ao Manicômio Bombarda e insistir com meu amigo Sobral Cid, seu Diretor e Professor de Psiquiatria, pela sua transferência! Longa jornada de trabalho! (MONIZ, 1949: 349).

Posteriormente, Cid argumentava que as mudanças apresentadas pelos pacientes poderiam ser apenas reações provocadas pela concussão e que a intervenção poderia prejudicar o funcionamento mental dos pacientes. Ele constatou ainda que alguns

---

<sup>54</sup> *Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale* foi apresentado em 26 de julho de 1937 na Société Médico-Psychologique Segundo o psiquiatra francês Michel Caire, Moniz havia anteriormente apresentado a sessão *Essai d'un traitement chirurgical de certaines psychoses* em 3 de março de 1936 na Academia Nacional de Medicina da França (Académie Nationale de Médecine) e, dois dias depois, fez apresentação análoga na Sociedade de Neurologia (Société de Neurologie) em Paris. CAIRE, Michel. Antonio Caetano de Egas Moniz. Disponível em <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/anme/moni.htm>, acesso em 30 de outubro de 2018.

pacientes operados por Almeida Lima sob observação de Egas Moniz teriam apresentado degradação da personalidade no pós-operatório (KOTOWICZ, 2008: 482). Após ter colocado esses pacientes “à disposição” de Moniz para as primeiras tentativas operatórias, Sobral Cid afirmava que a explicação para os “bons” resultados das cirurgias baseava-se em pura “mitologia cerebral” (CID, 1937, como citado em VALENSTEIN, 1986: 99). A ostensiva resistência à técnica por aquele psiquiatra acabou por obrigar Moniz a procurar pacientes de outros hospitais para as tentativas cirúrgicas seguintes (PARADA, 2016: 57).

É interessante notar que a imprecisão da cirurgia em relação às secções feitas no cérebro ficava explícita no primeiro artigo sobre a leucotomia pré-frontal publicado no Brasil, em 1936. Mattos Pimenta dedicava algumas páginas do artigo ao processo terapêutico da leucotomia de Egas Moniz. Se a “base” do funcionamento da técnica era a “destruição das conexões célula-conetivas patologicamente fixadas”, Pimenta afirmava também, que “O estudo particularizado e exato dessas conexões ainda não foi feito e a complexidade incalculável tornará tal sistematização difícil em excesso” (PIMENTA, 1936: 260).

Mesmo alguns dos praticantes da psicocirurgia atentavam para os efeitos negativos que poderiam seguir à operação. Walter Freeman, por exemplo, chamava atenção em 1949 para o fato de que um resultado satisfatório do ponto de vista do médico poderia ser um resultado “ruinoso para a família” (FREEMAN, 1949 como citado em MISSA, 1997: 1372, tradução minha). Também o médico australiano Prendergast apontava para os conflitos de opinião sobre a eficácia da terapêutica na Inglaterra, pois considerava que em alguns casos o quadro do paciente havia piorado (MARTYR e JANCA, 2018: 199). Um dos primeiros psiquiatras a utilizar a psicocirurgia em Israel escreveu, em meados de 1950 que, em contraste com o entusiasmo inicial, os últimos resultados da terapêutica tinham imposto limitações “meticulosas para o seu uso” (ZALASHIK e DAVIDOVITH, 2006: 102). Já o célebre psiquiatra português Barahona Fernandes (1907-1992)<sup>55</sup>, nomeou e sistematizou a “síndrome frontal”, em 1950. Esta consistia em modificações de personalidade decorrentes da operação, tais como

---

<sup>55</sup> Henrique João de Barahona Fernandes, médico psiquiatra e professor universitário português, reitor da Universidade de Lisboa, considerado um dos pioneiros da moderna psiquiatria e da psicologia em Portugal. Foi perito da Organização Mundial de Saúde no domínio da Saúde Mental e da Psiquiatria. Amigo de Egas Moniz desde a formação médica, Barahona Fernandes publicou em 1983 a obra *Egas Moniz: Pioneiro de Descobrimientos Médicos* (MARQUES e TELLES-CORREIA, 2015),



tendências eufóricas, inconstância, problemas de julgamento e alterações de valores simbólicos (MISSA, 1997: 1373, tradução minha).

Diogo Furtado (1906-1964), renomado médico militar português na área de neuropsiquiatria e que havia publicado *Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie préfrontale* [Tentativa de tratamento da esquizofrenia pela leucotomia pré-frontal] com Egas Moniz em 1937, também expôs ressalvas ao uso da psicocirurgia no 4º Congresso Internacional de Neurologia de Paris, de 1949. Sua apresentação se remeteu às objeções que médicos alemães apresentaram à utilização da lobotomia pré-frontal para o tratamento de dores físicas, finalidade terapêutica que despertava “críticas imparciais” e reações “apaixonadas” entre os médicos. Furtado confessava fazer parte do tímido, porém numeroso grupo, que se posicionava contrário a essa indicação. Seu posicionamento fica claro quando ele afirma que:

A alteração da personalidade provocada pela lobotomia é inegável. Se algumas vezes ela não é grosseira, se não encontramos os sintomas que comumente atribuímos às lesões do lobo frontal, a mudança da atitude e do comportamento do doente que é constante revela sempre essa alteração. Na perda da reclamação diante da dor, eu vejo um dos sintomas mais evidentes dessa alteração da personalidade. Porque não se suprime a dor; o que o lobotomista suprime é a possibilidade de integração psicológica da dor, necessária para que o doente se queixe (FURTADO, 1949: 4, tradução minha).

Entre outros posicionamentos contrários à prática da psicocirurgia que repercutiram nos debates internacionais, a crítica mais frequente e sistemática vinha da psiquiatria francesa. O parisiense Paul Courbon (1877-1941), por exemplo, foi um dos primeiros opositores à técnica e se recusava a operar seus pacientes, argumentando que as indicações para a leucotomia não se baseavam em achados clínicos (KOTOWICZ, 2008). Outro psiquiatra francês, Henri Baruk (1897-1999) foi internacionalmente reconhecido como forte opositor às terapias de choque e à psicocirurgia desde o começo de sua aplicação na França, em 1939, quando criticou os riscos de uma terapêutica feita às cegas e sem nenhum fundamento etiológico (PARADA, 2016: 39). Os trabalhos do psiquiatra, de descendência judia<sup>56</sup> teriam influenciado visões como a do médico israelense Mark Dvorzarsky (?-?), que também publicou em 1952 uma crítica em que

---

<sup>56</sup> Os autores o citam como “psiquiatra francês judio” (ZALASHIK e DAVIDOVITH, 2006: 101).

definia a psicocirurgia como um “perigo para a personalidade” e alertava contra seus maus usos pelos psiquiatras (ZALASHIK e DAVIDOVITH, 2006: 101).

O então diretor do Hospital Psiquiátrico de Charenton, Henry Baruk, ficou também conhecido no Brasil por essas críticas, como é possível vislumbrar por meio de uma resenha de sua obra *Psychiatrie Morale, Expérimentale et Sociale* [Psiquiatria Moral, Experimental e Social], de 1950, publicada em 1953 nos Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo. Nessa resenha, Baruk foi apresentado pelos editores da revista como continuador de Pinel e psiquiatra humanista que se opunha às terapêuticas de choque e “mutilantes” (como a lobotomia) (ADAPESP, 1953: 157)<sup>57</sup>.

Uma das principais críticas de Baruk era o uso da psicocirurgia depois que “métodos de choque” não haviam alcançado o resultado desejado, pois ele acreditava que esses métodos funcionavam a curto prazo, não tinham verdadeiro valor curativo e podiam mesmo “perturbar o decurso em direção à cura”. Baruk acrescentava ainda que abster-se da psicocirurgia não significava não investir em tentativas terapêuticas, ao contrário, pois era a seqüela dos choques seguida da psicocirurgia que fechava “a porta para a terapêutica das doenças mentais” (BARUK, 1955: 58, tradução minha). Além disso, os resultados “mediócrs” e de característica transitória dos efeitos da operação gerariam inconvenientes para o futuro. Em suma, Baruk alegava que tais problemas ultrapassavam, facilmente, os benefícios da cirurgia (BARUK, 1955: 8).

De outro lado, também de praticantes da psicanálise vinham severas críticas a tratamentos de choque, incluindo a leucotomia. O psicanalista inglês Donald Woods Winnicott (1896-1971) se opunha a essas formas terapêuticas considerando-as “verdadeiros tiros no escuro”. Winnicott dizia ainda que naquele momento era preciso recorrer “a um novo tipo de habeas corpus, como garantia contra a interferência sociologicamente perigosa da cirurgia no cérebro – um habeas cerebrum” (WINNICOTT, 1945, como citado em LONGO et al., 1949: 130).

A maioria dos médicos atuantes na psicocirurgia insistia, no entanto, em seu valor terapêutico mesmo após o lançamento de psicofármacos. É o caso de Walter Freeman, que escrevia a um médico japonês em 1956 lamentando que sua experiência com os novos

---

<sup>57</sup> Livros novos: *Psychiatrie Morale, Expérimentale et Sociale*, de Henri Baruk (ADAPESP 1953:157).

antipsicóticos nos Estados Unidos fosse semelhante às dele: da possibilidade de uso dos novos medicamentos decorria a resistência dos médicos norte-americanos em praticar a lobotomia. Freeman procurava, entretanto, encorajar o colega dizendo que era possível que após dois ou três anos os efeitos desses medicamentos gerariam insatisfações e então, “a aplicação da lobotomia em pacientes muito difíceis seria retomada” (FREEMAN 1958, como citado em COLLINS e STAM, 2014: 348).

No mesmo ano no Brasil, uma publicação reivindicava o lugar ainda útil da terapêutica entre os tratamentos psiquiátricos disponíveis. Em “Lobotomia transorbitária: resultados obtidos em 54 pacientes tratados em hospital privado” (1956), Paulino Longo, Joy Arruda e J. Armbrust Figueiredo anunciavam que a psicocirurgia dispensava “qualquer comentário no sentido de comprovar sua eficácia no tratamento das moléstias mentais”. A partir da demonstração do “real valor” da técnica transorbitária, os três médicos atuantes no Serviço de Neuro-Psiquiatria de São Paulo<sup>58</sup> - um deles médico também do Juquery – queriam reafirmar a utilidade da psicocirurgia, já usada “pela maioria dos especialistas, desde 1936”. Essa defesa da terapêutica aconteceu no momento em que novos medicamentos possibilitavam, segundo eles, “a diminuição do emprego da psicocirurgia” (LONGO et al, 1956: 273). Como veremos no terceiro capítulo, a documentação clínica do Juquery daquele ano valida essa informação e demonstra o uso massivo do Amplictil no hospital.

Alguns anos mais tarde, assistiu-se a intensos debates e controvérsias sobre a psicocirurgia em meio aos movimentos por direitos civis e de caráter antipsiquiátrico nos Estados Unidos (JENELL, 2014; CASEY, 2015), quando alguns autores buscaram reavivar a contribuição dessa terapêutica para a neurologia e a para psiquiatria. Este foi o caso do neurocirurgião e neuropatologista norte-americano Paul C. Bucy, que por ocasião do centenário de Egas Moniz, em 1977<sup>59</sup>, escreveu sobre a leucotomia e suas derivações:

---

<sup>58</sup> O artigo supracitado informa que a lobotomia começou a ser usada no Serviço de Neuro-Psiquiatria do Instituto Paulista em 1944 e a lobotomia transorbitária em 1953. Não elaboro na tese uma análise comparativa entre o uso da psicocirurgia no Hospital do Juquery e em hospitais privados de São Paulo. O que posso informar, no momento, é que a maior parte das publicações sobre resultados que encontrei dizem respeito ao uso da psicocirurgia no Hospital Estadual do Juquery. Há outro artigo que mobilizo na tese que trata da utilização da psicocirurgia no Serviço de Neuro-Psiquiatria do Instituto Paulista (LONGO et al. 1949). Para um debate acerca da utilização da terapêutica em hospitais públicos e privados em São Paulo, a partir dos resultados divulgados nas publicações médicas, ver CARDOSO, 2017.

<sup>59</sup> Paul Bucy também citava a contribuição de Egas Moniz com a angiografia cerebral, técnica que possibilita a visualização radiológica da irrigação sanguínea cerebral (MASIERO, 2003: 550). Pelo seu

É óbvio o seu potencial para o alívio das doenças mentais e emocionais da humanidade e seus benefícios para a alteração da violência anormal e para o comportamento humano destrutivo são enormes. Nós ainda não nos concentramos adequadamente sobre esse problema, principalmente porque fomos induzidos ao erro por psiquiatras e por nossas esperanças de que os medicamentos provariam ser tão efetivos para o alívio dessas desordens que os procedimentos cirúrgicos não seriam mais necessários. Nós estávamos errados (BUCY, 1977: 16, tradução minha).

Nessa fala, Bucy reivindicava uma reavaliação dos benefícios da leucotomia mais de vinte anos após o lançamento da clopromazina. Para ele, os resultados de uso de medicamentos não eram compatíveis com os da psicocirurgia e não poderiam superar seu valor terapêutico.

Não foi apenas o advento de psicofármacos o responsável pela diminuição dessas intervenções cirúrgicas, mas também a falta de predição dos efeitos da psicocirurgia e a disparidade e irreversibilidade de seus resultados teve papel importante em sua gradativa redução. Vimos que críticas ao seu mecanismo de funcionamento a acompanharam desde sua elaboração, ganharam força na década de 1950 e se radicalizaram nos anos 1960, quando a psicocirurgia passou a ser especialmente vista como “mecanismo de poder e controle” (COLLINS e STAM, 2014; JOHNSON, 2013). Em 1950 a psicocirurgia foi proibida na União Soviética<sup>60</sup> (LICHTERMAN, 1993) e dois anos depois encontramos textos como “A psicocirurgia tem seu declínio” (*La psychochirurgie à son déclin*) de Sven Follin (1945), publicado no 5º editorial da revista *La Raison* e que trazia no texto de apresentação:

A psicocirurgia está em declínio. A denominada audácia que motivou sua exploração ficará como testemunho histórico marcado pela desvalorização da pessoa, pela experimentação no homem (Citado em PARADA, 2016: 59: tradução minha).

---

desenvolvimento, Moniz foi indicado ao Prêmio Nobel nos anos 1928, 1933, 1937 e 1944 (CASCAIS, 1991; PINA e CORREIA, 2012). A valorização desse método diagnóstico contribuiu ainda para a afirmação da leucotomia pré-frontal, o que examino no capítulo seguinte.

<sup>60</sup> Apesar da proibição do governo soviético, segundo recente estudo sobre psicocirurgia na Alemanha ocupada entre 1945 e 1949 (RZESNITZEK, 2019), a terapêutica foi utilizada na União Soviética a partir de 1948. Graças a publicações de médicos que haviam anteriormente imigrado para os Estados Unidos, ela começou a ser usada dois anos antes, em 1946, na Alemanha Ocidental. Rzesnitzeck defende que a rejeição da terapêutica por alguns psiquiatras na zona ocupada pela União Soviética se deu mais em função de uma tradição neuropatológica arraigada à especialização (como advogado por Karls Kleinst) do que por considerações ideológicas. Ainda, para a autora, em ambas as zonas de ocupação, a cooperação entre a psiquiatria e a neurologia formulada em torno na psicocirurgia fortaleceu as duas disciplinas.

Todavia, a despeito do ceticismo que ela despertou em parte de profissionais de saúde e da sociedade civil durante todo o período de uso, a leucotomia recebeu o Prêmio Nobel em 1949. Ainda que ela tenha sido epistemologicamente possível e cientificamente interessante para a neurologia e para psiquiatria, como ela pode se sustentar durante treze anos de críticas e resultados instáveis e pouco conclusivos? Como ela pode receber o maior reconhecimento médico do contexto, o Prêmio Nobel, em 1949, após o Código de Nuremberg, de 1947, e da Declaração dos Direitos Humanos, publicado em 1948?

Certamente, um elemento central para a sua sustentação foi a manutenção de um corpo de profissionais e experimentos que permitiu a sua continuidade em alguns países – em menor ou maior escala – mesmo após o aparecimento dos antipsicóticos. Isso porque a psicocirurgia, como todo empreendimento científico, obteve êxito através da arregimentação de aliados e da conformação de redes de atores e instituições engajados na sua construção como fato científico e artefato técnico (LATOUR, 2000). É sobre esses dois últimos pontos que faço em seguida um breve panorama, mostrando a circulação de textos e de profissionais envolvidos com a técnica que nos permite compreender, ao lado das bases epistemológicas, a legitimação dessa tecnologia terapêutica por meio de uma rede científica internacional.

#### **1.4. Circulação internacional da psicocirurgia: a terapêutica em diferentes contextos nacionais**

Vimos que as bases epistemológicas da psicocirurgia se conformaram aos padrões mais modernos de cientificidade da biomedicina vigentes no começo do século XX – organicismo, localizacionismo cerebral e experimentação – com vistas a se firmar como especialidade médica, na medida em que respondia, principalmente, às duas primeiras exigências. A despeito das críticas e turbulências que acompanharam a sua história, podemos situar a psicocirurgia na vertente da crescente ênfase nos fatores psicossomáticos da doença e dos tratamentos que deram “uma nova vida à psiquiatria” (WEISZ, 2006: XXVIII).

É também fundamental discutir sua circulação para compreender outros fatores sociais e profissionais que permitiram a chegada da psicocirurgia ao “panteão” médico naquele contexto, estruturando-se como terapêutica possível em diferentes espaços nacionais. Por isso, analiso a história da psicocirurgia segundo a reflexão de James Secord, para quem é preciso “pensar sobre a produção de conhecimento como uma forma

ativa de comunicação” (SECORD, 2004: 661, tradução minha). Acompanhar o trânsito internacional da terapêutica, a partir de textos, pessoas e imagens nos indica que a psicocirurgia não foi um conhecimento científico produzido localmente e transferido para contextos mais gerais. Ela nasceu e se disseminou graças a um fluxo contínuo de comunicação, o que pode ser visto em relação às ideias que influenciaram o trabalho de Egas Moniz e às trocas científicas que procederam ao desenvolvimento da leucotomia em correspondências, textos acadêmicos e em conferências médicas<sup>61</sup>. Ela não foi um fenômeno isolado, mas um tratamento que reuniu uma comunidade global de médicos e profissionais da saúde que compartilharam experiências e pesquisas em dezenas de países (COLLINS e STAM, 2014).

Na historiografia e na documentação, algumas singularidades em relação às variações da primeira técnica cirúrgica são por vezes diluídas pelo termo “lobotomia” (MARTYR e JANCA, 2018) que generaliza características particulares a cada uma delas. Isso não nos impede, contudo, de procurar compreender a expansão da terapêutica como um todo, que graças ao compartilhamento de princípios médico-científicos pôde chegar a diferentes contextos. Esse olhar panorâmico demonstra também que sua chegada aconteceu em momentos diferentes nesses países ou mesmo em diferentes instituições dentro de um mesmo país. De maneira geral, o quadro que esboço a seguir vem contribuir com um mapeamento geral da psicocirurgia que, mais tarde, nos possibilita uma maior inteligibilidade da especificidade de sua inserção do Estado de São Paulo.

A primeira publicação sobre a aplicação sistemática de cirurgias que visavam erradicar delírios e alucinações de doentes com psicoses efetivas e esquizofrenia foi a obra *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*, de Egas Moniz (PERREAULT, 2012). Divulgada nessa obra, a leucotomia pré-frontal – técnica elaborada por Moniz em parceria com o neurocirurgião português Almeida Lima – deu origem a variações da operação em outras partes do mundo. Anos mais tarde, em *O vagaroso desenvolvimento da leucotomia pré-frontal em Portugal* (1978), Walter Freeman afirmou que o impacto da publicação foi a princípio lento e que ainda na década de 1930 apenas alguns artigos (nove a doze) apareceram em publicações médicas no Brasil, Cuba Itália e Estados Unidos (FREEMAN, 1978: 424).

---

<sup>61</sup> Sobre o embasamento para o desenvolvimento da leucotomia, influências de Moniz ver Cascais (1991) e Valenstein (1986), ponderando sobre alguns aspectos de “indignação moral” quanto à terapêutica presentes no texto desse último autor Braslow (2000).

A história da psicocirurgia nos Estados Unidos recebeu considerável atenção da literatura especializada, “eclipsando”, de alguma forma, a historiografia de outros países. O trabalho de Jack Pressman, *Last Resort* (1998), conseguiu grande repercussão quando publicado, sobretudo pela argumentação de que a terapêutica foi viabilizada pelo contexto científico, profissional e cultural da época e de que ela teria participado dos padrões de “boa medicina”, atuando de maneira contundente na sofisticação da psiquiatria do contexto<sup>62</sup>. Seu livro chamou atenção para trabalhos precedentes, como o de Elliot Valenstein (1986) e o de Joel Braslow (1997), e abriu portas para outras formas de escrita sobre a história da terapêutica naquele país, como os estudos de Michal Raz (2013) e de Jennell Johnson (2015). Todos esses trabalhos, de maneira geral, atentam para a quantidade de cirurgias feitas no país entre 1936 e meados de 1950, que teriam totalizado cerca de 35 mil operações, colocando os Estados Unidos na dianteira estatística na história da terapêutica (VALEINSTEIN, 1980).

A relevância dos Estados Unidos para a experiência da psicocirurgia, como bem aponta Zbigniew Kotowicz (2008), é inegável. A figura de Walter Freeman como fomentador da psicocirurgia (que a popularizou com o termo lobotomia), também percorre a página de todos esses trabalhos. Pessoalmente, Freeman teria praticado mais de 3 mil intervenções em 23 estados dos Estados Unidos (ainda que não fosse cirurgião)<sup>63</sup>. A terapêutica, naquele país, não ficou restrita aos hospitais, mas ganhou a grande mídia e contou com o envolvimento de leigos e profissionais em debates públicos na defesa e na crítica ao procedimento até os anos 1970, como bem demonstrou o estudo de Jenell Johnson (2015), *American Lobotomy: A Rhetorical History*.

De fato, Walter Freeman atuou como grande difusor da técnica no mundo e já em 1942 publicou *Psychosurgery*, um estudo de trezentos casos de pacientes operados em companhia de James Watts. É também inegável o seu papel no processo de aceitação e desenvolvimento da tecnologia terapêutica, já que foi por meio de sua obra que a psicocirurgia chegou a diversos países (PARADA, 2016).

Também é relevante a repercussão dos trabalhos de Freeman nas atividades dos

---

<sup>62</sup> Para Scull, na tentativa de evitar uma visão anacrônica e julgamentos do presente sobre a terapêutica, Pressman teria superestimado a contribuição da psicocirurgia para a psiquiatria e visto com um olhar tendencioso uma relação entre a lobotomia e os padrões médicos contemporâneos (SCULL, 1995: 232).

<sup>63</sup> A falta de metodologia cirúrgica e a defesa de que qualquer médico sem formação neurocirúrgica poderia praticar a lobotomia transorbitária teriam sido os motivos que fizeram James Watts abandonar a trabalho psicocirúrgico com Walter Freeman em 1950 (RAZ, 2013).

médicos do Juquery. Em ata da Sessão Extraordinária realizada pelo Centro de Estudos “Franco da Rocha” em 13 de março de 1944, Aloysio Mattos Pimenta proferiu a conferência *Impressões da viagem aos Estados Unidos*, na qual falava sobre as atividades científicas daquele país com destaque para a neurocirurgia que, segundo ele, se encontrava em “pleno progresso” (AAPESP, 1944: 281)<sup>64</sup>.

Mas a euforia em torno da terapêutica não foi um fenômeno exclusivo daquele país. A psicocirurgia adquiriu lugar significativo na prática psiquiátrica em outros contextos nacionais, como na Inglaterra, onde cerca de 1500 cirurgias foram feitas (MARTYR e JANCA, 2018) e na Escandinávia, onde milhares delas foram realizadas (TRANØY, 2005).

De maneira distinta ao que aconteceu na maioria dos países europeus que investiram na psicocirurgia após a Segunda Guerra Mundial, em outros houve interesse pelo procedimento imediatamente após a publicação de Moniz em 1936. Naquele mesmo ano, um jornal da Itália anunciou a monografia de Egas Moniz e, no ano seguinte, o próprio Moniz publicou um artigo sobre a leucotomia que informava sobre a técnica em italiano. Ainda em 1937, a psicocirurgia foi apresentada no 21º Congresso da Sociedade de Psiquiatria em Nápoles e em um congresso sobre terapias modernas para esquizofrenia em Milão. Emilio Rizzatti, psiquiatra de Turim que se tornaria um profícuo utilizador da leucotomia no país, publicou o primeiro resultado de uma cirurgia feita em 1937 e nele divulgou a variação transorbitária desenvolvida por Amaro Fiamberti (1894-1970)<sup>65</sup>. Essa variação, posteriormente utilizada em diversos países na Europa, serviu de inspiração para o “método do picador de gelo” de Walter Freeman nos Estados Unidos (COLLINS e STAM, 2014: 342, tradução minha).

O Japão foi outro país que, embora não citado por Freeman entre os pioneiros na importação da tecnologia terapêutica, também se juntou à crescente comunidade internacional da psicocirurgia na década de 1930. O cirurgião Mizuho Nakata (1893-1974) fez o primeiro procedimento psicocirúrgico do país em 1938. Foi, contudo, após a Segunda Guerra Mundial, que a psicocirurgia atraiu maior interesse no país,

---

<sup>64</sup> Atas da Sessão Extraordinária 13-III-1944, presidida por Francisco Tancredi (AAPESP, 1944: 281).

<sup>65</sup> Psiquiatra italiano, Fiamberti foi primeiro a performatizar uma lobotomia transorbitária. Foi nomeado diretor do Hospital Psiquiátrico de Varese em 1964.



principalmente porque psiquiatras japoneses adquiriram experiência cirúrgica no serviço militar durante a guerra (NUDESHIMA e TAKAOMI, 2017).

O início da Segunda Guerra Mundial interrompeu o avanço da leucotomia nos países diretamente envolvidos, como aconteceu com a Itália, quando foram suprimidas publicações em torno do tema (KOTOWICZ, 2008). Já no primeiro ano da Guerra, Freeman teria se desapontado com o pouco interesse pela lobotomia demonstrado no *3th International Neurological Congress*, que aconteceu em Copenhague (COLLINS e STAM, 2014). A apresentação feita por Paulino Longo, Mattos Pimenta e Joy Arruda na I Conferência de Psicocirurgia, em Lisboa, em 1948, ressaltava que a guerra teria interferido no avanço da psicocirurgia na Europa, deixando “para trás” países como Itália e Portugal, que anteriormente haviam tomado a dianteira da terapêutica (LONGO et al., 1949:127).

Apesar dos entraves gerados pela guerra, Collins e Stam (2014) afirmam que mais de dez países participaram do mapa da psicocirurgia até 1944, graças a esforços de divulgação de Moniz e Freeman. Além dos países já citados, os autores indicam também a utilização da operação por médicos da Índia, Nova Zelândia e Suécia, sendo que no último, a técnica chegou a ser introduzida nos hospitais públicos em 1946 (ÖGREN, e SANDLUND, 2005). No período posterior ao conflito, a psicocirurgia se expandiu de maneira ainda mais significativa, atingindo países como China, México, Costa Rica, Israel, Hungria, Iugoslávia e Canadá. A lobotomia seria ainda “a primeira terapia importada para a Palestina dos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial” (ZALASHIK e DAVIDOVITH, 2006: 94, tradução minha). Na França, onde a primeira intervenção cerebral havia sido feita em 1939, foi também com o fim da guerra que a terapêutica alcançou maior receptividade e impulso dentro da prática psiquiátrica.

É curioso notar que as tentativas operatórias de Egas Moniz, apresentadas em Paris em 1936, receberam, a princípio, reações adversas em solo francês. A primeira utilização da terapêutica no país teria acontecido em 1939 pelas mãos do psiquiatra Gaston Ferdière (1907-1990), em Roudez, e sua divulgação não provocou grande entusiasmo entre os psiquiatras. Segundo Carlos Parada, no contexto de recepção da psicocirurgia, a psiquiatria francesa vivia um momento de crise de legitimidade. Fundamentos teóricos confrontados, lacunas conceituais, falta de fundamentos científicos e experimentais compunham o *status* desacreditado da disciplina no país. Seus resultados

práticos eram postos em questão, assim como a função asilar em si, em um momento no qual cada psiquiatra na França teria a seu encargo cerca de 200 a 1000 pacientes internados.

Foi no quadro de expansão das experimentações no pós-guerra que a psiquiatria francesa acabou por acolher novas terapêuticas de caráter empírico, o que viria ao encontro de sua busca por bases científicas e pela eficiência de seus tratamentos, seguindo a “onda americana”. Para tanto, concorreu a visita de Alphonse-Marie Baudouin (1876-1957) a diferentes hospitais nos Estados Unidos em 1945, médico que já que havia sido eleito, naquele ano, presidente da Sociedade Médica-Psicológica de Paris. De fato, segundo Parada (2016: 42) o interesse de Baudouin nas técnicas cirúrgicas teria sido o primeiro passo para o crescimento do investimento na terapêutica no Hospital Sainte-Anne (PUECH et al., 1950).

Com relação ao Canadá, Isabelle Perreault (2012) afirma que a lobotomia chegou ao Quebec nos anos de 1940, também no contexto de “sucesso” da terapêutica após a Segunda Guerra, e foi aplicada em diversos hospitais psiquiátricos e institutos neurológicos. Seu uso no Hospital Saint-Jean-de-Dieu, entre os anos de 1949 e 1956, objeto de estudo mais atento da autora, resultou em mais de 250 intervenções praticadas junto aos internos do estabelecimento. Alguns argumentos médicos para a prática naquele hospital corroboram, para ela, a hipótese de que a lobotomia foi aplicada para administrar comportamentos difíceis dentro da instituição. Um dos médicos, Dr. Charest, argumentava que vários pacientes lobotomizados poderiam voltar para suas famílias apesar da cirurgia resultar, por vezes, em comportamentos pouco sociais ou em um excesso de apatia. A docilidade dos pacientes permitiria, mesmo àqueles não aptos à alta, menor vigilância, conviver com outros pacientes e participar da laborterapia (terapia por meio do trabalho) na instituição.

Em relação à América Latina, a maioria dos países parece ter adotado a terapêutica a partir dos anos 1940, com exceção do Brasil (em São Paulo) e de Cuba, que contaram com aplicações da psicocirurgia também na década de 1930 (CORRIA, 1948). No país caribenho, as primeiras leucotomias também datam de 1936, quando o médico Ramirez Corria performatizou cirurgias em “crianças com comportamento agressivo e antissocial” (COLLINS e STAM, 2014; LAMBE, 2016). No entanto, a organização do primeiro serviço de neurocirurgia do país – por iniciativa desse mesmo médico, no Hospital

General Calixto Garcia –, só aconteceu em 1949 (LAMBE, 2016), em meio ao impulso gerado pelo Prêmio Nobel de Moniz.

Os trabalhos sobre outros países da América Latina reportam a prática da psicocirurgia na década de 1940, como foi o caso no Chile. Em 1947, Alfonso Asenjo e outros médicos colaboradores publicaram no país um artigo sobre o uso de lobotomia pré-frontal em trinta pacientes. Na comunicação eles informavam que a escolha por esses pacientes se deveu à pressão de familiares e ao fato de não terem respondido a outros tratamentos como a insulino-terapia, ao choque por cardiazol e o eletrochoque. A maioria deles sofria de esquizofrenia e, como resultado das operações, dez receberam alta, cinco não apresentaram qualquer melhora e outros cinco faleceram. Surpreendentemente, os resultados, foram apresentados de forma otimista e amparados por êxitos publicados por outros médicos (em sua maior parte, textos de Walter Freeman) e levaram os autores a considerar a lobotomia “como tratamento habitual das psicoses” (ANSEJO et al., 2011: 98, tradução minha).

Collins e Stam (2014) relatam ainda experimentação no México por Manuel Velasco-Suarez desde 1947, que apresentou na I Conferência Internacional de Psicocirurgia de 1948 um relatório sobre a aplicação da leucotomia em setenta casos de pacientes sofrendo de “dor mental e incoercível”. Entre os inúmeros pupilos de Freeman, estariam também Abraham Mosovich, da Argentina, e A. Gonzalez Revilla, do Panamá. O mais interessante é ver que alguns desses “discípulos”, (incluindo os dois últimos), criaram em 1957 uma associação dedicada a Walter Freeman (“Asociacion de Alumnus de Walter Freeman”) no I Congresso Latino Americano de Neurocirurgia<sup>66</sup> (COLLINS e STAM, 2014). Essa iniciativa demonstra, claramente, que os psicofármacos não puderam, de uma só vez, eliminar o interesse médico criado em torno da psicocirurgia.

#### **1.4.1. O Brasil no mapa da psicocirurgia**

No Brasil, a chegada da psicocirurgia se deu por intermédio de Egas Moniz, e não de Walter Freeman. Alguns estudos sobre outros países têm sugerido a relevância de Freeman na difusão da terapêutica em nível internacional e a ele é atribuída a chegada da terapêutica a países como a Hungria e o Japão (COLLINS e STAM, 2014). Mas de

---

<sup>66</sup> Sobre o Congresso, ver ALBERNAZ, 1957.

maneira próxima ao que ocorreu nos Estados Unidos e na Itália, também no Brasil houve rápida atenção dos médicos para os procedimentos psicocirúrgicos.

Collins e Stam (2014) ressaltam que os vínculos criados entre o médico português e os médicos brasileiros – quando da demonstração da angiografia cerebral no Brasil oito anos mais cedo –, permitiram que Aloysio Mattos Pimenta fosse o primeiro neurocirurgião “a praticar a leucotomia fora de Portugal, em agosto de 1936, um mês antes da primeira cirurgia feita por Freeman e Watts nos Estados Unidos” (COLLINS e STAM, 2014: 341, tradução minha). Após operar seus primeiros 32 pacientes, Pimenta seguiu para a Europa para aperfeiçoar seu conhecimento no campo, enquanto outros neurocirurgiões avançavam com o procedimento no país (MASIERO, 2003; COLLINS e STAM, 2014).

Mas a psicocirurgia não ficou restrita à sua utilização no Hospital Psiquiátrico do Juquery. Uma breve investigação nos mostra que ela foi utilizada em instituições de outros estados e demonstra que a terapêutica guardou especificidades também dentro do contexto nacional. Em estados como Pernambuco, Rio de Janeiro, Bahia e Minas Gerais ela começou a ser utilizada na década de 1940, especialmente no contexto pós-guerra.

O primeiro trabalho encontrado sobre o uso da técnica em outros estados fala sobre o uso da psicocirurgia no Estado de Pernambuco. O estudo de Carlos Aberto Cunha Miranda abordou seu uso no Hospital de Alienados de Pernambuco pelo médico Joaquim Cavalcanti na primeira metade da década de 1940. No artigo *Lobotomia pré-frontal* publicado em 1943 em *Revista Neurologia*, Cavalcanti relatou a aplicação da cirurgia em treze pacientes que já haviam passado por outros tratamentos, como cardiazolterapia e insulinoaterapia. Dois deles haviam sido diagnosticados como psicóticos e os demais como esquizofrênicos. Os resultados da aplicação da técnica de Freeman-Watts teriam sido positivos aos olhos do médico, apesar de ele ter constatado pequena melhora em apenas dois deles, tendo apenas três recebido alta. Além destes, quatro pacientes não tiveram melhora, dois permaneceram no hospital, um dos pacientes faleceu e outro apresentou um quadro de hemiplegia<sup>67</sup>.

No Rio de Janeiro, foram localizadas publicações sobre a psicocirurgia ainda mais tardios, em fins da década de 1940. Na Colônia Juliano Moreira, situada na capital, o

---

<sup>67</sup> Segundo Masiero (2003), a hemiplegia e paraplegia (paralisias motoras totais ou parciais) estão entre as sequelas indeléveis oriundas da cirurgia.

serviço de psicocirurgia foi criado em 1949 pelo professor Heitor Péres (1907-1990)<sup>68</sup>. As atividades naquele hospital funcionaram a princípio em uma dependência do Bloco Médico Cirúrgico. Posteriormente, com “o evoluir dos trabalhos e à vista do bom êxito alcançado pelo novo método”, foi inaugurado o pavilhão “Egas Moniz”, “magnificamente instalado, com todos os requisitos para a moderna psicocirurgia e sob competente direção do neurocirurgião Márcio Penna Pereira” (FERREIRA, 1954: 3).

Os resultados apresentados na obra incidiam sobre um ponto acerca do qual os médicos eram bastante enfáticos: “Quando indicamos a leucotomia, visamos, primordialmente, um sintoma: a agressividade”. Sobre as indicações, primordialmente feita em esquizofrênicos, interessavam os doentes “em cujo quadro clínico era indiscutível o predomínio do caráter agressivo (que estaria presente, sobretudo, em pacientes com esquizofrenia paranoide). Em plano inferior à agressividade, seguiriam “a agitação psicomotora, as perturbações de conteúdo do pensamento, os erros senso perceptivos, o contato deficiente com o meio, etc.”, sendo “relegado para o plano secundário outros sintomas psicopatológicos” (FERREIRA, 1954: 45)<sup>69</sup>.

Já no texto de Maurício de Medeiros<sup>70</sup> (1885-1966), publicado em 1949 na revista *Ciência para Todos*, o então diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) explicava sobre os impedimentos que teriam proporcionado um número reduzido de experiências com a psicocirurgia (“uma dezena de casos”) no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Além de não possuir instalação própria para as intervenções, era preciso considerar também a “pequena lotação” do Instituto e a “resistência respeitável das famílias dos doentes”. Esses obstáculos teriam impedido, naquele momento, que atingissem um número de observações suficientes para a formulação de um julgamento próprio” (MEDEIROS, 1949: 3).

---

<sup>68</sup> Heitor Carpinteiro Péres, psiquiatra brasileiro, diretor da Colônia Juliano Moreira em 1946.

<sup>69</sup> Se nos trabalhos do Juquery não há justificativa explícita sobre a escolha das mulheres, Ferreira informa que, para aquele estudo, não houve “preferência deliberada de sexo”. Com relação ao fato de haver superioridade numérica de pacientes do sexo masculino (três para um), ele informava que tal discrepância decorria das “condições de trabalho” da colônia. Assim, essa diferença decorria das características da população local, e não alteraria “a veracidade dos fatos” (FERREIRA, 1954: 49).

<sup>70</sup> Maurício Campos de Medeiros, psiquiatra brasileiro, assumiu direção do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1950 foi chefe da delegação brasileira no 1.º Congresso Mundial de Psiquiatria.

Em 1950, a revista *Eu sei tudo* – criada em 1917 pela Editora Americana, com sede no Rio de Janeiro<sup>71</sup> – apresentou o artigo de divulgação “Lobotomia, cirurgia da angústia” (*Eu Sei Tudo*, nº 5, out/1950: 17-18). A publicação tratava das esperanças terapêuticas da lobotomia, apresentando-a ao público como grande novidade em 1950, quatorze anos após as primeiras operações feitas no Juquery. A data permite inferir que o investimento sistemático na psicocirurgia ocorreu mais tardiamente naquele estado, considerando-se ainda que a seção de psicocirurgia na Colônia Juliano Moreira foi organizada em 1949. Por outro lado, é problemático afirmar, a princípio, que algumas operações não tenham sido feitas antes. Sabemos, por exemplo, que em 1946 Mário Yahn foi convidado ministrar uma aula sobre a leucotomia no centro de Estudos Paulo César de Andrade, no Rio de Janeiro, convidado pelo então livre-docente de Clínica Psiquiátrica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, José Leme Lopes. Dessa aula resultou o artigo “Sobre a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz”, publicado em *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, que foi posteriormente incorporado como primeiro capítulo da obra *Tratamento cirúrgico...* (YAHN et al., 1951a).

Já no Hospital Juliano Moreira na Bahia, as psicocirurgias teriam sido efetuadas graças ao diretor da instituição e professor da Universidade da Bahia, Dr. João Ignácio de Mendonça, que colocou “à disposição” os pacientes e as instalações onde as cirurgias foram realizadas. Os resultados foram publicados na tese da Faculdade de Medicina Universidade da Bahia *Lobotomia pré-frontal (indicações, técnicas, cuidados pré e pós-operatórios)*, escrito por Jaime Martins Vianna<sup>72</sup>. Publicada em 1946, a obra trazia resultados, efeitos e complicações derivadas das operações com os quais ele pretendia demonstrar a experiência já adquirida no campo, “na esperança de que possa ter alguma utilidade nas mãos de todo aquele que pretenda realizar a psicocirurgia” (VIANNA, 1946, prefácio).

Vianna trazia os resultados das operações em dezesseis pacientes, sendo doze esquizofrênicos e quatro com diagnóstico de psiconeuroses (sendo um dos casos de neurose obsessiva, um de neurose completa, um de neurose compulsiva e um caso de fobia). No quadro geral, o médico contava os resultados segundo critério sintomatológico.

---

<sup>71</sup> *Eu sei tudo* era uma revista de variedades com notícias relacionadas à ciência que artigos publicados em revistas estrangeiras e brasileiras (MASSARANI, 1998:113-114).

<sup>72</sup> Jaime Martins Vianna é considerado pioneiro da Neurocirurgia na Bahia. Iniciou sua atividade profissional em Salvador, em 1942 e organizou o VII Congresso da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia em 1968, em Salvador (GUSMÃO e SOUZA, 2008).

No grupo de esquizofrênicos, dos doze pacientes, considerava que os quatro casos de agitação e os seis casos com alucinações haviam sofrido influencia benéfica da técnica (nesse último constatando a recidiva de um deles). Mas um caso de catatonia havia apresentado piora e os dois casos de apatia e um dos dois casos de deterioração emocional não foram influenciados. Nesse grupo, houve também uma morte em função da intervenção.

Além desses trabalhos sugerirem a presença da psicocirurgia difundido pelos diferentes estados do país, podemos dizer também que os praticantes de psicocirurgia brasileiros trabalhavam em rede, fazendo circular o conhecimento sobre o tema. Afonso Sette Jr., neurocirurgião do Juquery, por exemplo, publicou em São Paulo uma análise da tese de Vianna no mesmo ano em que ela havia sido defendida em Pernambuco. No geral, Sette Jr. analisou os pontos levantados por Vianna nos quatro capítulos, como os riscos hemorrágicos em que se incorria ao cortando-se o cérebro “até a produzir a desorientação” do paciente (uma etapa necessária no processo operatório elaborado Walter Freeman). O médico do Juquery concluía sua análise afirmando que o trabalho poderia ser mais interessante se o autor “tivesse dado melhor sistematização à exposição, destacando mais a parte original e as conclusões”. Mas talvez a observação de maior destaque seja em relação ao uso da operação no grupo de psiconeuroses (sobre os quais Vianna informava duas remissões e dois casos de morte). Sette Jr. considerava “arrojada” a decisão pela operação nesses casos (de neuroses) quando não se dispunha no corpo médico um médico psicanalista (SETTE JR., 1946: 276).

Em relação à Minas Gerais, Maristela Nascimento Duarte (2009), informa que orientação organicista do Hospital Colônia de Barbacena permitiu que a psicocirurgia fosse também ali praticada. Duarte aponta três evidências que corroboram essa afirmação: os instrumentos cirúrgicos presentes no Museu da Loucura, uma entrevista realizada com um médico do HCB, Dr. Eloy Henrique Dutra Câmara e informações divulgadas no jornal barbacenense *Jornal Cidade de Barbacena*. O periódico anunciava em agosto de 1953 que os neurocirurgiões Moacir Bernardes e Francisco Rocha, membros da equipe de Gerado Albernaz, teriam realizado novas cirurgias de lobotomia em quatro pacientes internos do Hospital Colônia. Seria a segunda vez que as intervenções cirúrgicas teriam sido feitas no Hospital, a primeira aparentemente no mesmo ano mesmo ano e por uma equipe chefiada por aquele médico, o Dr. Albernaz. O periódico afirmava ainda que as intervenções dessa natureza eram assistidas por elevado número de médicos

conterrâneos”. A entrevista com Eloy Dutra Câmara confirmaria que “a lobotomia foi feita (...) experimentalmente pelo cirurgião de BH, José Geraldo Albernaz [e na equipe] tinha o Dr. Osvaldo Fortini que era um dos médicos, e foi diretor do Hospital Colônia” (CÂMARA, 2004, como citado em DUARTE, 2009: 193-194).

Até aqui, notamos que em Pernambuco a terapêutica foi utilizada já em 1943, no período pré-guerra, em um contexto no qual a psicocirurgia ganhava progressivamente espaço no mundo. A Bahia estaria inserida em um momento de entusiasmo pós 1945, com a tese de Jayme Vianna recorrendo sobretudo a trabalhos de Walter Freeman. Já Barbacena e o Rio de Janeiro teriam feito parte do clima de euforia em torno da psicocirurgia que de seu após o Prêmio Nobel. Esse é o contexto (de 1945 a 1954) que parte da historiografia chama de “Golden Age”: seriam os anos dourados, de maior entusiasmo pela terapêutica antes de se acerbarem as críticas e do aparecimento da psicofarmacologia.

A utilização da psicocirurgia aconteceu em outros espaços hospitalares entre as décadas de 1940 e 1950, mas o Juquery caracteriza-se como o “grande pólo” de uso da técnica no Brasil (OLIVEIRA et al., 2011). O esforço dos médicos paulistas em difundir o trabalho que realizavam no campo da psicocirurgia dentro e fora do país é notável. Uma das oportunidades de difusão da prática psicocirúrgica se deu em 1944, no I Congresso de Neuro-Psiquiatria da Sociedade de Neurologia e Psiquiatria de Buenos Aires. Na ocasião, Mário Yahn apresentou o trabalho “Resultados comparativos dos modernos tratamentos de choque na Esquizofrenia (Eletrochoque, Cardiazol, Insulina, Leucotomia cerebral)” (CÉSAR, 1945-46).

A posição ocupada pelo Juquery, na dianteira da experimentação das técnicas cirúrgicas no país, é notada no processo de circulação da terapêutica no principal evento internacional sobre psicocirurgia, a I Conferência Internacional da Psicocirurgia. Realizada em agosto de 1948 na cidade de Lisboa, a conferência contou com a participação de representantes de vinte países que debateram mais de oito mil observações clínicas, confirmando a visibilidade da técnica em nível internacional. Segundo Collins e Stam (2014), os resultados discutidos sobre as psicocirurgias realizadas em mais de 40 países, demonstraram o alcance da terapêutica dentro de uma “comunidade global de médicos e profissionais de saúde” (COLLINS e STAM, 2014: 336, tradução minha). Em meio àquela comunidade, encontramos os médicos psiquiatras e neurocirurgiões do



Hospital Psiquiátrico do Juquery. No evento, “Yahn, Mattos Pimenta e Afonso Sette comunicaram sua experiência em 233 leucotomias praticadas em esquizofrênicos crônicos”. Ao lado de um médico de Praga, outro de Rochester e do italiano Fiamberti, entre outros, os médicos paulistas divulgaram ali os resultados colhidos em seu experimento no hospital (BALCELLS, 2016: 132, tradução minha). Os resultados obtidos a partir de uma série de casos aplicados no Serviço de Neuropsiquiatria do Instituto Paulista por Paulino Longo, Mattos Pimenta e Joy Arruda em 1944 também foram divulgados nesse evento (LONGO et al., 1949).

O interesse e viva participação desses médicos é igualmente marcante no I Congresso Internacional de Psiquiatria, realizado em Paris em 1950. O congresso contou com a presença de grandes especialistas da área dos saberes *psi* no mundo, como Anna Freud, Lazlo Meduna, Manfred Sakel e Eugène Bleuler e foi consagrado principalmente à psicanálise, aos tratamentos de choque, à nosografia e à psicocirurgia (PARADA, 2016: 49) e com intensa comunicação dos trabalhos de médicos de São Paulo.

Naquela oportunidade, foram convidados como comentadores da sessão plenária os doutores Aníbal Silveira (1902-1979)<sup>73</sup> e Mário Yahn, que atuaram na sessão sobre psicocirurgia (Silveira teria ainda presidido outra sessão sobre a terapêutica). Relaciono abaixo alguns dos comentários e comunicações apresentados pela Comissão da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo que demonstram o esforço de difusão da terapêutica. Aníbal Silveira foi responsável por<sup>74</sup>: “Discussão do relatório sobre leucotomia”, “Anatomofisiologia cerebral à luz das lobotomias e topectomias”, “Anatomofisiologia cerebral detectada pela leucotomia pré-frontal seletiva: os dinamismos de regulação e de liberação cortico-corticais”, “Aspectos terapêuticos das

---

<sup>73</sup>Aníbal Cipriano da Silveira, psiquiatra paulista que exerceu no Juquery os cargos de anatomopatologista, psiquiatra, médico interno, residente e chefe de clínica. É também considerado um dos pioneiros da psiquiatria no Brasil (LONGMAN, 1979).

<sup>74</sup> Para referência completa: *Discussion of report on leucotomy* (Colloque, Congrès Internat. De Psychiatrie, Paris, 22-9-1950); *Anatomo-physiologie cérébrale à la lumière des lobotomies et des topectomies* (Discussion des rapports officiels, Séance Plénière, Section III, ibid 22-9-1950); *Anatomo-physiologie cérébrale décélée par la leucotomie pré-frontale selective: les dynamismes de régulation et de libération cortico-corticales* (collab. avec C. F. Camargo, E. M. Gomes, I. Melsohn, J. Logman, M. Robortella, O. L. Barros Salles, P. Dantas, S. Vizzotto, W. Carvalho, A. M. Pimenta e A. Sette Jr. Id. ibid. 25-9-1950); *Physiopathologie du cortex pré-frontal d'après les recherches cliniques dans les sujets leucotomisés* (collab. avec A. M. Pimenta, A. Sette Jr., C. F. Camargo, E. M. Gomes, I. Melsohn, J. Logman, M. Robrotella, O. L. Barros Salles, P. Dantas, S. Vizzotto et W. Carvalho, Id. ibid., 25-9-1950); *Aspects thérapeutiques des lobotomies: suggestions pour le choix entre lobotomie et topectomie* (Symposium, Id. ibid., 25-9-1950). Citados em: Relatório apresentado pela Comissão de Médicos da Assistência a Psicopatas, que representou o Departamento. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XV, Jan-Dez, 1950, n° único, p.185-194.

lobotomias: sugestões para a escolha entre lobotomia e topectomia” e “Fisiopatologia do córtex pré-frontal segundo as pesquisas clínicas em pacientes leucotomizados” (em colaboração com diversos médicos, entre eles Mattos Pimenta e Sette Jr.).

Mattos Pimenta e Spartaco Vizzoto, por sua vez, ficaram responsáveis por “Psicopatologia do lobo orbitário: as contribuições da lobotomia”<sup>75</sup> e Mário Yahn participou das discussões da sessão plenária “Anatomofisiologia cerebral à luz das lobotomias e topectomias” e apresentou “Apreciação sobre a forma de agir da leucotomia cerebral” e “Leucotomia pré-frontal em crianças e em adolescentes”<sup>76</sup>. Também é interessante que o médico Isaías Melsohn<sup>77</sup>, posteriormente conhecido como prestigioso psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (de forma semelhante ao que veremos em relação a Mário Yahn no próximo capítulo), participou do evento e apresentou “As funções do lobo frontal após leucotomia”<sup>78</sup>. Isso indica, novamente, que a oposição entre organicismo e psicanálise não foi lugar comum entre todos os praticantes da psicocirurgia.

Para as sessões plenárias, das quais participaram Aníbal Silveira e Mário Yahn, a comissão organizadora do Congresso “convidou as personalidades mais destacadas pela sua representação no país de procedência, ou pela sua expressão científica, para a presidência das sessões, e para comentar os trabalhos científicos”<sup>79</sup>. Aníbal Silveira, diferente de outros médicos do Juquery como Yahn, Pimenta e Sette Jr., não acumulava publicações sobre o tema, mas mostrava-se intensamente envolvido na terapêutica

---

<sup>75</sup> *Psychopathologie du lobe orbitaire: les renseignements de la lobotomie* (Congr. Inter. Psychiatrie Paris, 25-9-50). Citado em: Relatório apresentado pela Comissão de Médicos da Assistência a Psicopatas, que representou o Departamento. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XV, Jan-Dez, 1950, nº único, p.185-194.

<sup>76</sup> *Anatomo-psysilogie cérébrale à la lumière des lobotomies et des topectomies* (Discussion des rapports officiels, Séance Plenièrè, Section III, ibid 22-9-1950) ; *Apreciation de la façon d'agir de la leucotomie cérébrale* (Id. ibid., 25-9-1950) ; *Leucotomie pré-frontale ches les enfants et les adolescents* (collab. avec S. Krynski, Symposium, Id. ibid., 27-9-1950). Citado em: Relatório apresentado pela Comissão de Médicos da Assistência a Psicopatas, que representou o Departamento. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XV, Jan-Dez, 1950, nº único, p.185-194.

<sup>77</sup> Nascido na Polônia, Isaías Melsohn (1921-2009) formou-se psiquiatra pela Universidade de São Paulo em 1946. Entrou para o corpo médico do Hospital do Juquery em 1947 e tonou-se docente no Instituto de Psicanálise da SBPSP, em 1954. Em: Entrevista Com Isaías Melsohn – Transferência. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 41(75): dez. 2008 p.11-23. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v41n75/v41n75a02.pdf>. Acesso em 04 fev. 2019.

<sup>78</sup> *Les fonctions du lobe frontal après leucotomie* (Congr. Intern. Psychiatrie, Paris 25-9-1950). Citado em: Relatório apresentado pela Comissão de Médicos da Assistência a Psicopatas, que representou o Departamento. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XV, Jan-Dez, 1950, nº único, p.185-194.

<sup>79</sup>Em: Primeiro Congresso Internacional de Psiquiatra (Paris – 18 a 27 -950). *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XV, Jan/Dez, nº único, 1950, p.186-187.

naquele evento. Ele também participou, como veremos no próximo capítulo, da delegação brasileira que apresentou a moção à Moniz para o Prêmio Nobel (CORREIA, 2006: 60).

Considerando o teor e proporção do Congresso de Psiquiatria em 1950, essas informações nos permitem inferir a representatividade que os médicos do Juquery tiveram no encontro. A psicocirurgia figurou também como um dos pontos de observação da Exposição de Arte Psicopatológica, parte do Congresso, que teve lugar no Hospital Psiquiátrico de Sainte-Anne em Paris. Para esse evento foram levados por Maurício de Medeiros e Aduino Botelho<sup>80</sup> trabalhos de doentes de Engenho de Dentro, obras da coleção particular do médico do Juquery Osório César, levados por ele mesmo, e trabalhos outros de pacientes do Hospital do Juquery levados por Mário Yahn. Em seguida à exposição, o trabalho apresentado recebeu atenção e retorno da organização do congresso que solicitou diversas informações sobre as obras apresentadas e informava que a coleção enviada pelo Juquery estava entre as mais importantes e interessantes recebidas (YAHN, 1951: 23)<sup>81</sup>.

Em resposta à carta da organização, Mário Yahn esclarecia que duas pacientes cujos trabalhos de arte haviam sido enviados para a exposição, tinham passado, anteriormente, pela leucotomia cerebral de Egas Moniz. Sobre esse ponto ele informava que “Não houve modificação particular na sensibilidade artística de qualquer delas. Uma apenas, não sabemos se por coincidência, deixou de desenhar animais para fazer apenas flores” (YAHN, 1951: 27).

Dos 35 pacientes do Juquery que tiveram seus trabalhos expostos na ocasião, apenas aqueles que sofreram a leucotomia tiveram seu tratamento descrito, e isso se deu no sentido de informar que seus efeitos não foram limitadores da produção artística. Podemos inferir que, com essa resposta, Yahn buscava assegurar à comunidade científica sobre uma das possíveis implicações da terapêutica: o prejuízo da capacidade artística do paciente, ao mesmo tempo em que defendia seu uso nesse público específico.

---

<sup>80</sup> Aduino Junqueira Botelho (1895-1963), psiquiatra brasileiro, foi diretor do Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados de 1921 a 1938. Foi também o primeiro Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais criado em 1941 (MATHIAS, 2017).

<sup>81</sup> No original “Votre collection était parmi les plus importantes et les plus intéressantes”. A resposta dos médicos à carta da comissão organizadora francesa foi publicada em português nos *Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. XVI, Jan/Dez, nº único, e em francês no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. I n.º 72, p. 460-466, 1951 (YAHN : 1951b: 23).

De maneira geral, o I Congresso Internacional de Psicocirurgia (1948) marcou o processo de institucionalização e o fortalecimento dos psicocirurgiões a partir dessa tecnologia, a despeito de diversas críticas presentes. Se para seus opositores, as cirurgias tinham um caráter fortemente experimental e um resultado pouco terapêutico – como vimos no caso de Baruk, por exemplo –, seus defensores buscavam o consenso mais amplo de que ela permitia uma investigação do cérebro necessária para o desenvolvimento de pesquisas experimentais que haviam produzido resultados na direção de um tratamento mais eficaz das patologias mentais. E impressiona o otimismo dos médicos paulistas quando, naquela ocasião, defendiam que “após ter vencido a fase experimental, a lobotomia constitui, hoje, um método terapêutico de eficiência comprovada” (LONGO et al., 1949: 138).

A superação preconizada por Longo, Pimenta e Joy Arruda nesse trecho, contradiz o que lemos no artigo *Sobre a leucotomia de Freeman e Watts em três tempos*, publicada por Yahn, Pimenta e Sette Junior apenas dois anos antes. Nesse artigo, divulgado no volume de 1948-1949 de *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo* e que se tornou o maior capítulo de *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (1951) eles escreveram que:

Aventamos hipóteses e fizemos interpretações dos resultados clínicos da Leucotomia, mas sabemos que ainda não estamos em posição definida, mas defrontamos com um setor novo no sempre obscuro problema das relações entre o físico e o psíquico (YAHN et al., 1948-1949: 140).

Fazia eco a essa falta de precisão as conclusões do psiquiatra sueco Snore Wohlfahrt que colaborou com os pioneiros da psicocirurgia no país e compilou as evoluções pós-operatórias dos primeiros casos. Em 1949, Wohlfahrt escreveu: “A psicocirurgia ainda falha em descobrir suas indicações e contraindicações precisas e, infelizmente, os métodos ainda devem ser encarados como bastante crus e perigosos em muitos aspectos” (WOHLFAHRT, 1949, como citado em ÖGREN, e SANDLUND, 2005: 363, tradução minha).

Mas a falta de noções anatomopatológicas precisas não foi exatamente um obstáculo para a psicocirurgia. Ao contrário, esses seriam problemas de pesquisa, a serem resolvidos pela multiplicação de operações (PARADA, 2016: 61). Walter Freeman insistia sempre que negar o lugar da psicocirurgia entre as terapêuticas para as desordens mentais indicava “ignorância ou intolerância, ambas prejudiciais ao progresso”

(FREEMAN, 1946, como citado em LONGO et al., 1949: 130). Assim, a tecnologia terapêutica parecia avançar segundo os critérios neopositivistas da ciência, na direção do progresso, e segundo um caráter promissor: a ideia de que ela traria um dia resultados mais precisos.

E de fato, mesmo na década de 1950, a técnica ainda perseverava. Em 1952, em trabalho apresentado à Associação Paulista de Medicina durante as *Jornadas Médicas Luso-Brasileiras*, o famoso psiquiatra português Barahona Fernandes (1907-1992) abria sua fala dizendo que

A leucotomia pré-frontal, iniciada por Egas Moniz, representa não só um meio terapêutico, em via de aperfeiçoamento progressivo, e cujos resultados a clínica não pode hoje ignorar, como também um método de estudo de determinados problemas anátomo-fisiológicos e clínicos (BARAHONA, 1953: 75).

Essa visão geral da terapêutica nos permite ver que a psicocirurgia representou uma promessa terapêutica em constante processo de aperfeiçoamento. Todos os estudos, congressos, publicações, caminhavam nesse sentido: para a aprimoração da leucotomia e suas variações que “naturalmente” seria obtida pela somatória de relatos do seu emprego sistemático em um número crescente de casos.

Esse trajeto nos permite conceber as redes que produziram de forma material, instrumental, social, política e cognitiva essa tecnologia terapêutica (LATOURET, 2000), compondo um grande quadro de investigação e negociação, que comporta também uma natureza situada. Isso porque, enquanto prática geograficamente situada, a psicocirurgia respondeu a demandas sociais e médico-científicas locais, como veremos a partir do próximo capítulo em relação ao Hospital Psiquiátrico do Juquery. Ao mesmo tempo, sua ampliação enquanto fenômeno histórico de escala mundial foi possível graças a esse movimento científico de pesquisa e comunicação.

Este capítulo fecha neste ponto em que se sublinha o fato de que São Paulo participou efetivamente da experimentação com a terapêutica, ao mesmo tempo em que (co)ordenava seus princípios de funcionamento. No próximo capítulo iremos então nos dedicar ao Hospital do Juquery, onde buscaremos demonstrar a configuração que permitiu sua chegada precoce, em 1936, e os espaços científicos que permitiram esse grande investimento no tratamento. Enquanto em outros países da América a apropriação da leucotomia respondeu sobremaneira ao Prêmio Nobel de 1949, São Paulo esteve nas

coxias que organizaram a premiação de Egas Moniz. Não à toa, dois anos mais tarde ele *condecorou* esse grupo de médicos com um prefácio de *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (YAHN et al., 1951a).

## 2. Psiquiatria no Brasil e a apropriação da psicocirurgia pelo corpo médico do Juquery

A estruturação do conhecimento é fundamentalmente um esforço coletivo por meio do qual materiais e entidades heterogêneas, tais como ideias, conceitos, artefatos, textos, pessoas, normas e tradições são mobilizados, modificados, traduzidos, distorcidos, expostos, usados, ignorados ou ocultados em vista de uma realização prática (...). (GHERARD e NICOLINI, 2000: 329, tradução minha).

Retomemos, brevemente, a constituição da psiquiatria enquanto especialidade médica no Brasil com o intuito de dar maior visibilidade à mobilização da psicocirurgia pela psiquiatra paulista. A partir desse histórico, localizo a criação do Hospital do Juquery no contexto de legitimação dessa especialidade médica no Brasil e saliento algumas particularidades da saúde pública paulista em relação ao contexto nacional. Veremos que, no começo do século XX, a Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo conquistou o *status* de organização modelar em âmbito local e mesmo internacional.

Como esforço contínuo de modernização, o campo psiquiátrico paulista investiu de forma consistente no estudo e aplicação das mais novas tecnologias do campo. No Hospital do Juquery, essa recepção contou principalmente com o impulso de Antônio Carlos Pacheco e Silva, diretor da instituição entre 1923 e 1937. Pacheco e outros renomados médicos da assistência local instituíram, além disso, redes científicas e de sociabilidade que propiciaram seu encontro com Egas Moniz em fins dos anos 1920. Veremos como o trânsito de conhecimentos gerado pela disseminação da *angiografia cerebral*, técnica diagnóstica de contraste elaborada pelo médico português em 1927, agiu como facilitador do acesso dos médicos brasileiros à leucotomia. Essa rede esteve mais tarde ligada ao processo apropriação da psicocirurgia no hospital e à indicação da leucotomia pré-frontal ao prêmio Nobel, conquistado por Moniz em 1949.

A instalação da psicocirurgia no Juquery se deu, então, em função do corpo médico e da organização dessa instituição estadual, cuja prática clínica era regida por um pensamento fortemente organicista das doenças mentais – em consonância com a psiquiatria do contexto. Contando com um grande contingente de pacientes, muitos deles considerados em estado de cronificação, a terapêutica progrediu no hospital. Em função de intensa experimentação que conheceu ali, ela desdobrou-se em novas variações técnicas elaboradas pelo grupo de médicos formado por Mário Yahn, Aloysio Mattos

Pimenta e Afonso Sette Junior. Veremos a relevância de Mário Yahn, grande incentivador da terapêutica dentro da instituição e nos círculos médicos e midiáticos do contexto. Exponho, então, brevemente duas variações da terapêutica que nos esclarecem sobre o trabalho investigativo e experimental desenvolvido naquele hospital. Com esse percurso, objetivo situar a psicocirurgia no contexto paulista e no interior da instituição, discutindo, ao mesmo tempo, sua contribuição para a produção do conhecimento psicocirúrgico em nível nacional e internacional.

### **2.1. Breve história da psiquiatria no Brasil**

O Brasil presenciou, a partir de meados do século XIX, a organização de um movimento orientado para o aprimoramento da saúde coletiva e individual. Convencionalmente chamado de “movimento higienista” ou “movimento sanitaria”, essa corrente contemplou pensamentos e teorias diversos, partindo de preceitos biológicos e racialistas heterogêneos que adentraram o século XX (GÓIS, 2007: 5).

Esse movimento contou com o investimento do poder público que tinha como aliados médicos sanitaria, higienistas, engenheiros, urbanistas e psiquiatras. Por meio de instituições e projetos de intervenção social, esses atores ambicionavam colocar o país no caminho da modernidade e do progresso, preconizando os avanços na ciência e mudanças nos hábitos da população (FERREIRA e LUCA, 2011: 32). São ainda necessários trabalhos de pesquisa sistemática para avaliar os alcances e impactos das ações médicas amparadas pelo Estado. Além disso, a despeito da ampliação relativa de sua autoridade na cena pública no começo do século XX, são reconhecidas as limitações da autoridade médica, que não tinha (e não tem) alcance hegemônico sobre as práticas da população em função de questões estruturais e culturais (CHALHOUB, 1996; FERREIRA e LUCA, 2011: 32).

Ainda que frente a estas limitações e resistências, a sociedade paulista presenciou naquele momento – em meio a um forte crescimento industrial e urbano, com grande fluxo de imigração –, uma especial atenção à saúde que se construía a partir da cidade de São Paulo. Sustentado por um conjunto de instituições voltadas para o combate a doenças (HOCHMAN, 2005; SILVA, 2007) e para discussões sobre os problemas de saúde daquela região (TEIXEIRA, 2007), o sanitarismo paulista encontrou também na loucura – o oposto da civilização – uma epidemia a ser contida. Naquele momento, arranjos



médico-científicos passaram a afetar aspectos da vida pública e privada da população (STEPAN, 2004) e teorias e práticas eugenistas orientaram os saberes psiquiátricos, atrelando noções de anormalidade e desvio a elementos hereditários (CUNHA, 1985; MOTA e SCHRAIBER, 2012).

Em sua origem, a teoria eugênica comportava um conjunto de ideias e práticas relativas ao melhoramento da “raça humana” pela seleção dos genitores com base no estudo da hereditariedade e segundo princípios racialistas em voga na transição do século XIX para o XX (MACIEL, 1999). Ademais, assim como a sexologia, a eugenia estudou e categorizou o normal e o patológico com parâmetros de gênero, sexualidade e reprodução (STERN, 2010). Egas Moniz foi uma das figuras centrais da eugenia em Portugal e defendia que, na impossibilidade de se proibir “o prazer mais desejado e mais procurado na espécie” – o prazer sexual – aos degenerados e psicopatas graves, epiléticos, neurastênicos, leprosos, alcoólicos, tuberculosos e sífilíticos, seria lícito impedir as consequências “funestas” que daí poderiam advir, ou seja, “evitar-se a fecundação” (MONIZ, 1931: 252-253)<sup>82</sup>.

No Brasil, a eugenia foi congruente, em termos gerais, com as ciências biomédicas. A relação entre o “orgânico e o moral” advogada pelos princípios eugênicos foi delimitadora de noções de raça, explicitados discursos contra a miscigenação, como na voz de Renato Kehl<sup>83</sup>, e de gênero, que evidenciavam as mulheres como fisiologicamente frágeis e suscetíveis a transtornos mentais, reforçando a atenção ao seu comportamento. Da conduta feminina orientada para a geração de filhos e para a manutenção de sua saúde e educação, dependeria não apenas a estabilidade psíquica das mulheres, mas o equilíbrio da família, “canal privilegiado” do discurso médico, e o progresso de uma nação higienizada.

Segundo Nancy Stepan, as primeiras organizações eugênicas do país surgiram nas duas primeiras décadas do século XX na cidade de São Paulo, “capital do estado economicamente mais poderoso por volta da Primeira Guerra Mundial, que emergira

---

<sup>82</sup> Para mais, ver: CLEMINSON e SOUTO, 2012.

<sup>83</sup> Renato Ferraz Kehl (1889-1974), foi um médico, farmacêutico e escritor paulista. Criador da Sociedade Eugênica de São Paulo (1918), foi presidente da Comissão Brasileira de Eugenia (criada no início dos anos 1930) e pertenceu à Eugenics Society de Londres (SOUZA, 2016). Foi também membro da Academia de Medicina do Rio de Janeiro (COUTO, 1994: 53).

como importante força na política nacional” (STEPAN, 2004: 339). O Hospital do Juquery teve um papel central nessa história.

### **2.1.1. Conformação da especialidade psiquiátrica no país e suas relações com os saberes neurológicos**

O Brasil de meados do XIX viveu um contexto de profundas transformações sociais, como a reestruturação das relações de trabalho, ampliação e complexificação dos espaços urbanos, do “reconhecimento e legitimidade dos parâmetros burgueses” como modelos de progresso e civilização. Em meio a essas mudanças, e com o advento da República, consolidou-se também o processo de medicalização da loucura, objeto de saber e de prática especializados e atribuídos ao alienista (ENGEL, 2007: 322). Como parte dessas transformações, foi criada a primeira instituição destinada a recolher alienados mentais, o Hospício Pedro II, inaugurado na cidade do Rio de Janeiro em 1852 (MACHADO, 1978; TEIXEIRA, 1998; ENGEL, 2001).

Segundo Monique de Siqueira Gonçalves, a inauguração do hospício de alienados na capital do Império representou a criação do primeiro hospital especializado em moléstias mentais da América Latina e “um avanço civilizacional em face das nações europeias”. Naquela instituição, “os médicos responsáveis pelo serviço sanitário realizavam os primeiros esforços de configuração de um espaço direcionado à cura dos indivíduos afetados pelas diversas formas de alienação mental” (GONÇALVES, 2013: 74).

A vitória do modelo republicano teria dado aos psiquiatras esperanças renovadas para a conquista pelo monopólio da verdade sobre a loucura frente à Igreja Católica e as irmãs de fé. Segundo Magali Engel

Evidenciando o comprometimento da psiquiatria com as políticas de controle social propostas pelas primeiras administrações republicanas, o universo temático privilegiado pelos especialistas brasileiros na construção da loucura como doença mental deixa entrever as primeiras áreas de intervenção das estratégias normatizadoras: os comportamentos sexuais, as relações de trabalho, a segurança pública, as condutas individuais e as manifestações coletivas de caráter religioso, social, político, etc. (ENGEL, 2007: 323).

Na primeira metade do século XX, o Brasil também presenciou a consolidação de um novo modelo institucional de assistência psiquiátrica instalado no país em fins do século XIX (KETZER, 2010): as colônias psiquiátricas.

O modelo agrícola asilar para instituições psiquiátricas havia surgido na Europa como forma de acolhimento e isolamento de pacientes portadores de distúrbios mentais voltado para o tratamento fundamentado em trabalhos na lavoura, pecuária e artesanais. No Brasil, as duas primeiras instituições desta natureza foram instaladas na Ilha do Governador em 1890. Elas visavam o tratamento dos pacientes crônicos indigentes do sexo masculino e buscavam superar o problema de superlotação do Hospital Nacional de Alienados e das cadeias ao separar pacientes considerados curáveis dos incuráveis, que até então eram tratados em conjunto (KETZER, 2010: 19).

O isolamento dos doentes se baseava na noção alienista de que o afastamento do indivíduo já representava, em si, uma providência terapêutica. Na medida em que com ela se prevenia o contato dos pacientes com os “excessos da vida urbana”, o recolhimento os afastaria das principais causas das perturbações mentais (PINEL, 2007). Mas se a perspectiva psiquiátrica que organizou as colônias pautava-se, por um lado, nos benefícios do isolamento e do clima, ela se justificava por outro, pela “possibilidade de o exercício do trabalho agrícola desempenhar um papel terapêutico” (VENANCIO, 2011: 36).

No Rio de Janeiro, a institucionalização da prática psiquiátrica em meio ao “clima republicano de constituição de um Estado”, presenciou a criação do primeiro órgão de assistência a alienados no país em 1890. A Assistência Médico-Legal a Alienados encarregava o Hospital Nacional de Alienados (antigo Hospício Pedro II) e suas colônias da Ilha do Governador (criadas em 1890) pelo tratamento de alienação mental. O primeiro funcionava no sentido de receber pacientes pensionistas e indigentes, servindo como “porta de entrada” de enfermos encaminhados de outras instituições, enquanto o segundo dirigia-se à internação de pacientes indigentes cronicados (VENANCIO, 2011: 38).

O estado sanitário precário no qual se encontravam as colônias da Ilha do Governador na primeira década do século XX, associado ao modelo de assistência heterofamiliar defendido por Juliano Moreira, culminaria na reivindicação de Rodrigues Caldas (então diretor das colônias) pelo estabelecimento de novas colônias em lugar conveniente. Em função disso, inaugurou-se a Colônia de Psicopatas-Homens em 1924, situada em Jacarepaguá, que recebia pacientes crônicos e incuráveis, sobretudo vindos das colônias da Ilha (VENANCIO, 2011). A então nomeada “Colônia Juliano Moreira” refletia, em 1935, o modelo de centralização normativa e descentralização executiva

difundido pela Organização Pan-americana de Saúde e preconizado pelo governo federal (FONSECA et al., 2005).

Porém, como argumenta Ana Teresa Venancio, na medida em que se desvanecia a confiança no “tratamento moral” preconizado pelo isolamento dos alienados e do trabalho com terapia, em princípios do século XX as colônias começaram a ser vistas como lugares estratégicos para a reclusão de pacientes *incuráveis*, que se manteriam ocupados e contribuiriam com o próprio sustento. A estrutura hospitalar que aquela Colônia adquiriu nos anos de 1940 associava-se à construção de pavilhões “com número expressivo de leitos enfileirados e oferta de serviços de clínicas especializadas” e à “utilização dos então modernos recursos de tratamento de cunho biologizante” mobilizados pelo saber psiquiátrico naquele momento, como o eletrochoque e a psicocirurgia (VENANCIO, 2011: 48).

Em São Paulo, as colônias psiquiátricas que deram origem ao Hospício do Juquery começaram a ser criadas em São Paulo em fins do século XIX e foram inauguradas em 1898. Francisco Franco da Rocha (1864-1933), seu idealizador, é considerado figura central da construção da escola psiquiátrica paulista, assim como Teixeira Brandão (1854-1921) e, depois dele, Juliano Moreira (1872-1932) estiveram associados à prática psiquiátrica no Distrito Federal (NEVES, 2012)<sup>84</sup>. A construção do Juquery obedeceu às diretrizes do Congresso Internacional de Alienistas de 1889 que recomendava a construção de colônias agrícolas anexas aos asilos (FRALETTI, 1986-1987; VENANCIO, 2011).

Segundo Paulo Fraletti, assim se referia Franco da Rocha às colônias, na primeira década do século XX: “Está São Paulo, (...), dotado de um sistema completo de assistência aos alienados: hospício fechado para o tratamento, uma colônia agrícola para os tranquilos, crônicos, e a assistência familiar para os indigentes que a podem gozar” (ROCHA, 1906, como citado em FRALETTI, 1986-1987: 164). Graças à produção

---

<sup>84</sup> Franco da Rocha, psiquiatra paulista, foi considerado discípulo de Teixeira Brandão. Dedicou-se ao planejamento do Juquery e ao atendimento de pacientes, construindo uma equipe que foi fundamental no desenvolvimento da psiquiatria paulista (PICCININI, 2003). Teixeira Brandão (1854-1921), psiquiatra carioca, incentivador da criação das colônias agrícolas para tratamento de alienados (FONSECA, Brandão, João Carlos Teixeira. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – (<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>). Juliano Moreira (1873-1933), psiquiatra carioca frequentemente designado como fundador da disciplina psiquiátrica no Brasil. Dirigiu o Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro entre 1903 e 1930 (ODA e DALGALARRONDO, 2000).

interna, em 1919 o hospital não apenas produzia para a sua subsistência, como obtinha lucro no orçamento. Também citado por Fraletti, em 1921, quando ainda diretor do hospital, Franco da Rocha dizia em relatório que “A agricultura das colônias e fazendas foi sempre um meio de ocupar a atenção dos enfermos; essa divisão, porém, tomou proporções tais, que dá hoje uma renda superior a cem contos por ano” (ROCHA, 1921, como citado por Fraletti, 1986-1987).

Voltadas essencialmente para a laborterapia e apenas para pacientes do sexo masculino, as primeiras colônias do Juquery se configuraram espaços para pacientes considerados crônicos que desenvolviam trabalho na agricultura e pecuária (FRALETTI, 1986-1987; CUNHA, 1986; TARELOW, 2013). Para além dessas colônias, à medida que adentra o século XX, o Juquery presencia a ampliação dos seus espaços. Em 1901, foi inaugurada a ala direita ao Hospital Central, a divisão para pacientes do sexo masculino, e em 1903 a ala esquerda, feminina. Sob a direção de Pacheco e Silva, viu-se a criação de duas colônias masculinas (a 5ª finalizada em 1920 e a 6ª, em 1932), a inauguração do Pavilhão de Menores Alienados, para pacientes do sexo masculino (1929), o Manicômio Psiquiátrico (1933) e a 1ª Colônia Feminina (1939) (CUNHA, 1986; PIZZOLATTO).

As colônias femininas guardaram, contudo, aspectos distintos das colônias masculinas em relação aos processos terapêuticos. Destino de internas consideradas crônicas e sem esperança de tratamento, nos anos 1940 e 1950 elas representaram o último espaço de reclusão das pacientes após tentativas terapêuticas feitas principalmente com terapias de choque.

Com Pacheco e Silva, o Juquery ganhou uma configuração de cunho fundamentalmente organicista com a apropriação dos “modernos recursos de tratamento de cunho biologizante” (VENANCIO, 2011: 48). Essa configuração, por sua vez, respondeu a especificidades da saúde pública naquele estado, a características da instituição e ao corpo de profissionais ali presente – que atuaram como receptores e divulgadores da leucotomia no Brasil.

### **2.1.2. Hospital Psiquiátrico do Juquery no processo de institucionalização da psiquiatria em São Paulo**

Em um contexto de regulação dos espaços urbanos que abrangia questões “da moral e da saúde” no XIX, a loucura foi também motivo de preocupação na província

paulista (CUNHA, 1986). Em 1852, mesmo ano no qual foi fundado no Rio de Janeiro o Hospício D. Pedro II, foi estabelecida em São Paulo a primeira instituição dirigida exclusivamente para a assistência a alienados<sup>85</sup> (ODA e DALGALARRONDO, 2005; BASTOS, 2007). O Hospício Provisório de Alienados, que funcionou até 1903<sup>86</sup>, significava na concepção de seus contemporâneos, que o “progresso” e a “civilização” chegavam à São Paulo, ainda que com uma escala de funcionamento menor que a do Rio de Janeiro, o que fazia com que sua população “excedente” fosse por vezes enviada ao hospício carioca (CUNHA, 1986: 59).

Contudo, ao longo da segunda metade do século XIX, o tratamento destinado aos alienados em São Paulo possuía um caráter fundamentalmente assistencial que objetivava “a higienização da cidade e a exclusão dos que apresentavam algum “desvio” das normas socialmente estabelecidas”. O isolamento, dirigido pelo “leigo” alferes Tomé de Alvarenga entre 1851 e 1868, seguia ainda uma lógica de confinamento semelhante à destinada aos criminosos (TARELOW, 2009, 8).

Segundo o relatório do presidente da província de São Paulo, José Tomás Nabuco de Araújo, no ano de sua inauguração o hospício recebia indivíduos considerados alienados que até então eram “lançados nas cadeias até morrerem, e metidos sem culpa no lugar de criminosos”, sofrendo com graves violências (ARAÚJO, 1852, como citado em ODA e DALGALARRONDO, 2005: 988). O relatório do administrador do hospício Frederico Antônio de Alvarenga, 27 anos após sua criação, nos dá conta do caráter de reclusão que tal instituição possuía. Segundo ele, em 1881, um avultado número de enfermos vinha ali sendo tratado desde o começo de seu funcionamento, o que contribuía “para a paz e bem-estar das famílias dos mesmos, e para a ordem e tranquilidade da sociedade em geral” (ALVARENGA, 1881, como citado em ODA e DALGALARRONDO, 2005: 990).

---

<sup>85</sup> Há uma disputa nesse sentido, sobre qual inauguração teria acontecido primeiro (a do Hospital Provisório em São Paulo, ou a do Pedro II, no Rio de Janeiro). Isso transparece na fala de Juliano Moreira, em 1905, quando ele dizia que ao Estado de São Paulo cabia “a glória de ter sido o primeiro, depois da capital do país, a preocupar-se com os seus alienados” (MOREIRA, 1905: 750). Na década de 1980, em *Juqueri: passado, presente e futuro*, Paulo Fraletti, ex-diretor geral do Complexo do Juquery, informava que o asilo de São Paulo tinha sido instalado sete meses antes do que o Pedro II e terminava em tom triunfante: “Foi o primeiro Asilo de Alienados do Brasil” (FRALETTI, 1986-1987: 162). Segundo o Magali Engel, contudo, o asilo provisório do Rio de Janeiro foi instalado em 1842, no Hospital da Misericórdia (ENGEL, 2001:201).

<sup>86</sup> A transferência dos pacientes do Hospício Provisório para o Hospital-Colônia de Juquery, fundado em 1898, foi finalizada em 1903 (ODA e DALGALARRONDO, 2005).

No ano seguinte, contudo, o vice-presidente da província de São Paulo, Souza Aranha, relatava o estado precário do Hospício que ultrapassava a capacidade de lotação. Ele criticava o modelo de assistência que se via ali, defendendo que a exclusão não era a solução para o problema dos alienados e reivindicando a mobilização de aparato da “ciência médica” para o tratamento dos mesmos. Para o vice-presidente da província,

Os intuitos de uma sociedade civilizada não ficam satisfeitos com a detenção destes infelizes em número superior à lotação do edifício, presos à mais perigosa melancolia, sem trabalho apropriado e sem possibilidade de cura quando a anormalidade mental chega a um certo grau. Pode haver egoísmo, mas não há caridade... Se ainda não existe classificação dos alienados, oficinas de trabalho, lugar para recreio, enfermarias higiênicas, casas para banho, duchas, aparelhos e instrumentos que a ciência médica manda aplicar, qual seria o meio de tratamento empregado anteriormente? (ARANHA, 1882, como citado em ODA e DALGALARRONDO, 2005: 991).

Assim, se em seus primeiros anos de funcionamento o Hospício Provisório de Alienados contava com um número muito pequeno de internados, os relatórios nos anos seguintes a sua inauguração denunciavam “superlotação, epidemias, alta mortalidade, revoltas, fugas e a precariedade da instalação” (BARROS e BICHAFF, 2008). A falta de bases “científicas” no tratamento dos pacientes aparecia também, em fins do século XIX, como um problema para a instituição. Foi com o intuito de “medicalizar” as atividades do Asilo que o psiquiatra Francisco Franco da Rocha foi convidado para atuar como alienista da instituição, da qual se tornou diretor três anos depois (TARELOW, 2009). Quando ele se tornou diretor do Hospício de Alienados, em 1898, o quadro não diferia do descrito por Souza Aranha. Naquele momento, a instituição ainda passava por problemas como o da superpopulação e Rocha chamava atenção para as adversidades causadas pela convivência de pacientes de diagnósticos distintos (CUNHA, 1986; RIBEIRO, 2012).

Franco da Rocha havia feito sua formação em psiquiatria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1885-1890), em um momento em que São Paulo não dispunha de uma faculdade nessa área. Enquanto interno do Hospital Pedro II, foi aluno de Teixeira Brandão (FRALETTI, 1986-1987). De retorno a seu estado natal, começou sua vida profissional, “transformando radicalmente a história do tratamento psiquiátrico no Brasil” (RIBEIRO, 2012: 145), engajado na construção de um serviço de assistência a alienados adequado a São Paulo. Naquele momento, Rocha interagiu com os meios paulistas de comunicação, divulgando artigos científicos em veículos como *O Estado de São Paulo*, com o qual contribuiu de 1893 a 1933. Nele, seus textos refletiam direta ou

indiretamente “sua campanha pela reforma das políticas de assistência ao alienado” (RIBEIRO, 2012: 149).

Influenciado pela formação no Rio de Janeiro e por uma nova concepção divulgada na Europa de que não caberia ao Estado apenas a reclusão dos alienados, mas também seu amparo médico, Franco da Rocha elaborou o projeto do Hospício do Juquery em 1893 (RIBEIRO, 2012). Assim, de maneira distinta da trajetória do Hospital de Alienados no Rio de Janeiro, o Juquery já nasceu sob a administração de um médico, Francisco Franco da Rocha, considerado precursor da psiquiatria científica paulista (CUNHA, 1986; NEVES, 2012; FACCHINETTI e VENANCIO, 2016, no prelo). O caráter inovador e promissor que o “hospício” representou naquele momento fica evidente na fala de Juliano Moreira, em 1905. Primeiro Estado a amparar seus alienados “depois da capital do país”, São Paulo se destacaria por ter organizado a primeira assistência a doentes mentais “digna dos tempos em que estamos mandando-lhes erguer o magnífico Hospício do Juquery” (MOREIRA, 1905: 750).

Segundo Facchinetti e Venancio, Franco da Rocha defendia para São Paulo sistemas institucionais “mais modernos” em relação à Assistência a Alienados do Distrito Federal. Sua luta pela implantação do modelo idealizado pelo Congresso Internacional de Alienistas em 1889 ganhou apoio junto ao presidente interino de São Paulo, José Alves Cerqueira César, e do governo de Bernardino José de Campos Jr. Em relação à configuração inaugural, segundo Facchinetti e Venancio

O Hospício de Juquery foi inaugurado no ano de 1898 como um complexo constituído por um asilo fechado para agudos, colônia agrícola com *open door* parcial, uma fazenda agrícola com *open door* total e assistência familiar voltada para dentro e fora da instituição (FACCHINETTI e VENANCIO, 2018: 9).

De tal modo, frente à situação calamitosa vivenciada pelo Hospital Provisório, o Hospício do Juquery foi “simbolicamente erguido em região vazia próxima à cidade de São Paulo” – na cidade de Franco da Rocha –, “implantado em consonância com os padrões mais avançados do alienismo internacional” (MOTA e SCHRAIBER, 2012). O Hospício do Juquery representava, já em sua criação, uma referência para todo o estado (BARROS e BICHAFF, 2008).

Franco da Rocha dirigiu o até então Hospício do Juquery até 1923. Naquele momento, a instituição havia se tornado um “grande depósito de indivíduos”, pautando-



se principalmente por bases de “tratamento moral”. Rocha, no intuito de conseguir estabelecer ali novas perspectivas científicas e após solicitar sua aposentaria por motivos de saúde, indicou o nome do psiquiatra Pacheco e Silva para assumi-lo. Esse último médico já acumulava no Juquery a direção do Laboratório de Anatomia Patológica e da Seção de Menores Anormais, além de representar o hospital em alguns congressos médicos também por indicação do então diretor (TARELOW, 2013: 25).

Em relação ao que representou a mudança de direção do hospital, Gustavo Tarelow informa que

Naquele momento, o maior hospital paulista ainda era considerado um modelo de assistência e tratamento aos doentes mentais; no entanto Franco da Rocha já teria notado que para que o Juquery pudesse manter seu status, deveria, rapidamente, se calcar em novos moldes, em suas palavras, “científicos”. Por isso teria apostado o seu legado em Pacheco e Silva, um jovem com ambições profissionais e alinhado às teorias organicistas e anátomo-patológicas sobre as doenças mentais, correntes naquele momento (TARELOW, 2013: 26).

Como vimos anteriormente, o contexto nacional de fins da década de 1920 e início da década de 1930 marcou “a necessidade de ampliar a capacidade física e assistencial pública de atendimento à população em todo o país”, o que impunha desafios de “remodelação e modernização de instituições e ações de saúde num contexto de centralização política, incluindo-se aí as de área da psiquiatria” (VENANCIO, 2011: 49). Como diretor do Juquery, Pacheco e Silva passou a buscar “dentro e fora do país tecnologias que pudessem ser aplicadas ao campo do ensino e pesquisa, utilizando-se do Hospital como um novo campo de experimentações científicas (...)” (MOTA e SCHRAIBER, 2012: 230).

Naquele contexto, o Estado de São Paulo apresentava uma autonomia política e uma organização sanitária modelares confirmadas por intelectuais brasileiros nas primeiras décadas de século XX. Ao analisar essa independência em relação ao governo federal, Gilberto Hochman cita discursos como o de Monteiro Lobato, que em 1918 comparava o “real” desenvolvimento sanitário paulista ao de caráter retórico encontrado na capital federal. Também Arthur Neiva, então diretor dos serviços sanitários em São Paulo, chamava atenção para a natureza exemplar das políticas de saúde promovidas naquele Estado. Em 1920, Neiva dizia que se a boa organização sanitária paulista parasse,

isso faria cessar o pouco avanço feito no restante do país. Para Hochman, o pioneirismo e a liderança paulistas da época foram também constatados por análises que situam São Paulo em um desenvolvimento sem paralelo na América Latina, comparável aos Estados Unidos e aos países europeus mais avançados nesse sentido (HOCHMAN, 2011).

No volume de 1943 dos *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*<sup>87</sup>, essa “excepcionalidade” paulista era evidenciada quando o relator do texto “Assistência aos psicopatas em Goiás, Triângulo Mineiro e Estado de São Paulo”, Dr. Oswaldo Camargo, afirmava a falta de necessidade de se pormenorizar os órgãos da Diretoria de Assistência a Psicopatas de São Paulo. Segundo Camargo, não haveria nos círculos ligados à psiquiatria quem desconhecesse “a atividade daqueles modelares serviços, de que muito justamente se orgulham os paulistas” (CAMARGO, 1943: 736).

A experiência paulista desde o início da República teria representado, então, “um exemplo de construção de um serviço sanitário sem paralelo no país” (HOCHMAN, 2011: 208). Nessa conjuntura, e especialmente após a chegada de Getúlio Vargas ao poder, o estado paulista procurou encontrar novos meios que reafirmassem seus símbolos de “independência técnica e científica” em relação ao governo central (MOTA e SCHRAIBER, 2012: 230). Contudo, o contexto político e ideológico, marcado pela ascensão e consolidação dos fascismos e do nazismo que influenciaram as políticas do Estado Novo de Vargas no Brasil, amparou as ideias eugênicas que orientavam a psiquiatria brasileira segundo padrões de normalidade e saúde.

Foi justamente nesse contexto e quando da direção de Pacheco e Silva no Juquery, que o hospital paulista serviu de porta de entrada para a psicocirurgia no Brasil. Pacheco foi ainda fundador da Liga Paulista de Higiene Mental em 1926 (com sede no Juquery) e no contexto em que esteve à frente do hospital ele vinculou o organicismo a discussões de cunho eugênico, sendo notória a relação que ele estabelecia entre “degeneração” dos doentes e questões orgânicas e patológicas de sua anatomia cerebral. (TARELOW e MOTA, 2015: 264).

---

<sup>87</sup> Os *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais* foi uma publicação oficial da área psiquiátrica do Ministério da Educação e Saúde, coordenada pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em 1941. O periódico publicava as atividades do SNDM, dando conta das instituições e seções que compunham o órgão, produzidos por seus respectivos diretores (FABRÍCIO, 2009: 19).

Em sua aula inaugural de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1936, Pacheco ressaltou a importância do estudo da eugenia afirmando que mais de 50% dos casos de alienação mental se originam de afecções localizadas fora do cérebro, o que o levava a preconizar a criação de clínicas especializadas que serviriam à limpeza orgânica dos doentes (PACHECO E SILVA, 1936, como citado em TARELOW e MOTA, 2015: 264).

Segundo os princípios organicistas, suas teorias esboçaram também noções de diferença sexual como condutoras de processos psicopatológicos. Esse último ponto pode ser visto em falas como as de Pacheco e Silva na obra *Medicina psicossomática em ginecologia* (1950), quando ele afirmava que “Se no homem os fatores psicogenéticos exercem indiscutível influência sobre a esfera somática, a despeito de ser esse o sexo forte e, como tal, mais resistente às emoções, que dizer da mulher que é como todos nós reconhecemos de constituição frágil e delicada, sensível e vibrátil. (...) A constituição hiperemotiva, esse estado de vibratibilidade tantas vezes observado no sexo feminino, predispõe a mulher a uma série de neuroses” (SILVA, 1950: 22-23, como citado em COUTO, 1994: 56).

## **2.2. Apropriação paulista da psicocirurgia**

Encontramos Pacheco e Silva como figura central do espírito modernizador que orientava o Hospital do Juquery nos anos 1930 e que propiciou uma corrente organicista notavelmente acolhedora para a leucotomia pré-frontal. Para além das questões epistemológicas, encontramos em sua amizade com Egas Moniz um elo da rede científica e de sociabilidade que favoreceu a chegada e a legitimação da prática da psicocirurgia naquele hospital. Contudo, se as conexões construídas entre os médicos brasileiros e o neurologista português em torno da angiografia cerebral representam uma das “chaves” para o “pioneirismo” paulista na apropriação da terapêutica, é preciso compreender como ela avançou na instituição após o uso nas quatro primeiras pacientes, em 1936 (YAHN et al., 1951a, 125). Procuro, por isso, explorar outras questões de caráter científico, institucional e arquitetônico que explicam a constituição do hospital na década de 1940, momento em que a psicocirurgia progrediu dentro daquela instituição, um avanço que se traduziu na elaboração de duas técnicas cirúrgicas por seus médicos.

### 2.2.1. Juquery: Um lugar profícuo para a psicocirurgia

Desde o XIX, a medicina dissertava sobre as causas biopsicológicas do comportamento humano “fora do normal” (PERREAULT, 2012: 207). Em São Paulo, nas primeiras décadas do século XX, Com Antônio Carlos Pacheco e Silva<sup>88</sup>, que sucedeu a Rocha em 1923, instalou-se ali uma escola “neuropsiquiátrica”. Após formar-se em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, em 1920, Pacheco e Silva viajou para a França, onde especializou-se em Neurologia e Psiquiatria pela Faculdade de Medicina de Paris. Também trabalhou na Clínica Charcot, no Hospital de Salpêtrière, e esteve na Alemanha onde acompanhou o trabalho de Kraepelin<sup>89</sup> (SERRA e SCARCELLI, 2014). De retornou ao Brasil, sob influência de pesquisas que associavam a doença de Parkinson a estruturas cerebrais, em uma versão que seria mais consistentemente organicista (TARELOW, 2013) e de “concepções organicistas de base kraepeliniana” (TARELOW, 10: 2009), Pacheco e Silva aplicou seus conhecimentos no Hospital do Juquery durante sua direção na instituição, que se estendeu até 1937.

Destacamos ainda que no contexto no qual as terapias somáticas começaram a ser usadas no Juquery, o hospital era reconhecido como centro de excelência no tratamento de moléstias mentais também fora do Brasil. Em edição especial do periódico francês *Le Temps* de 1937 dedicada ao estado de São Paulo, o Juquery aparecia como um espaço de “instalações modelo” destinado ao tratamento de diversas doenças, equipado com clínicas de cirurgias gerais, com sessões de radiologia e eletrochoqueterapia com “todos os seus últimos aperfeiçoamentos científicos”, o que elevava o estabelecimento “ao primeiro escalão das instituições mais reputadas do Velho e do Novo Mundo” (*Le Temps*, 08/09/1937, n.p.).

Sob a direção de Pacheco e Silva, a anatomia patológica ganhou papel central na formulação de diagnósticos no Juquery, em sua busca por ampliar o aspecto clínico da

---

<sup>88</sup> Em relação à formação médica de Pacheco e Silva, Tarelow informa que ele teve aulas com Pierre Marie e estagiou nas clínicas de Salpêtrière e Sainte-Anne. Pacheco participou ainda, no mesmo período, de cursos com Breuler, na Suíça, e Kraepelin, na Alemanha (TARELOW, 2013: 23). É pertinente destacar que foi também na França que Moniz fez sua formação neurológica, com neurologistas como Pierre Marie e Babinski (biografia disponível em <http://www.casamuseuegasmoniz.com/seccao.php?s=biografia>). Destacamos que Mical Raz (2013), ao analisar as bases da construção da psicocirurgia nos Estados Unidos, ressalta “a tradição neurológica francesa” nesse fenômeno histórico, sobretudo através de documentos relacionados aos estudos de Walter Freeman no Hospital da Salpêtrière sob orientação do neurologista Pierre Marie em 1923.

<sup>89</sup> Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão conhecido como fundador da psiquiatria científica moderna. Kraepelin descreveu o quadro clínico de várias doenças mentais progressivas, como a demência precoce (HAUSTGEN e SINZELLE, 2010).

prática psiquiátrica. Foi também sob a sua direção que foram implementadas ali as experiências terapêuticas de cunho orgânico, como a malarioterapia, praticada na instituição a partir de 1925. Nesse sentido, o psiquiatra que assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico do Juquery em 1923<sup>90</sup>, introduziu naquela instituição mudanças de cunho administrativo, clínico e terapêutico.

Pacheco inseriu, por exemplo, uma espécie de residência médica para alunos da Faculdade de Medicina de SP dentro do Juquery (TARELOW, 2013: 47-49). Ao traçar o histórico das pesquisas feitas no hospital, ele compilou algumas teses de conclusão de curso elaboradas a partir do trabalho de alunos residentes. Entre eles Edgard Pinto César com a tese “A catatonía e os núcleos opto-estriados” e Mário Yahn com “A sulfoterapia na Paralisia Geral Progressiva, contribuição para o seu estudo”, personagens que mais tarde fizeram parte do corpo médico e de cargos de direção no Juquery. Mário Yahn, como veremos a seguir, se tornou um dos grandes nomes da psicocirurgia no Brasil.

As mudanças na direção da instituição imprimiram uma visão organicista das doenças mentais junto à formulação de diagnósticos e de terapias. Os esforços de Pacheco e Silva “tinham como finalidade colocar, em São Paulo, a Psiquiatria no interior da Medicina, oferecendo aos pacientes, ao menos teoricamente, tratamentos específicos e uma disposição de serviços similar a dos hospitais gerais”. Amparados por um movimento mais amplo e de caráter internacional, os psiquiatras do hospital passaram a buscar as causas orgânicas das patologias, atribuindo determinados comportamentos a lesões ou má formação da anatomia cerebral (TARELOW, 2013: 27).

Os tratamentos no Juquery seguiam, então, as chamadas “terapias biológicas”, nascidas da “observação de que, após alguma reação orgânica adversa, alguns pacientes apresentavam certa mudança em seu comportamento” (TARELOW, 2013: 14). Podemos mencionar, entre elas, as já citadas convulsoterapias (por cardiazol ou eletrochoque), os comas hipoglicêmicos e a psicocirurgia.

Em relação à última terapêutica, a racionalidade que a organizou no Juquery, dirigida pela premissa orgânica das doenças mentais e de base experimental, é atestada em diversas publicações das décadas de 1940 e 1950. Em “Discussão sobre o tema III

---

<sup>90</sup> A mudança do nome da instituição de “Hospício do Juquery” para “Hospital Psiquiátrico do Juquery” com a direção de Pacheco e Silva seria motivada por seu anseio em “eliminar a visão corrente de que ali não se praticava medicina e de aquele não passava um depósito de loucos” (TARELOW, 2013: 26).

Anatomofisiologia à luz de lobotomias e topectomias”<sup>91</sup>, publicado (1951), Mário Yahn retomou relatórios divulgados no I Congresso Internacional de Psiquiatria sobre as lobotomias e topectomias (como os do psiquiatra português Barahona Fernandes e o neurologista americano Walter Freeman) que estabeleciam, para ele, “uma contribuição importante sobre as relações entre o cérebro e o psiquismo” (YAHN, 1951: 9, tradução minha).

A crença organicista impôs, por outro lado, a problemática da localização das psicopatologias no cérebro, um obstáculo que a psicocirurgia procurava superar desde as primeiras tentativas operatórias e que se impunha ainda em 1951. Debatendo o trabalho apresentado por Freeman, Yahn afirmava que

Segundo nosso ponto de vista, é precisamente essa grande relatividade da localização que explica os resultados da leucotomia sobre as Psicoses e as Neuroses. Se houvesse localizações precisas, os processos patológicos deveriam ter também uma mais profunda fixação e um prognóstico mais grave. O que acontece nos casos de esquizofrênicos crônicos, naqueles cujos sintomas são mais fixos, mais estáveis e mais graves, com uma evidente repercussão somática provocada pela doença psíquica (YAHN, 1951: 12, tradução minha).

No mesmo volume do periódico foi publicado o artigo “Psicopatologia do lobo frontal à luz da leucotomia pré-frontal<sup>92</sup>”, trabalho elaborado por Mattos Pimenta, Sette Jr., A. Silveira, Melsohn I., Robortella M., Salles O., Carvalho W., Dantas P., Longman J. e Vizzotto S<sup>93</sup>, tendo como relator Affonso Sette Jr., seus autores buscavam demonstrar que a região alta da convexidade frontal estaria relacionada às funções de contato afetivo com o meio, à elaboração do pensamento abstrato e à espontaneidade do pensamento, enquanto a região inferior coordenaria funções intuitivas de ação, de elaboração de estímulo auditivo e de organização da linguagem. Tais atestações, resultado do uso da leucotomia e observação dos resultados, demonstravam, segundo os autores, que a técnica

---

<sup>91</sup> No original : Discussion sur le thème III Anatomico-Physiologie à la lumière des lobotomies et des topectomies (YAHN, 1951).

<sup>92</sup> No original: Physiopathologie du lobe frontal à la lumière de la leucotomie prefrontale (SETTE JR., 1951).

<sup>93</sup> Em relação aos demais autores, o texto não especifica cargos, senão os de Mattos Pimenta, então Chefe da Clínica Neurocirúrgica, e de Aníbal Silveira, Chefe da Clínica Masculina. Os outros médicos aparecem como “do Hospital do Juquery (Diretor: Dr. R Malta)”. O texto apresenta resultados em 25 pacientes operados pela técnica “seletiva” “baixa” ou “alta”, em especificação de sexo, data da cirurgia ou pavilhão de origem. Nos sintomas avaliados, os mais influenciados foram a falta de iniciativa, a agressividade e a regulação mórbida da conduta. As alucinações e automatismo mental teriam desaparecido ou se tornado menos “incômodos” (SETTE JR., 1951). Há dois casos de leucotomia seletiva na documentação clínica: uma paciente do sexo feminino operada em 1948 (RG 38.624) e um paciente do sexo masculino operado em 1953 (RG 49.884).

“tem um grande valor como método de prova de dados adquiridos pelo estudo das funções nervosas sobre os seres normais e, sobretudo, sobre o sistema nervoso ileso” (SETTE JR., 1951: 6, tradução minha).

Mário Yahn, um dos psiquiatras mais atuantes em prol da psicocirurgia no Brasil, participou de diversas experiências que buscavam comprovar a eficácia da terapêutica e sua utilidade na determinação da localização orgânica das psicopatologias. Uma delas foi a de aplicação da leucotomia pré-frontal que resultou no artigo “Leucotomia pré-frontal em adolescentes e crianças” (1951)<sup>94</sup> publicado com Stanislaw Krynski<sup>95</sup>. Nesse trabalho os autores avaliaram os resultados da leucotomia pré-frontal feita em nove pacientes do sexo feminino, com idades entre 9 a 15 anos, que apresentavam “graves perturbações de comportamento”. Operadas com a colaboração de Mattos Pimenta e Affonso Sette Jr., as menores operadas eram consideradas crônicas e tinham, em sua maioria, o diagnóstico de esquizofrenia.

Considerando quatro casos como melhorados, Yahn e Krynski relatam nas conclusões sobre os resultados:

Estamos de acordo em achar que o problema da indicação da leucotomia nas crianças é muito delicado, mas quando os casos são realmente graves e quando todas as outras tentativas terapêuticas fracassaram, cremos que devemos tentá-la. *Nossa pequena experiência nada definiu, mas procura precisar as indicações gerais da leucotomia*<sup>96</sup> como terapêutica (YAHN e KRYNSKI, 1951: 15, tradução minha).

Também em 1951, no mesmo volume de Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, Mário Yahn divulgou “Apreciação sobre a forma de agir da leucotomia cerebral”<sup>97</sup>. Nesse artigo, Yahn empenhava-se em fazer um balanço geral sobre a dificuldade de precisar no cérebro as funções psíquicas

Estamos de acordo sobre as funções neurológicas estarem estritamente ligadas aos tecidos nervosos, até certo ponto, precisos. Para as funções psíquicas, essas reações se tornam sempre mais distantes. (...). O tecido

---

<sup>94</sup> No original: Leucotomie préfrontale chez les enfants et les adolescents (KRYNSKI, 1951).

<sup>95</sup> Stanislaw Krynski sucedeu a Vicente Bastista na direção do Pavilhão Infantil do Hospital do Juquery na década de 1940. Juntamente com Antonio Branco Lefèvre estruturou “um modelo de pensamento que culminou com a fundação da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil” em 1967. *História da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e Profissões Afins*. Disponível em <http://www.abenepi.org.br/sobre/historia-2/>. Acesso em 06 fev. 2019. Seria por muitos conhecido como o introdutor da Psiquiatria Infantil no Brasil e ocupou a cadeira 37 da Academia Paulista de Medicina entre 1982 e 1996 (GUZZO, 1997, 3).

<sup>96</sup> Grifo meu.

<sup>97</sup> No original: Appreciation sur la façon d’agir de la leucotomie cérébrale (YAHN, 1951).

nervoso e o psíquico, apesar da origem comum, se comportam de uma forma heterogênea e as mútuas influências são mais indiretas do que diretas. Quer dizer que “as repercussões de uma categoria sobre a outra não são sempre de consequências proporcionais” (YAHN, 1951: 19, tradução minha).

A preocupação de Yahn exposta nesse trecho faz coro à “procura pela substancialidade que aproximasse a psiquiatria do prestígio da fisiologia e da patologia” que se configuraria na “articulação do exame psíquico com as faculdades dos órgãos, traduzida no “corpo-lesão cerebral”” (ESTELLITA- LINS, 2012: 98). Quase vinte anos depois do início da aplicação da psicocirurgia no Hospital do Juquery, e após apreciação de teorias que comportavam possibilidades explicativas para o funcionamento da terapêutica, o médico paulista esclarecia: “estamos sempre convencidos de que não somos ainda mestres de todos os segredos necessários para bem explicá-la e interpretá-la” (YAHN, 1951: 21, tradução minha).

Contudo, os esforços nesse sentido não haveriam de ser em vão e mereceriam, ainda segundo ele, dedicação clínica que visasse melhorias da compreensão e do aproveitamento do processo cirúrgico. Em suas palavras,

É necessária, então, toda a atenção indispensável às investigações sobre anátomo-fisiologia cerebral, a fim de se chegar o mais cedo a resultados que ela nos dará no limite de suas possibilidades. Ao mesmo tempo, nossos olhares devem se voltar para a investigação clínica e psicopatológica que, no nosso ponto de vista, oferecem as maiores possibilidades de encontrar uma solução para essa questão (YAHN, 1951: 21, tradução minha).

Os estudos no Juquery faziam, então, eco a dois fatores que permitiram a generalização da psicocirurgia em grande escala: “o forte consenso institucional e as grandes expectativas quanto à possibilidade de um desenvolvimento assombroso no conhecimento e controle do cérebro e do comportamento humano” (CORREIA, 2006: 1208). Esses fatores explicam, em parte, a recepção da técnica naquele hospital já na década de 1930. Há, ainda, outro elemento, ligado ao anseio dos médicos paulistas pela apropriação de novas técnicas do campo psiquiátrico e que findou por dinamizar a chegada da psicocirurgia à instituição: sua aproximação com o neurologista português Egas Moniz.



### **2.2.2. Egas Moniz e os médicos paulistas: redes de sociabilidade que viabilizaram a chegada da terapêutica ao Hospital Psiquiátrico do Juquery**

Madalena Esperança Pina e Manuel Correia (2012) criticam, creio que acertadamente, a excessiva personificação da psicocirurgia nas figuras de Egas Moniz e Walter Freeman. Por algum tempo, isso gerou uma historiografia bastante circunscrita à história da terapêutica em Portugal e nos Estados Unidos (COLLINS e STAM, 2013). No capítulo anterior vimos que havia, em verdade, um intenso trânsito de textos e pessoas que proporcionou a expansão da terapêutica, extrapolando uma história centrada nesses dois personagens. É, contudo, a partir da visita de Egas Moniz ao Brasil, quando da divulgação da angiografia cerebral, que situamos o começo da história da psicocirurgia no Brasil.

Como dito previamente, o estado de São Paulo foi um centro privilegiado de circulação e apropriação da psicocirurgia no Brasil. Brianne Collins e Henderikus Stam informam que a primeira cirurgia praticada fora de Portugal aconteceu em agosto de 1936 pelas mãos do neurologista do Juquery Aloysio Mattos Pimenta (1913-1987), um mês antes de a primeira leucotomia ser praticada nos Estados Unidos (COLLINS e STAM, 2013: 341). O hospital onde a leucotomia teve de início maior aceitação entre os médicos brasileiros foi ainda palco de sua prática “em larga escala” (NIEMEYER, 1949: 11), o que resultou em diversos trabalhos publicados sobre o tema, sobretudo em português e francês, e no desenvolvimento de variações inéditas da terapêutica por seus cientistas.

Aí reside uma das especificidades da psicocirurgia no caso brasileiro: a mobilização da terapêutica logo no momento da sua divulgação. Sua rápida apropriação em São Paulo e nos Estados Unidos difere do resto do contexto internacional, visto que, na maioria dos outros países, a psicocirurgia chegou após a Segunda Guerra Mundial (MISSA, 1997). Segundo Mário Yahn, a expansão da terapêutica no pós-guerra impactou também o Juquery, onde seria, então, utilizada em um ritmo mais acelerado. Porém, ainda que mais “timidamente”, imediatamente após a publicação de Moniz, ela encontrou ali espaço para seu uso constante (YAHN, 1951: 9).

Collins e Stam (2014) indicam que a rápida atenção dos médicos brasileiros teria relação com a visita de Moniz ao Brasil pouco menos de dez anos antes, o que teria resultado em um vínculo criado entre os neurocirurgiões do Brasil e de Portugal. Na ocasião de sua primeira visita ao Brasil, no ano de 1928, Moniz veio difundir uma técnica

diagnóstica de contraste conhecida como angiografia cerebral, auxiliando neurologistas brasileiros na aplicação da mesma. Essa técnica, que havia sido primeiramente divulgada em Paris em 1927 (MONIZ, 1949: 432) “possibilitava a visualização radiológica da irrigação sanguínea cerebral, facilitando e agilizando o diagnóstico de distúrbios neurológicos como derrames e tumores” (MASIERO, 2003: 550). Augusto Brandão Filho (1881-1957), professor de clínica cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, teria sido o primeiro a utilizá-la no país (CABRAL FILHO et al., 2000, 136; MASIERO, 2003: 550). Pela elaboração dessa técnica, Moniz foi indicado ao prêmio Nobel nos anos de 1928, 1933, 1937 e 1944 (CASCAIS, 1991; PINA e CORREIA, 2012), o que pavimentou sua trajetória científica rumo ao recebimento do Nobel em 1949 pela leucotomia pré-frontal.

Segundo o Dr. Juvenal Silva Marques (1956-57), Moniz se empenhou desde 1924 na tentativa de encontrar a localização de tumores cerebrais segundo um processo capaz de provocar a opacidade vascular. Ele contava com o auxílio do neurocirurgião Almeida Lima (1903-1985), então assistente da Clínica Neurológica do Hospital de Santa Marta, personagem que posteriormente iria realizar a primeira leucotomia pré-frontal. A chegada da angiografia teria causado “verdadeira revolução no diagnóstico das lesões encefálicas e assegurou o reconhecimento internacional a seu autor” (CABRAL FILHO et al, 2000, 137-38).

O processo de elaboração da técnica foi inicialmente narrado por Moniz na obra *Confidências de um investigador científico* (1949). Nela, Moniz contava que os anos de 1927 e 1928 foram de intensos estudos sobre o método diagnóstico em Portugal e lamentava que, apesar de tal labor ter despertado algum interesse em seu país, havia também atraído “excessiva crítica pejorativa”. Por outro lado, ele dizia que crescia no estrangeiro a curiosidade sobre os resultados da técnica, sobretudo nos meios neurológicos (MONIZ, 1949: 12)

O interesse pela angiografia surgiu também no Brasil e em 1928 o neurologista Aloysio de Castro (1881-1959), que havia sido diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro até 1925 – investindo em importantes mudanças no Instituto de Radiologia do Distrito Federal<sup>98</sup> –, conseguiu que o governo brasileiro convidasse Moniz para uma série de conferências sobre o método (PACHECO E SILVA, 1976; CABRAL FILHO et al,

---

<sup>98</sup> Aloysio de Castro, biografia da Academia Nacional de Medicina. Disponível em [http://www.anm.org.br/conteudo\\_view.asp?id=148](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=148). Acesso em 07 de fev. 2019.

2000). Segundo Pacheco e Silva, foi durante aquela visita ao país que ele tivera a honra de receber o neurologista português no Hospital do Juquery, enquanto seu diretor (PACHECO E SILVA, 1976: 139). Com grande entusiasmo, Moniz também narrou em seu livro de “confidências” a visita que fez às “terras de Santa Cruz” com sua esposa carioca (MONIZ, 1949: 126).

Segundo seus relatos, sua primeira conferência no Brasil foi realizada em 1º de agosto de 1928 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, acompanhado pelo Embaixador de Portugal, Dr. Duarte Leite, e recebido pelo diretor da Faculdade, Sílvio de Abreu Fialho (1904-1977). No mesmo dia, Moniz fez conferência na Academia Nacional de Medicina, presidida por Miguel Couto. No dia 4 de agosto, nova conferência teve lugar na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML), com recepção no anfiteatro da Clínica Neurológica do Hospital Nacional. Na ocasião, Moniz foi apresentado pelo vice-presidente da SBNPML<sup>99</sup>, Waldemar de Almeida ao catedrático Henrique de Brito Belford Roxo (1877-1969), ao psiquiatra Faustino Monteiro Esposel (1888-1931) e ao neuropsiquiatra Ulisses Vianna (1880-1935). Waldemar de Almeida teria ressaltado a consagração internacional de Moniz na IV Reunião Neurológica Internacional Anual, ocorrida em Paris<sup>100</sup>, na qual o neurologista foi considerado o primeiro a injetar na artéria carótida humana substâncias opacas inofensivas que permitiam a localização de tumores cerebrais (MONIZ, 1949).

Sua última conferência sobre o tema foi realizada na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Nos dias seguintes, o professor de clínica cirúrgica Augusto Brandão Filho (1881-1957), então diretor da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, realizou na Santa Casa a primeira angiografia cerebral no país, contando com o auxílio de Egas Moniz. Moniz relatou posteriormente que o procedimento teve êxito e que a doente nada havia sofrido. Ao fim das apresentações no Rio de Janeiro, Moniz foi convidado pelo diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, Dias da Silva, para a realização de conferências naquela instituição (MONIZ, 1949).

---

<sup>99</sup> O catedrático da neurologia da Faculdade de Medicina e presidente da SBNPML, Antônio Austregésilo (1876-1960), encontrava-se fora do país.

<sup>100</sup> Moniz lançou também em Paris, em 1931, *Diagnostic des tumeurs cérébrales et épreuve de l'encéphalographie artérielle*, com prefácio elogioso do famoso neurologista francês Joseph Babinski (1857-1932), e em 1934, *L'Angiographie cérébrale* (PARADA, 2016).

Sendo assim, Egas Moniz realizou duas conferências em São Paulo no dia 16 de agosto de 1928, a primeira na Faculdade de Medicina e a segunda na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Nesta última ocasião, ele orientou o cirurgião Ayres Neto<sup>101</sup> (1878-1969) na realização da primeira angiografia cerebral no estado (MONIZ, 1949; CABRAL FILHO et al., 2000).

No dia seguinte, Moniz partiu para o Hospital de Juquery. Sobre essa passagem, na obra *Confidências de um investigador científico*, ele relatou que “O Dr. Pacheco e Silva, diretor do Hospital festejou-me com sua filarmônica de asilados e ofereceu-me um almoço, a que assistiu o numeroso corpo clínico da colônia psiquiátrica” (MONIZ, 1949: 142).

Quando da comemoração do centenário de nascimento do neurologista português, Pacheco e Silva proferiu na Academia de Ciências de Lisboa o discurso *Egas Moniz – Sábio e Mestre, grande amigo do Brasil*. Nela, Pacheco descreveu a ocasião na qual conheceu o médico português, em 1928. Pacheco mencionava a honra em tê-lo recebido no Juquery naquele momento e enalteceu seu livro *Diagnostic des tumeurs cerebrales et l'épreuve de l'encephalographie arterielle* que teria causado “uma verdadeira revolução no campo da semiologia e, conseqüentemente, na terapêutica das afecções do cérebro” (PACHECO E SILVA, 1976: 118).

O desenvolvimento da angiografia e da leucotomia fazem parte desse movimento mais amplo no qual Egas Moniz estava inserido e tais técnicas foram derivadas de aspirações científicas e institucionais da neurologia e da psiquiatria. Da primeira, da busca de conhecer a anatomopatologia cerebral e, da segunda, do intuito de encontrar a localização somática de moléstias mentais – e assim se fixar como especialidade da medicina. Já com a difusão da angiografia cerebral, Moniz teceu uma rede de contatos com várias cidades de destaque na produção científica da época, como Lisboa, Paris, Londres e Berlim (PARADA, 2016: 27).

---

<sup>101</sup> Cirurgião brasileiro, dedicou-se principalmente à clínica ginecológica. Titular e emérito da cadeira no 105 da Academia de Medicina de São Paulo. *José Ayres Netto*, Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <https://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/156/BIOGRAFIA-JOSE-AYRES-NETTO.pdf>. Acesso em 07 de fev. 2019.

No primeiro artigo sobre a aplicação de leucotomia pré-frontal publicado no Brasil, Aloysio Mattos Pimenta (1936), neurologista do Juquery, começava o texto ressaltando a valor da angiografia e o caráter promissor na nova técnica, a leucotomia:

O espírito criador de Egas Moniz depois do notável trabalho sobre angiografia cerebral acaba de trazer nova contribuição à neuropsiquiatria – o tratamento operatório em certas psicoses – com resultados brilhantes e de futuro na seara ingrata da terapêutica psiquiátrica (PIMENTA, 1936: 259).

Naquele momento, ainda “muito instável”, nas palavras do autor, a leucotomia teria sido arquivada no “teorismo das bibliotecas pela crítica sistematizada”, não fosse a relatividade dos fatos que engendravam “grandes esperanças de sucessos”. Para Pimenta, por ser ainda muito recente, faltava à terapêutica a “prova do tempo para a sagração destas tentativas em processo terapêutico corrente em neuropsiquiatria” (PIMENTA, 1936: 259).

Mesmo após as quatro recusas de nomeação da angiografia ao prêmio Nobel (em 1928, 1933, 1937 e 1944) que foram acompanhadas de críticas à leucotomia nas duas últimas indicações, “a crescente institucionalização dos dois métodos” teria sido um dos fatores de peso para que Moniz ganhasse o Nobel em 1949 (PINA e CORREIA, 2006: 59). Quando ele finalmente conquistou o prêmio, a angiografia cerebral já havia se consolidado como método diagnóstico e a leucotomia, prática corrente na Europa pós-guerra, encontrava-se largamente difundida no mundo.

O interesse dos médicos paulistas pela angiografia cerebral em um momento anterior à divulgação da leucotomia estreitou sua relação com Egas Moniz, que se afirmava então como autoridade científica em nível internacional. Foi, então, graças a esse intercâmbio mantido entre os neurologistas brasileiros e europeus que “a angiografia e as psicocirurgia chegaram ao país poucos meses depois de inventadas” (MASIERO, 2003: 550).

Como assinala João Lobo Antunes (2013), durante os anos seguintes, Moniz trocou abundante correspondência com dois médicos brasileiros, figuras de destaque da psiquiatria e da neurologia daquele momento: Antônio Carlos Pacheco e Silva e Aloysio de Castro. Sua proximidade com o Brasil e, sobretudo com o médico psiquiatra Pacheco e Silva, pode ser confirmada em sua obra de memórias *Confidências de um investigador científico* (1949). Ela é também constatada na ampla documentação da subsérie Egas

Moniz<sup>102</sup> do Museu de História da Medicina da FMUSP no qual encontramos separatas e cartas do médico português enviadas ao amigo brasileiro.

Segundo o historiador português Manuel Correia, as trocas de correspondências entre Moniz, Pacheco e Silva e Aloysio de Castro justificam os agenciamentos feitos no Brasil que levariam os brasileiros a indicar o neurologista português ao Nobel de Medicina e Fisiologia (CORREIA, 2014), o que pode ser visto nas cartas de Moniz à Pacheco (ver imagens em Anexos, págs. 279-281)<sup>103</sup>. Notamos, assim, que médicos envolvidos com a clínica do Hospital do Juquery e com as aplicações das cirurgias desde a década de 1930, tiveram grande relevância no coletivo de pensamento estruturado em torno da terapêutica e com sua legitimação no meio científico.

Segundo Antunes (2013), Aloysio de Castro, então presidente da Academia Nacional de Medicina do Brasil, escreveu a Moniz dizendo que convocaria os “paulistas” previamente ao I Congresso Internacional de Psicocirurgia, de 1948, para a promoção de sua candidatura ao prêmio. Em 1º de dezembro de 1948, Moniz escreveu a Pacheco dizendo que mesmo que o anseio dos amigos não se efetivasse, já se sentia honrado. Em fevereiro de 1949, Pacheco respondeu Moniz confirmando que todas as providências haviam sido tomadas para a sua candidatura (MONIZ, 1949). Assim, alguns anos após o primeiro contato com o círculo de médicos brasileiros, Egas Moniz organizou e presidiu em 1948 o I Congresso Internacional de Psicocirurgia<sup>104</sup> em Lisboa, tendo como secretário Walter Freeman, e ao fim das apresentações de trabalhos do Congresso a delegação brasileira propôs seu nome para o Prêmio Nobel (MARGARIDO, 2005). No prólogo da obra de Mário Yahn, Mattos Pimenta e Sette Jr., Moniz escreve: “Quando neuro-psiquiatras de São Paulo aqui estiveram no Congresso de Psicocirurgia, unindo-se em coro para que me fosse concedido o Prêmio Nobel, senti-me tão brasileiro como eles tão portugueses como eu” (YAHN et al., 1951a: X).

---

<sup>102</sup> Do fundo “Antônio Carlos Pacheco e Silva (ACPS)/ Série Relações Internacionais/ Subsérie Egas Moniz” FMUSP.

<sup>103</sup> A Imagem II é uma carta na qual Moniz agradecia a Pacheco e Silva, em 1948, por ter conseguido que a Faculdade de Medicina de São Paulo secundasse sua indicação ao Prêmio Nobel. A Imagem III é uma carta de Egas Moniz de 1953, na qual ele informava a Pacheco que a Academia de Ciências de Lisboa o havia eleito sócio por unanimidade, graças a sua indicação.

<sup>104</sup> A organização desse congresso demonstra a conformidade do tema com associações internacionais que, sobretudo nos anos 1920-1930, contribuíram com a proliferação e contribuição da cultura médica (WEISZ, 2006).

Na delegação brasileira que seguiu para o Congresso em Lisboa encontramos médicos de destaque da aplicação da psicocirurgia do Hospital Psiquiátrico do Juquery. Presidida por Pacheco e Silva, a delegação contou também com Mattos Pimenta, Mário Yahn, Antônio Carlos Barretto, Paulino Longo, Aníbal Silveira e Hélio Simões. A indicação teve apoio unânime das delegações estrangeiras. Em 27 de outubro de 1949 foi noticiado o prêmio de Medicina e Fisiologia a Egas Moniz, que o recebeu em conjunto com Walter Rudolf Hess, fisiologista suíço.

O jornal *A Gazeta* de São Paulo, em 28 de janeiro de 1950, trazia a notícia do discurso de Pacheco e Silva na “Casa de Portugal”, em banquete oferecido à delegação brasileira que levou a candidatura de Egas Moniz ao Congresso Internacional de Psicocirurgia. No texto, Pacheco falava de sua incumbência em redigir a moção que indicou o neurologista ao prêmio (*Correio Paulistano*, 28/01/1950: 4). Em *Egas Moniz, Sábio e Escritor*, conferência realizada por Pacheco em 1976 por ocasião do centenário de Egas Moniz na Academia Paulista de Letras, a moção teria partido de Paulino Longo (1903-1967), neurologista que veremos envolvido nos trabalhos com psicocirurgia no Juquery e em hospital privado em São Paulo. Conseguimos, assim, reconstituir parte do arranjo tecido com os médicos de São Paulo que foi teve papel central na sustentação da leucotomia cerebral<sup>105</sup>.

Por sua vez, o movimento de apoio dos paulistas foi possível pois, nos anos que antecedem a indicação de Moniz ao Nobel, a psicocirurgia se consolidou como terapêutica corrente no Hospital do Juquery. No ano de 1944, foi divulgado “o primeiro trabalho com a aplicação em massa da leucotomia cerebral” pelos médicos do Juquery (MASIERO, 2003). Fizeram parte da equipe que promoveu essa aplicação Edgard Pinto César<sup>106</sup>, Dary M. Uchôa<sup>107</sup>, Eduardo Guedes<sup>108</sup>, Nilo Trindade<sup>109</sup> e Silva, José

---

<sup>105</sup> Nessa mesma conferência, Pacheco afirmava que “A leucotomia cerebral – método terapêutico cirúrgico das doenças mentais, de indiscutível valor, sobretudo quando empregado com os cuidados necessários em casos em que outros tratamentos falham, representa, sem dúvida, um grande passo no campo da psiquiatria” (PACHECO E SILVA, 1976: 137).

<sup>106</sup> Vice-Diretor do Hospital Central de Juquery (1934-1937), (Diretor entre 1937-1944), Diretor da Clínica Psiquiátrica em substituição (1944) e a seguir como efetivo (1944-1946), Diretor do Departamento de Assistência a Psicopatas em 1947 (SILVEIRA, 1975: 95).

<sup>107</sup> Atuou como psiquiatra no Juquery (NOSEK, 1994: 107).

<sup>108</sup> Psiquiatra paulista, trabalhou no Juquery entre 1941 e 1943 (PICCININI, 2017).

<sup>109</sup> Em 1944, era médico assistente de psiquiatra (AAPESP, vol. IX, 1944, contracapa).

Bottiglieri<sup>110</sup>, Rachel Mendes<sup>111</sup> e Mario Yahn. Nele são divulgados os resultados do trabalho conjunto que resultou nas cem primeiras operações feitas no hospital. O cirurgião Antônio Carlos Barretto, que publicou o artigo nos *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, agradecia a todos esses médicos por terem enviado doentes para serem submetidos a esta intervenção. Um deles, Mário Yahn, mereceu reconhecimento especial por ser “um dos maiores entusiastas da psicocirurgia ente nós, a quem devemos constante estímulo” (BARRETTO, 1944: 248).

Dentro desse influente grupo de médicos, destacou-se, então, a figura do psiquiatra de Mário Yahn, cuja participação intensa em trabalhos com leucotomia pode ser vista no material clínico e nas publicações médicas encontradas. Vimos, também, que ele participou da comissão que indicou Moniz ao prêmio Nobel. Por esse motivo é que encontramos em sua autoridade médica, reconhecida dentro e fora do país, que encontramos um dos fatores que explica o avanço da terapêutica naquela instituição.

Desde a década de 1940 sua participação em funções representativas dentro do hospital é evidente. Na reunião preparatória que funda o Centro de Estudos “Franco de Rocha” em 26 de agosto de 1942, Mário Yahn atuou como representante do corpo clínico. Ao lado de Celso Pereira da Silva, Francisco Tancredi, Paulo Simioni e Raul Malta, Yahn, presidiu a comissão que estabeleceu os estatutos do Centro e foi eleito presidente da primeira Diretoria do Centro. A finalidade primeira dessa organização era a de “promover o aperfeiçoamento da cultura médica, especialmente da neuro-psiquiatria, entre os elementos do corpo clínico da Assistência a Psicopatas” e no qual seriam “estudados os temas mais palpitantes da especialidade” (AAPESP. 1943: 201).

Mário Yahn participou também da delegação que representou o hospital no *Congresso de Neuro-Psiquiatria da Sociedade de Neurologia e Psiquiatria de Buenos Aires*, em novembro de 1944, no qual apresentou o trabalho “Resultados comparativos dos modernos tratamentos de choque na Esquizofrenia (Eletrochoque, Cardiazol, Insulina, Leucotomia cerebral)”, demonstrando seu envolvimento com a aplicação das diversas terapêuticas aplicadas no Hospital do Juquery. Outro indicativo da autoridade médica de Yahn é o texto “Comentários sobre a Classificação Brasileira de Doenças

---

<sup>110</sup> Em 1944, era médico assistente de psiquiatra (AAPESP, vol. IX, 1944, contracapa). Foi auxiliar de Mattos Pimenta na realização do primeiro caso de leucotomia publicado por ele, em 1936 (PIMENTA, 1936: 264).

<sup>111</sup> Em 1944, era médica assistente de psiquiatra (AAPESP, vol. IX, 1944, contracapa).



Mentais”, que ele escreveu enquanto Chefe da Clínica Feminina do hospital. O texto derivava de sua participação na comissão ao lado de médicos como Adauto Botelho, Cunha Lopes<sup>112</sup>, Leme Lopes<sup>113</sup>, Aníbal Silveira, Jurandir Manfredini<sup>114</sup> e Edgard Pinto César (YAHN, 1950: 137). A nova classificação foi apresentada no Rio de Janeiro após quinze dias de encontros que haviam começado em São Paulo para a celebração dos cinquenta anos do Juquery. Sua produção ganhou atenção de jornais da grande mídia, como o periódico carioca *A Manhã*, no qual o nome de Yahn aparecia ao lado de outros renomados especialistas (*A Manhã*, 08/11/1948: 5).

A consagração do Juquery como instituição padrão naquele contexto, assim como o reconhecimento de Yahn dentro da psiquiatria brasileira, estão certamente de acordo com a percepção de Pressman de que a psicocirurgia não era uma terapêutica à margem da prática psiquiátrica, mas que englobava renomados profissionais e instituições. Em 1943, seis anos da grande consagração da leucotomia com o prêmio Nobel, podemos ver simultaneamente o status privilegiado do Hospital Psiquiátrico do Juquery e de Mário Yahn na matéria “*Uma visita ao Juquerí*”, publicado em *O Jornal*. Quem assina o texto é diretor do Hospital Psiquiátrico de Terezina, que afirmava categórico: “A verdade é que Juquery empolga o especialista”. Santos tecia ainda elogiosos comentários sobre Mário Yahn, então diretor do Centro de Estudos “Franco da Rocha” e “figura simpática e brilhante pela sua inteligência e cultura, autor de vários trabalhos de mérito e que possui um elevado número de doentes já leucotomizados com resultados interessantes (...)” (*O Jornal*, 25/06/1943: 4).

Mário Yahn foi o fundador do referido Centro de Estudos, atuando como seu diretor nos anos de 1942 e 1943. Foi também ele quem fundou a Seção de Artes Plásticas

---

<sup>112</sup> Ignácio Cunha Lopes (1891-?), psiquiatra brasileiro que atuou na Liga de Higiene Mental. Publicou, entre outros trabalhos, *Da esterilização em psiquiatria, de 1934* (WEGNER e SOUZA, 2013).

<sup>113</sup> José Leme Lopes (1904-1990), psiquiatra brasileiro, foi Professor Catedrático e depois Emérito de Psiquiatria da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, Diretor da Faculdade de Medicina da UFRJ, Professor de Psiquiatria em várias escolas do Rio de Janeiro, Membro da Liga Brasileira de Higiene Mental e Membro da Sociedade Brasileira de Psiquiatria e Higiene Mental. Foi ainda Membro Fundador e primeiro Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). *José Leme Lopes*. Academia Nacional de Medicina. Disponível em [http://www.anm.org.br/conteudo\\_view.asp?id=487](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=487). Acesso em 07 fev. 2019.

<sup>114</sup> Jurandir Manfredini (1885-?) atuou como psiquiatra na Seção Nina Rodrigues do IPUB (Seção Militar de Observação Mental) “onde foi o pioneiro na utilização da terapêutica de convulsoterapia” Submeteu-se às provas do Curso de Docência Livre da Faculdade Nacional de Medicina com a tese “Subsídios para o Estudo Semiológico da Esquizofrenia”, de 1939. No início da década de 1950 tornou-se assistente de Maurício de Medeiros, então diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, ministrando aulas de psiquiatria aos alunos de psiquiatria e direito. Foi ainda diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais entre 1954 e 1955 (VIDAL et al., 2018).

do Juquery em 1949, o que lhe deu bastante visibilidade também fora do país, sobretudo quando da Exposição de Arte Psicopatológica que teve lugar no Hospital Sainte-Anne, em 1950. Foi o psiquiatra paulista que, na ocasião, enviou a maior quantidade de obras, no total de 236, produzidas por 36 internos do hospital, homens e mulheres (DUBOIS, 2009: 136). Entre as pacientes artistas, duas haviam sido lobotomizadas (e nenhum homem).

Como citado anteriormente, todos os relatos da obra *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (YAHN et al, 1951) dizem respeito a cirurgias em pacientes mulheres, do 2º e 5º Pavilhões Femininos do Juquery, estando Stanislaw Kryncki na chefia do 2º Pavilhão, de menores do sexo feminino, naquele momento (YAHN et al, 1951: VI). É possível que Mário Yahn tenha ocupado uma posição de autoridade no 5º Pavilhão de Mulheres, justificando em parte a grande incidência de cirurgias nessas pacientes. Podemos, além disso, constatar por meio dos dossiês médicos sua intensa participação nas indicações e avaliações das psicocirurgias realizadas em pacientes internadas ali partir de 1941.

Ainda que Yahn não possuísse, de fato, um cargo de chefia naquele pavilhão, notamos a relevância e amplitude do trabalho que esse psiquiatra realizou com as pacientes do sexo feminino do Hospital, ainda como alienista substituo, com outras duas terapêuticas. Ele experimentou a cardiazolterapia, no 5º Pavilhão Feminino em 1936 (YAHN e OLIVEIRA NETO, 1942; TARELOW, 2013: 80), quando Aníbal Silveira e Henrique Marques de Carvalho<sup>115</sup> a aplicaram em pacientes do sexo masculino. Também o método de Sakel, foi experimentado por Mário Yahn e Joy Arruda em pacientes do 5º Pavilhão de Mulheres, como vemos em publicação de 1937 (YAHN e ARRUDA, 1937; CARVALHO, 1948-1949: 234). Além disso, em 1941, já como médico psiquiatra do hospital (função que exerceu a partir de 1938) Mário Yahn teria começado as aplicações de eletrochoque em pacientes mulheres, enquanto Henrique de Carvalho as teria realizado em pacientes do sexo masculino (TARELOW, 2013: 86). Publicado em 1947 por Yahn e outro psiquiatra do Hospital do Juquery, Paulo F. de Bastos, o artigo “Eletrochoqueterapia” publicava os resultados da terapêutica em 414 pacientes do 5º Pavilhão de Mulheres, feitas entre de 1942 e 1945 (YAHN e BARROS, 1947: 232).

---

<sup>115</sup> Interno residente em 1935, Marques de Carvalho assinava como “psiquiatra do Hospital do Juquery” em 1941 (YAHN e CARVALHO, 1943: 155) e “médico psiquiatra da Assistência a Alienados” em 1948 (CARVALHO, 1948-1949:233).

As pacientes do 5º Pavilhão de Mulheres apresentavam um perfil específico dentre as demais pacientes do sexo feminino do hospital, o que se relaciona particularmente com o uso da psicocirurgia. Esse perfil – de caráter disruptivo e de difícil tratamento –, pode também estar ligado à utilização das demais terapêuticas nessas internas. Mas a intensidade da participação de Mário Yahn nas referidas experimentações associa-se também à sua crescente ascensão no hospital, notadamente à frente do tratamento com pacientes mulheres. Ele passou a ocupar, em 1947, o cargo de Chefia da Clínica Feminina, ao lado de Aníbal Silveira, que chefiou a Clínica Masculina. A conturbada saída desses dois médicos dos referidos cargos e do Juquery em 1951 teria constituído um grande “desfalque” no corpo clínico naquele momento, segundo Paulo Fraletti (FRALETTI, 1986-1987: 169).

Uma vez que Mário Yahn esteve intensamente envolvido com a aplicação de práticas de cunho organicista no Juquery das décadas de 1930 a 1950, sua entrada para a Sociedade de Psicanálise em 1951 pode gerar, à primeira vista, certo estranhamento. Mas a trajetória de Yahn não divergiu fundamentalmente de outros médicos que, no mesmo contexto, transitavam e dialogavam com diferentes domínios terapêuticos. Como já citamos, Egas Moniz, que defendia com a divulgação da leucotomia que a psiquiatria havia chegado a seu estágio, organicista é ainda hoje celebrado em Portugal como o precursor da disseminação da psicanálise, ele mesmo tendo-a praticado até o desenvolvimento da psicocirurgia. O trânsito entre as teorias “organicistas” e “psicodinâmicas” não era tão marcado por fronteiras tão rígidas (OLIVEIRA, 2014; FACCHINETTI, 2015). O mesmo vemos em relação à França, no envolvimento de médicos como Serge Lebovici – que se tornou membro da Academia Francesa de Psiquiatria na década de 1960 –, nas tentativas operatórias da “loucura” dos anos anteriores (PARADA, 2016: 68).

A não separação estrita entre essas duas vertentes pode ser vista no texto “Resumo da História a Psicopatas no Estado de São Paulo”, escrito por Mário Yahn e Geraldo de Oliveira no momento de intensa pesquisa com a psicocirurgia no Juquery. Para eles: “A crença de que a anatomia patológica e o Laboratório resolveriam o problema da loucura teve que ser abandonada”. Dois fatores estariam no cerne dessa mudança: o “aparecimento dos modernos tratamentos psiquiátricos” e uma atitude “mais psicológica” na explicação e profilaxia das psicopatologias. E era precisamente nessa junção, nas palavras dos autores, que se daria a “transformação da Psiquiatria numa especialidade séria, perfeitamente regulada por preceitos comprovados pela experiência”, o que teria

levado a Assistência a Psicopatas a uma “revolução técnica” (YAHN e OLIVEIRA, 1948-49: 31).

### **2.2.3. O Juquery no contexto da psicocirurgia: princípios científicos e configuração institucional**

Até aqui visitamos brevemente a historiografia internacional sobre a psicocirurgia e fizemos um percurso que nos instruiu sobre os pressupostos epistemológicos que a fizeram “ganhar o mundo”. Como busquei demonstrar, uma das instituições psiquiátricas que a acolheu foi o Juquery, hospital de grande amplitude no contexto psiquiátrico no Brasil. Mas que aspectos da configuração da instituição nos permitem compreender a lógica da psicocirurgia no Juquery e a forma como ela se desenvolveu naquele espaço físico?

O volume de 1943 dos Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais esclarece sobre a composição espacial e administrativa do Complexo Hospitalar do Juquery naquele momento. No texto “Assistência a psicopatas em Goiás, Triângulo Mineiro e Estado de São Paulo” encontramos a seguinte descrição no tópico “Hospital Central do Juquery”:

Estabelecimento do tipo pavilhonar, regime fechado, fundado em 1898. Está situado na estação de Juquerí; distante 32 km de São Paulo, em esplêndida fazenda com 1.600 alqueires de terra, no qual também se acham localizados o Manicômio Judiciário e as Colônias (CAMARGO, 1943: 736).

O trecho acima nos descreve as três instituições que compunham o Complexo Hospitalar do Juquery: O Hospital Central, as Colônias e o Manicômio Judiciário. As Colônias eram destinadas a pacientes do sexo masculino e sua estrutura compreendia as colônias e duas fazendas, todas agrupadas no mesmo terreno. O texto explicava ainda que elas não recebiam unicamente pacientes crônicos, mas também doentes com neurosífilis. Era ali também que se processava a laborterapia em maior escala, “alcançando a lavoura e a pecuária um desenvolvimento digno de menção” (CAMARGO, 1943: 740).

O Manicômio Judiciário, fundado em 1931, também majoritariamente pacientes do sexo masculino (RODRIGUES et al., 2016). A instituição era destinada àqueles considerados “delinquentes isentos de responsabilidade por afecção mental, os condenados psicopatas e os indiciados suspeitos de psicopatias” (CAMARGO, 1943: 742-43).

Sobre o Hospital Central, onde eram feitas as psicocirurgias<sup>116</sup>, o relatório informava que sua construção havia seguido uma disposição simétrica, sendo os pavilhões da esquerda destinados às mulheres e os da direita reservados à interação de homens. Construídos com a mesma capacidade para os pacientes dos dois sexos, no momento de elaboração do relatório os serviços masculino e feminino contavam com uma grande desigualdade numérica: em 1943, o Hospital Central possuía 3.228 leitos, sendo 936 para homens e 2.292 para mulheres. Essa desproporção era explicada pela inauguração, em 1939, de um conjunto de 13 pequenos pavilhões, num total de 1.400 leitos, que recebeu a denominação de 7ª Colônia<sup>117</sup>, destinada a mulheres e que foi anexada à seção feminina do Hospital do Juquery (CAMARGO, 1943: 736).

Como informado previamente<sup>118</sup>, as colônias masculinas concentravam o maior número de internações de pacientes homens, que davam entrada no HC e eram transferidos, em seguida, para aquelas dependências. Até 1937, como demonstrado por Tarelow, as internações do Hospital Central concentravam 71% de homens em contraste a 29% de internações de pacientes do sexo feminino (TARELOW, 2013: 101). O grande contingente de pacientes mulheres, a partir de 1939, pode ser explicado pela criação da 1ª Colônia Feminina (denominada 7ª Colônia por Oswaldo Camargo, 1943), em 1939. Como vemos na imagem abaixo, a Colônia fazia parte da Divisão Feminina do Hospital Central, o que é confirmado pelos números do “Movimento geral de doentes, por dependência” do Juquery, em 1951 (ADAPESP, 1951:79).

---

<sup>116</sup> Dos pacientes internados no HC e nas Colônias. As informações extraídas dos prontuários indicam que as cirurgias dos pacientes internados no Manicômio Psiquiátrico foram realizadas naquela instituição. Retomarei essa questão no capítulo seguinte.

<sup>117</sup> Mário Yahn e Geraldo de Oliveira explicam que, até aquele momento, o Complexo do Juquery tinha seis colônias, unicamente masculinas (YAHN e OLIVEIRA, 1948-49). Daí a 1ª Colônia Feminina ser denominada, a princípio, 7ª Colônia.

<sup>118</sup> Ver Introdução.

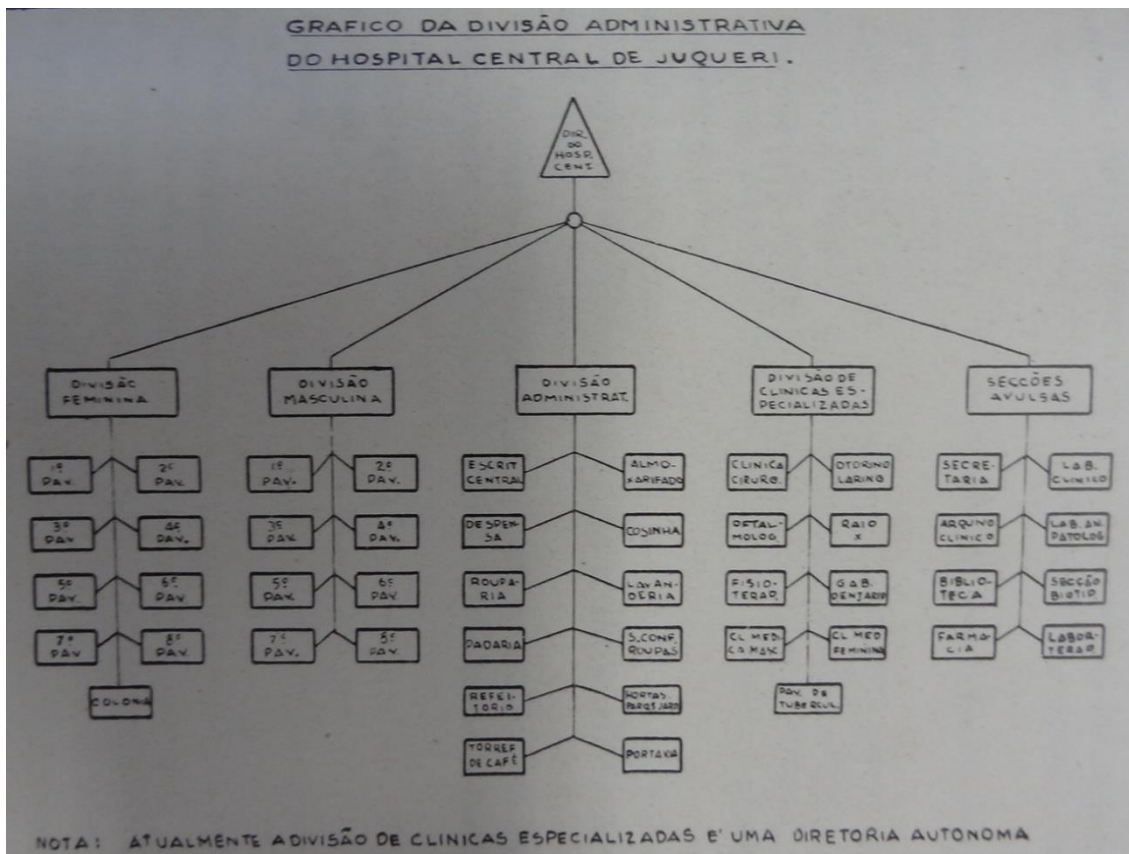


Imagem I: Gráfico da Divisão Administrativa do Hospital Central de Juquerí (*Arquivos do Serviço Nacional de Doentes Mentais*, 1943: 737).

Sobre essa colônia sua construção teria sido uma reivindicação da equipe médica da instituição ante à superlotação dos pavilhões. De maneira diferente das internações de pacientes homens, que além dos pavilhões contavam com uma rotunda central, quatro colônias distribuídas pelo território (em pontos afastados do Hospital Central) e uma escola para “menores anormais”, para as mulheres não havia “alternativas de espaços diferenciados” e elas acabavam “tumultuando as enfermarias do asilo central”. A elas era destinado, desde a criação da ala feminina em 1903, tratamentos de caráter fechado (PIZZOLATO 2014: 281), em oposição a maior parte dos pacientes do sexo masculino internados no Complexo Hospital, como veremos no próximo capítulo.

Pizzolato ressalta ainda a falta de preocupação com a privacidade das pacientes que se via na colônia em função da disposição dos leitos, com apenas 50 centímetros entre as camas. Isso dificultaria ainda o acesso de enfermeiras às pacientes em casos de crises ou outras ocorrências, um dos sinais de que a colônia feminina não estaria, de fato, atrelada à terapêutica funcional. Esse autor destaca ainda na configuração espacial daquela colônia “o único tipo de atividade possível era a costura, bordado e afins, sem a

permissão de atividades ao ar livre como nas colônias masculinas, por exemplo” (PIZZOLATO, 2014: 286). A configuração da Colônia Feminina criada em 1939 será ainda parte constitutiva da dinâmica da psicocirurgia no Hospital, o que retomarei no capítulo seguinte.

Por ora, é importante ressaltar que ela fez parte das mudanças estruturais feitas no Complexo a partir de 1938, com as reformas do governo de Ademar de Barros (1901-1969)<sup>119</sup>. Como resultado de medidas promovidas pelo então Interventor do Estado em 1939, inúmeras ampliações foram realizadas:

Assim as Colônias Franco da Rocha (antiga 2ª Colônia) e a 3ª e 5ª foram completamente reformadas e ampliadas, de acordo com as conveniências do serviço. Duas novas colônias foram inauguradas: a Colônia Ademar de Barros para doentes do sexo masculino e a 1ª Colônia de Mulheres, anexa à Diretoria do Hospital Central do Juquery (RUSSIANO, 1948-49: 15).

Ainda que muito enaltecidas no começo, essas ampliações impactaram a rotina do hospital os anos seguintes, impactos que ficaram mais evidentes ao longo na década de 1940, sobretudo em relação à quantidade de internações.

Em 1939, Edgard Pinto César (1901-1974), diretor do Hospital Central do Juquery, relatou algumas modificações da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo que tiveram espaço naquela instituição no texto “Em torno do movimento do Hospital Central do Juquery” em 1939. Até então, diversos doentes agudos que não poderiam ser internados no hospital eram mantidos em cadeias sem assistência médica e apenas tinham acesso ao Juquery quando se encontravam em estado de cronicidade. Isso afetaria diretamente a porcentagem de altas no estabelecimento, uma vez que os pacientes eram internados justamente quando as suas possibilidades terapêuticas eram escassas. Nas palavras daquele médico, “Houve anos em que, mais de um pavilhão da Seção Feminina com uma média de 150 doentes cada um, não proporcionava *uma única saída com alta*” (CÉSAR, 1940: 444).

Em 1938, contudo, foram inaugurados dois pavilhões de observação com capacidade de 120 leitos cada. Esses esforços respondiam à política de Ademar de Barros,

---

<sup>119</sup> Ademar de Barros foi prefeito da cidade de São Paulo (1957–1961), interventor federal (1938–1941) e duas vezes governador de São Paulo (1947–1951 e 1963–1966). *Ademar de Barros*. Verbete CPDOC. Disponível em [https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/ademar\\_de\\_barros](https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/ademar_de_barros). Acesso em 07 fev. 2019.

então Interventor Federal no Estado de São Paulo, que concentrou no Juquery “todos os doentes mentais necessitados de assistência”. Foi também em função dessa política que foi inaugurada em 1939 “a Colônia de Mulheres com capacidade para 1.200 leitos<sup>120</sup>, o que permitiu resolver praticamente o problema da assistência aos doentes do sexo feminino, de um só golpe duplicava-se o número de leitos que no Hospital Central do Juquerí atingia a mais de 2.000” (CÉSAR, 1940: 443).

Com a criação dos mais de mil leitos da 1ª Colônia de Mulheres, o serviço do hospital ampliou sobremaneira sua capacidade de internação. Teriam sido ainda enviadas para a nova colônia do Juquery 860 mulheres consideradas dementes que se encontravam em cadeias públicas e postos policiais do interior (MOTA e SCHRAIBER, 2012: 232). Ainda que a lotação máxima estivesse ultrapassada, César não via comprometidas as condições sanitárias da instituição e afirmava, em 1939, que ela tinha a capacidade de admitir quase 4.000 novos doentes. Em 1940, o então diretor do Hospital Central se referia à superlotação como algo provisório (CÉSAR, 1940: 443).

A situação transitória não se confirmou, contudo. Na comunicação “Assistência aos doentes mentais” que César proferiu em reunião do Centro de Estudos “Franco da Rocha” em 27 de novembro de 1942, as instalações do Hospital Central continuavam “superlotadas e abarrotadas de doentes crônicos” e com um quadro médico de número insuficiente” (AAPESP, 1943: 214). Se os “novos processos terapêuticos” teriam apresentado modificação desse quadro, proporcionando 115 saídos com alta em uma população de 1.342 diagnosticados com a patologia em 1940 (resultado “baixo”, mas considerado relevante dentro da grande quantidade de doentes recebidos) (CÉSAR, 1940: 452), em 1942 notamos o aumento da preocupação com um grupo específico de pacientes, os esquizofrênicos. Eles compunham uma “massa de doentes” que, nas palavras de César, marchava para a cronicidade em sua quase totalidade (AAPESP, 1943: 214). Veremos, no capítulo seguinte, como a utilização da psicocirurgia também convergiu majoritariamente para esse grupo de pacientes

Ao mesmo tempo em que os médicos do Juquery descreviam um conturbado contexto institucional dentro de um quando de superlotação, falta de funcionários (como veremos na documentação clínica do capítulo seguinte) e cronicidade dos pacientes,

---

<sup>120</sup> O relatório de Pinto César e do SNDM divergem em relação a este dado, o primeiro informa a capacidade de 1.200 leitos, o segundo, já citado, fala em 1.400 leitos (CÉSAR, 1940; CAMARGO, 1943).



veículos de grande mídia e relatórios nacionais apontavam sempre para a excepcionalidade dos trabalhos ali realizados. Esse contraste é evidenciado pelo relatório anual do Serviço Nacional de Doenças Mentais de 1945. Antes da visita de Paulo Sodré<sup>121</sup> ao Hospital (que redigiu o relatório), Edgard Pinto César o teria prevenido sobre a “situação alarmante” na qual se encontrava a instituição devido à superlotação de doentes. César informou a Paulo Sodré antes da visita ao hospital que o número de internações era duas vezes maior que a lotação normal, mas Sodré relatou que jamais adivinhariam essa situação, tal a impressão de limpeza e eficiência que as instalações passavam. Não haveria ali “nada a reparar, senão elogiar sem restrições” (SODRÉ,1945: 319).

Na edição de 7 de novembro de 1941 do *Correio Paulistano*, a nota jornalística “Impressões do Dr. Aduino Botelho, diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, do Rio, sobre o Hospital Colônia de Juquerí” o jornalista transcrevia parte das impressões do médico carioca que haviam sido publicadas no jornal *A Manhã*, jornal carioca, no mês anterior. Nas palavras de Aduino Botelho

O entusiasmo de quem visita São Paulo é cada vez maior. Em relação à assistência aos doentes mentais considero São Paulo na vanguarda. Suas organizações hospitalares, otimamente dirigidas, revelam a grandeza do seu povo e o valor dos psiquiatras paulistas. O Hospital Colônia de Juquerí é padrão para toda a América do Sul (*Correio Paulistano*, 07/11/1941: 3).

Em dezembro de 1943, o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Aduino Botelho, enviava o relatório com informações referentes aos serviços federais de assistência a psicopatas ao ministro da Educação e da Saúde pública do governo Vargas, Gustavo Capanema<sup>122</sup>. Nele, Botelho também tecia elogios à assistência a alienados em São Paulo, relatando que

É São Paulo o Estado que mais se distingue na assistência e tratamento dos doentes mentais. A Assistência a Psicopatas é constituída de: Hospital Central de Juquerí, Diretoria das Clínicas Especializadas, Serviço de Ergoterapia e Manicômio Judiciário localizados todos na Estação de Juquerí, e ainda a Clínica Psiquiátrica com uma parte do ambulatório magnificamente instalado e outra para internações – o Hospital Psiquiátrico das Perdizes, situados na capital. Anexa à Diretoria Geral funciona a Instituição de Assistência Social ao Psicopata que tem por finalidade angariar donativos para auxiliar, não

---

<sup>121</sup> Médico do Hospital Psiquiátrico, professor da Cadeira de “Assistência Psiquiátrica” dos Cursos de Especialização do DNS (SODRÉ, 1945: 317).

<sup>122</sup> Capanema (1900-1985) foi Ministro da Saúde e Educação de 1934 a 1954. *Gustavo Capanema*. Verbetes CPDOC. Disponível em [https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/gustavo\\_capanema](https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/gustavo_capanema).

só os doentes internados como também os egressos dos estabelecimentos psiquiátricos (BOTELHO, 1943, n.p.).

Nos discursos elogiosos dedicados ao hospital pelas autoridades inferimos a legitimação das terapêuticas praticadas ali, o que inclui, é claro, a psicocirurgia. Em 1949, o jornal *Ciência para todos* publicou um artigo de Maurício de Medeiros (1885-1966) sobre a promoção da terapêutica em São Paulo. No texto publicado na seção sobre as *Últimas aquisições da medicina*, o médico carioca engrandecia o “novo recurso terapêutico” direcionado para “casos que se mostram rebeldes aos métodos usuais de tratamento”. Medeiros destacava ainda que “Entre nós [*brasileiros*] têm sido os paulistas os que mais o têm empregado, participando do otimismo americano” (MEDEIROS, 1949: 3).

Não encontramos nenhuma crítica ao tratamento nos Arquivos do SNDM, senão um artigo de Quintiliano Junior, psiquiatra do Serviço, publicado no volume de 1955. No texto, fruto de uma nota “Aspectos médico-legais dos leucotomizados”, apresentada à Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal em 1953, o psiquiatra debatia a credibilidade dos resultados positivos da terapêutica em público de pacientes específico: os “alienados delinquentes”. Preocupado com a terapêutica desses resultados a longo prazo, ele escrevia que

os resultados da psicocirurgia, mesmo quando ótimos, não nos autorizam a opinar, quando em função parcial, pela imediata suspensão das medidas jurídicas a que estiverem submetidos os nossos examinados sem incorrer em risco de incidir em erro, pelo reaparecimento da sintomatologia psicótica e, de atos que dela podem advir (QUINTILIANO FILHO, 1955: 151).

Assim, ainda que a terapêutica se apresentasse desde 1936 como intervenção de efeitos irreversíveis e com sequelas que incluíam afetação “das mais altas funções da personalidade humana” (QUINTILIANO FILHO, 1955: 146-47) em sua grande maioria, relatórios médicos e jornais a abordaram no Brasil como tratamento moderno e promissor até o início da década de 1950.

De fato, apesar de todos os problemas que, segundo seus médicos, o hospital vivenciava na década de 1940, o Juquery possuía o status nacional e internacional de instituição de assistência psiquiátrica avançada e moderna. Seu investimento na psicocirurgia veio, sem dúvida, contribuir nesse sentido. Ele foi possível, contudo, graças à racionalidade terapêutica organicista que permitiu a mobilização dessa e de outras

terapêuticas. Somava-se a essa racionalidade um elevado número de internações que, segundo o corpo médico do hospital, representavam casos crônicos ou em cronificação. Foi nessa conjuntura que a experimentação com a psicocirurgia ganhou lugar e adquiriu singularidade no hospital, tendo como desdobramento a elaboração de duas variações cirúrgicas elaboradas por três de seus médicos em meados da década de 1940.

### **2.3. A “leucotomia parietal” e a “leucotomia em três tempos”**

Egas Moniz publicou *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses* [Tentativas operatórias no tratamento das psicoses] em 1936 e naquele mesmo ano o neurocirurgião Aloysio Mattos Pimenta (1913-1987), que já havia feito as primeiras angiografias cerebrais, realizou também as primeiras leucotomia (PIMENTA, 1988: MASIEIRO, 2003).

Pimenta havia iniciado “sua atividade médica no Hospital de Franco da Rocha onde muitos neurologistas da época trabalharam”<sup>123</sup>. Em 1938, partiu para a Alemanha para estudos em neurologia e neuropatologia e, em função da guerra, deslocou-se, em 1941, para os Estados Unidos. Já de retorno a São Paulo, em 1947, Pimenta fundou o Serviço de Neurocirurgia do Hospital São Paulo sob direção de Paulino Longo em 10 de fevereiro de 1947.

Na publicação que divulgou os primeiros resultados cirúrgicos, Mattos Pimenta anunciava: “O nosso artigo marca o início de um trabalho que estamos elaborando sob orientação do Prof. Pacheco e Silva, a respeito da leucotomia cerebral em certas psicoses” (PIMENTA, 1936: 259). Apesar de encontrarmos a referência a quatro primeiras pacientes operadas por Pimenta em um primeiro momento, o artigo apenas cita duas delas (YAHN et al., 1951a). Ainda assim, e a despeito de ser um artigo curto e com escassez de detalhamento se comparado aos que encontramos nas décadas de 1940 e 1950, ele foi o primeiro de diversos artigos sobre o tema que disseminaram os trabalhos do hospital no Brasil e no exterior.

Nesse artigo, vemos pela primeira vez nomes que estarão envolvidos com a prática psicocirúrgica no Juquery nas décadas de 1940 e 1950 e com a futura indicação de Egas Moniz ao Nobel, em 1948. Nele são citadas as operações feitas em duas pacientes

---

<sup>123</sup> *História da Escola Paulista de Medicina*. Disponível em: <http://www.neurocirurgiaepm.com.br/sobre/historia/>. Acesso em 09 dez. 2019.

sofrendo de melancolia, um dos casos narrado com maior detalhamento<sup>124</sup> e sobre o outro os médicos prometiam publicação posterior. A análise da paciente cujo caso foi descrito foi feita, antes e depois da operação, por Aníbal Silveira, referenciado como “médico assistente da paciente”. Mário Yahn também participou da observação da interna, na época ocupando cargo de "alienista substituto" (PIMENTA, 1936: 263).

A partir daquele ano, diversas cirurgias foram também realizadas em outros estados brasileiros e outros países e não é minha intenção levantar todas as adaptações instrumentais e variações técnicas da psicocirurgia elaboradas – o que talvez ainda exija consistente investigação histórica. Mas sabemos que houve muito trabalho clínico nesse sentido e que o resultado mais “famoso” foi a criação da leucotomia transorbitária de Fiamberti, graças a sua apropriação e difusão por Walter Freeman.

No Juquery, antes mesmo da idealização de novas variações cirúrgicas, o anseio de “aprimoramento” técnico para as intervenções pode ser visto na busca do neurologista Antônio Carlos Barretto em solucionar alguns inconvenientes da cirurgia. Barretto desenvolveu um aparelho semelhante ao leucótimo que servia, ao mesmo tempo, como cateter e seringa. Com ele, a secção poderia ser depois observada através de radiografia, facilitando, segundo o médico, a identificação de possíveis erros, e indicando reparos (MASIERO, 2003; MIRANDA, 2014: 976).

Segundo Masiero, em 1945 a leucotomia pré-frontal “já estava plenamente consolidada e a experiência dos psiquiatras e neurocirurgiões era suficiente para iniciar experimentos inéditos no mundo” (MASIERO, 2003: 559) Foi o que aconteceu no Brasil. A possibilidade de experimentação terapêutica em um amplo contingente de pacientes considerados crônicos fez com que os médicos do Juquery criassem mais do que um novo artefato cirúrgico: eles desenvolveram também duas variações de psicocirurgia. A primeira delas foi criada em 1945 e divulgada no artigo “Leucotomia Parietal”, publicado em 1948<sup>125</sup>. O artigo que anunciou a segunda variação, “Sobre a leucotomia de Freeman

---

<sup>124</sup> Apesar de a princípio terem constatado melhora da paciente, sua ansiedade teria recidivado. A despeito de sua vontade, pois eles informam que ela não queria submeter-se à nova operação, os médicos informavam que as duas internas passariam por um “segundo tempo” que consistiria em “injeções de álcool absoluto nas mesmas zonas do cérebro” (PIMENTA, 1938: 265).

<sup>125</sup> Originalmente publicado em *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, vol. VI, nº 3, set. 1948 (YAHN et. al., 1951: 111)

e Watts em três tempos”<sup>126</sup>, também foi publicado em 1948 sem, contudo, informar o ano exato em que começou a ser usada. É possível que a primeira tentativa por esse método tenha sido feita também em 1945, ano da primeira referência à técnica encontrada nos documentos clínicos.

Retomo aqui o texto *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)*, de 1951, obra publicada pelos médicos do Juquery Mário Yahn, Mattos Pimenta e Sette Junior. Composta por nove capítulos, o livro é uma compilação de artigos escritos sobre o uso da leucotomia no Juquery durante cerca de dez anos. Nas palavras de Egas Moniz, que lhe dedicou o prólogo, a obra promovia “o estudo cuidadoso de técnicas e apreciação de resultados” (YAHN et al. 1951a: XII) Primeira fonte da pesquisa, nela encontrei o maior número de casos de administração da psicocirurgia no Brasil, entre eles os artigos sobre a leucotomia parietal e em três tempos, incorporados como os capítulos V e VI do livro.

No primeiro capítulo, “Sobre a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz”<sup>127</sup>, a base experimental da terapêutica fica evidente quando Mário Yahn cita algumas das “entidades psiquiátricas”<sup>128</sup> nas quais a leucotomia poderia “determinar resultados com *probabilidade*<sup>129</sup> de êxito”, entre elas: melancolia de involução, estados obsessivos compulsivos, neuroses obsessivas compulsivas rebeldes “de evolução prolongada e que não cederam à psicanálise”, esquizofrenias crônicas, personalidades psicopáticas, epilepsias, e síndromes pós-encefálicas com evidente distúrbio de conduta, “de grave repercussão social” (YAHN et al., 1951a: 19).

Intercalando o uso de diferentes técnicas nesses tratamentos, as cirurgias feitas na instituição atingiram altos números. Para que se possa avaliar, entre dezembro de 1940 a dezembro de 1941, Mattos Pimenta havia operado as 34 primeiras pacientes. “Posteriormente”, informava Mário Yahn, “ele e seus assistentes Sette Jr. e Antônio

---

<sup>126</sup> Originalmente publicado em *Arquivos de Assistência Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XIII-XIV, nº único, Jan-Dez. 1948-1949 (YAHN et al., 1951: 121).

<sup>127</sup> Originalmente publicado em *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, vol. IV, nº 3, set. 1946 (YAHN et al., 1951: 1).

<sup>128</sup> Em relação às nosologias indicadas, o termo “entidades psiquiátricas” por Mário Yahn e a estruturação das patologias em sua descrição nos remete à problemática posta por Charles E. Ronsenberg em relação ao processo de construção das doenças como entidades específicas desde o século XIX. Nesse sentido, dadas as especificidades em relação à semiologia psiquiátrica que veremos brevemente à frente, a elaboração das doenças como entidades pelas ciências biomédicas “tornaram mais plausíveis, mais nitidamente definidas e mais frequentes a estrutura e racionalidade para determinadas intervenções terapêuticas” (ROSENBERG, 2002: 249).

<sup>129</sup> Grifo meu.

Carlos Barretto” deram continuidade aos trabalhos, que em 1947 contabilizavam 161 pacientes operadas pela técnica de Moniz e 48 pacientes operadas pela técnica de Walter Freeman<sup>130</sup> (YAHN et al., 1951: 35). No livro, os médicos explicam como seguiram com o uso das técnicas de Egas Moniz e de Freeman e Watts, até principiarem a elaboração de novas variações:

Começamos com um trabalho sobre o histórico e desenvolvimento da Leucotomia de Egas Moniz e com uma primeira série de pacientes que submetemos à técnica desse autor. Depois adotamos a técnica de Freeman e Watts e, finalmente, guiando-nos pelo desejo de comprovar ou não nossas ideias sobre o mecanismo de ação dessa nova orientação terapêutica, propusemos e iniciamos as investigações sobre os resultados que poderíamos obter, *operando pela técnica de Freeman e Watts, mas em três tempos*. (...) (YAHN et al., 1951a: 122).

Investigações sobre a ação da leucotomia no lobo temporal foram também feitas, e seus resultados foram publicados no último capítulo do livro. Não sendo essa uma técnica elaborada pelos próprios médicos do Juquery, optei por apresentar aqui o estudo da leucotomia em três tempos e da leucotomia parietal. Delinear essas técnicas é, primeiramente, falar sobre o caráter inovador do trabalho psicocirúrgico realizado pelos cirurgiões do hospital. Em segundo lugar, é procurar compreender o que motivou sua criação, de que forma foram utilizadas e como seus resultados foram interpretados. Isso nos ajuda a compreender alguns dados sobre as cirurgias encontrados nos prontuários, como a preocupação constante com o comportamento dos internos.

Analisaremos nos capítulos seguintes como as operações feitas em pacientes do sexo feminino se ligam a padrões de gênero da época e a fatores instrucionais, além de especificidades do perfil das pacientes daquele pavilhão. Por ora, serão citados alguns casos que aparecem nas publicações e que nos auxiliam a compreender os princípios científicos e terapêuticos que orientaram essas duas variações cirúrgicas, especificamente.

### **2.3.1. Leucotomia parietal**

Segundo Yahn, Mattos Pimenta e Sette Jr., a teoria de Freeman e Watts era a de que a secção das fibras tálamo-frontais determinaria, em estados psíquicos mórbidos, a supressão do quadro de “ansiedade e dor moral”. Apesar de concordarem com a

---

<sup>130</sup> Os resultados das 209 primeiras 209 operações, todas feitas em pacientes do 5º Pavilhão de Mulheres do Hospital Central do Juquery, foi publicado na revista Neurobiologia (Recife), tomo X, nº 2, junho 1947 (YAHN et al., 1951a: 35).

importância das ligações entre o córtex pré-frontal e o tálamo, eles acreditavam que restringir as interpretações dos resultados a essa associação era demasiado simplista, uma vez que o lobo frontal se relacionava com os demais lobos cerebrais. Ampliando esse raciocínio, os três médicos investiram na separação de suas ligações com outro lobo, dando origem à leucotomia parietal em 1945. A técnica, em função da área lesionada, ficou conhecida como “leucotomia parietal pela secção do feixe longitudinal superior”.

O estudo sobre a leucotomia parietal resultou da operação com a técnica em 22 pacientes, sendo 19 delas esquizofrênicas e 3 não esquizofrênicas. Na estatística elaborada com os casos encontrados em prontuários médicos, as operações por leucotomia parietal somam 4 casos (4,45% dos casos). Em comparação com a quantidade de uso da leucotomia em três tempos (40,12%) vemos que não houve o mesmo investimento nessa variação.

Ainda assim, é possível observar que também o uso da leucotomia parietal foi mais frequente em mulheres internadas na instituição e diagnosticadas como esquizofrênicas. É também de interesse chamar atenção para o fato de que ficamos sem saber o diagnóstico das três pacientes não esquizofrênicas que passaram por essa cirurgia. Não há nenhuma referência ao diagnóstico, apenas a elementos de ordem comportamental. Somos informados que nessas mulheres já haviam sido testadas as técnicas de Egas Moniz ou de Walter Freeman (além de outras terapêuticas, como eletrochoque e insulino-terapia) mas que mesmo após a utilização de todas técnicas psicocirúrgicas, elas apresentavam tendência à agitação, à turbulência e desvios de conduta, o que havia servido de justificativa na tomada de decisão acerca do uso da leucotomia parietal, também sem resultado.

No que diz respeito às demais pacientes, todas eram consideradas esquizofrênicas crônicas, com “defeito esquizofrênico típico” e casos de “mau prognóstico”. Quase todas também já haviam sido “submetidas ao eletrochoque, cardiazol, insulina e leucotomia frontal, sem resultado”.

Esses elementos aparecem na folha de psicocirurgia de uma paciente diagnosticada com esquizofrenia paranoide<sup>131</sup>. Operada em 1947 pela técnica parietal, também ela havia sido submetida anteriormente a outros tratamentos (eletrochoque e

---

<sup>131</sup> Para a imagem na folha de psicocirurgia: Imagem IV, em Anexos, pág. 282.

método de Giorgi), sem apresentar, segundo os médicos, melhoras significativas. Foi então que decidiram pela leucotomia parietal, pela qual atestaram “modificação essencial no seu comportamento”. Segundo a avaliação após a cirurgia ela não mais havia tentado fugir, apresentava-se “obediente” e alimentava-se bem. Também é interessante que o prontuário traga ilustrações sobre a área do cérebro na qual buscou-se a intervenção, algo que não encontrei em nenhum outro registro clínico.

Em relação às pacientes citadas na publicação “Leucotomia Parietal”, os médicos consideraram apenas duas melhoras no grupo de pacientes esquizofrênicas. Essa baixa porcentagem (cerca de 10%), “inferior àquela obtida com qualquer leucotomia praticada no lobo frontal”, era justificada principalmente pelo material clínico, que sob o ponto de vista do prognóstico era “o pior possível” (YAHN et al, 1951: 117).

Uma vez que “*conclusões definitivas* não poderiam ser tiradas” pois que consideravam o “material” do estudo de má qualidade para o estudo, os médicos procuravam manter a esperança na nova intervenção dando o seguinte fechamento ao trabalho:

Maior número de observações é necessário para se fixar um critério. Além disso, se acrescentarmos que, na esquizofrenia aguda, outros métodos de choque devem ser tentados em primeiro lugar, podemos avaliar quão difícil será a reunião de um número de casos agudos ou subagudos, operados pelas diversas técnicas e em vários setores do cérebro, que permita conclusões mais seguras do que as que agora possuímos (YAHN et al., 1951a: 118).

Com exceção de dez casos encontrados nos prontuários e dos vinte e dois citados no artigo, foi também encontrado um caso de paciente do sexo masculino, sofrendo de cefaleia, que teria sido operado pela técnica parietal em alguma instituição de Campinas antes da entrada no Juquery. Não, há, contudo, maiores informações em relação a finalidade terapêutica que se intencionava nesse caso, se sobre algum elemento de caráter comportamental ou se para supressão da dor.

### **2.3.2. Leucotomia em três tempos**

Na variação psicocirúrgica denominada leucotomia em três tempos – divulgada pelo psiquiatra do Hospital do Juquery (em São Paulo) Mário Yahn, em 1948 –, o lobo pré-frontal era dividido em quatro quadrantes: superiores (direito e esquerdo) e inferiores (direito e esquerdo). O primeiro tempo era feito no quadrante inferior direito e o segundo



no quadrante inferior esquerdo. Não dando resultado, operava-se os dois quadrantes superiores (terceiro tempo) de uma só vez<sup>132</sup>.

Na obra, explica-se que a leucotomia em três tempos eram “operações seletivas do lobo frontal” segundo secções parciais, feitas em três cirurgias distintas com intervalo mínimo de 30 dias e, frequentemente, de 3 a 6 meses (YAHN et al., 1951a: 126). A cirurgia era baseada na “lobotomia” (a leucotomia de Freeman e Watts), sobre a qual os estudos mostravam “o papel do tálamo como “centro da emoção e da vida instintiva”. Sendo o córtex frontal o lugar de “elaboração das ideias do indivíduo em relação a si mesmo e para com os outros”, a intervenção de Freeman se dava na conexão entre as duas regiões. Segundo a variação do médico norte americano, “Uma mente equilibrada resultaria, pois, de uma harmonia perfeita nas correlações funcionais entre o tálamo e o córtex frontal” (YAHN et al., 1951a: 123).

Fica clara a falta de noção exata sobre os resultados de tais intervenções quando os autores citam o psiquiatra suíço Manfredo Breuler (1857-1939) para concluir que não havia uma teoria satisfatória para a explicação dos resultados da leucotomia cerebral de Egas Moniz. Faltariam também “conhecimentos suficientes da fisiologia cerebral” mesmo para a hipótese de Freeman e Watts, que embora possível, não estaria demonstrada. Expondo limitações e imprecisões das duas teorias, os médicos do Juquery questionavam principalmente quatro pontos: de que o tálamo não era a única formação com a qual o córtex frontal mantinha relações funcionais ou anatômicas; de que a leucotomia de Freeman e Watts não interrompia somente as fibras fronto-talâmicas, mas também outras com quais os lobos frontais se conectavam essas regiões; de que entre as fibras poupadas, estariam aquelas entre o lobo orbitário e o tálamo, segundo eles, as mais importantes para a atividade instintiva básica; e de que o “embotamento psíquico” proveniente da intervenção de Egas Moniz não era indispensável para a qualidade das remissões (YAHN et al., 1951a: 125-26).

As tentativas com a leucotomia em três tempos visariam, então, “não determinar embotamento psíquico post-operatório”, evitar a interrupção total das relações tálamo-frontais e verificar se a secção de fibras de áreas secundárias determinaria o mesmo grau de remissões em nível quantitativo e qualitativo. Para o estudo foram utilizados os

---

<sup>132</sup> *Mário Yahn*. Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/188/BIOGRAFIA-MARIO-YAHN.pdf>. Acesso em 07 fev. 2019.

resultados da técnica em quatro pacientes com encefalite letargia, duas com encefalopatia, cinco com debilidade mental, quatro com personalidade psicopática e duas com epilepsia, num total de 17 pacientes não esquizofrênicas. Porém, como eles mesmos destacam, o grupo que mais os interessava era de esquizofrenias, que somava 53 pacientes. Foi com base no percentual de pacientes consideradas influenciadas nesse grupo diagnóstico que os médicos elaboraram um quadro comparativo entre os resultados satisfatórios da técnica em três tempos com a de Egas Moniz e a de Freeman e Watts. Segundo os resultados no Juquery, a técnica em três tempos contabilizava 20,5% de casos influenciados, contra 18% técnica de Moniz e 11% com a Freeman e Watts.

Acredito que seria pouco útil e mesmo exaustivo entrar em maiores detalhes sobre a parte técnica da cirurgia, repleta de termos médicos-científicos. Mas em alguns trechos, o pensamento que conduzia as tentativas operatórias com a leucotomia em três tempos torna-se mais acessível, como quando os médicos procuram explicar o melhor aproveitamento dessa técnica em relação a de Moniz e de Freeman e Watts, que consistiria em secções “mais amplas”. Para eles, o importante não era o que se cortava, mas a quantidade de conexões que permaneciam íntegras, dando assim “maiores possibilidades para uma nova e mais completa reintegração funcional, e a volta do indivíduo a condições psíquicas o mais possível próximas da normalidade” (YAHN, 1951: 130).

A hipótese geral derivada do estudo é bastante interessante, pois os médicos consideram que não apenas o lobo frontal estaria envolvido em processos mórbidos, mas que era preciso considerar também uma integração variável “segundo determinismos heredo-biológicos e evolutivos específicos do indivíduo”. O fenômeno da integração cerebral, da qual a atividade psíquica era considerada a “consequência mais complexa”, não estaria ligada a um setor específico do lobo frontal, mas à “inter-relação funcional entre eles, coisa variável de indivíduo para indivíduo” (YAHN et al., 1951a: 131).

Os médicos reconhecem a especificidade no caso de cada paciente, não por uma lógica subjetiva, mas pela lógica biologizante. Aquilo que era específico a cada paciente (ou aquilo que consideravam sua patologia) deveria ser encontrado na materialidade dos corpos e tratado no cérebro. As fronteiras, contudo, estariam sempre fluídas. O problema do diagnóstico da esquizofrenia, que retomarei no próximo capítulo, aparece na leucotomia em três tempos de forma bastante contundente:

É possível que costumes extravagantes, numa esquizofrenia, se confundam com sintomas, se uma análise cuidadosa não é realizada. Daí as nossas dúvidas, que não pretendemos ocultar, embora tenhamos buscado sempre a maior solidez ao firmar um diagnóstico (YAHN et al., 1951a: 135).

Assim, a compreensão da complexidade do funcionamento cerebral não poderia ser resultado exclusivo do conhecimento total da fisiologia cerebral: haveria ainda uma especificidade do arranjo cerebral do qual adviria, segundo o princípio organicista, a vida psíquica de cada indivíduo. Além disso, os médicos reconheciam o problema da delimitação do diagnóstico frente ao que consideravam especificidades socioculturais do perfil da população internada, considerada “rural inculta, atrasada e desprotegida, e econômica e socialmente” (YAHN et al., 1951a: 135). Algumas limitações se impunham, então, à eficácia da terapêutica: a compreensão da fisiologia cerebral, a localização orgânica da patologia, que seria particular a cada indivíduo, e a dificuldade característica na leitura dos sintomas para a conclusão de ao menos um diagnóstico, o da esquizofrenia.

Toda essa justificativa intencionava, sobretudo, precisar o resultado pouco satisfatório das operações em casos de esquizofrenia, alvo constante dos trabalhos não apenas no Juquery, mas também em contexto internacional. É interessante notar que os Yahn, Pimenta e Sette Jr. concordavam, após apreciar os resultados das três técnicas, que a esquizofrenia “não reagia com muita facilidade à leucotomia” (YAHN et al., 1951a: 131).

Os casos documentados no capítulo sobre a leucotomia em três tempos são, assim como os registros médicos, recheados de sintomas de caráter comportamental. Uma das pacientes esquizofrênicas, branca, solteira, 20 anos de idade, apresentava crises de agitação e depressão, via espíritos, “Falava muito em ter relações sexuais e convidava qualquer homem para tanto” (YAHN et al., 1951a: 139). Outra paciente com diagnóstico de esquizofrenia, também branca e solteira, operada aos 31 anos, tinha começado a moléstia seis anos antes. Mas, aos 16 anos, já havia tido uma “crise nervosa” caracterizada por “indiferentismo, depressão, mal-humorada, respondendo mal aos pais, o que nunca antes havia acontecido” (YAHN et al., 1951a: 147). Nos prontuários, encontramos uma indicação clara de uso, como no caso da paciente RG 48.274, parda, solteira, operada em 1951 com diagnóstico de personalidade psicopática: Paciente desobediente turbulenta, agressiva (...). Tem elementos epileptoides em sua personalidade. Fará leucotomia frontal

em 3 tempos, indicada para estes desvios de conduta, impulsividade, agressividade e perversidade”.

É difícil, contudo, mapear o uso específico de cada técnica segundo o diagnóstico, prevalecendo as indicações de todas as variações sobre elementos ligados à conduta dos pacientes. Alguns trabalhos nos indicam que poderia haver a preferência por determinado método em função desses fatores. Paulino Longo e outros médicos defenderiam em 1956, por exemplo, que, da “escolha acertada da técnica” (de Moniz, de Freeman e Watts, uma topectomia ou o método transorbitário), viriam os resultados que colocariam a psicocirurgia no “lugar de destaque” que ele merecia entre as demais terapêuticas (LONGO et al., 1956: 274). Esse apelo, – já tardio se consideramos que o uso da terapêutica no Juquery estava em franco decréscimo –, sugere que uma associação entre “boa” técnica para cada diagnóstico não havia sido estabelecida.

No último trabalho encontrado sobre intervenções psicocirúrgicas realizadas em pacientes do Juquery, “Subcorticotomia do lobo orbitário e distúrbios instintivos” (VIZZOTTO et al., 1959), os autores médicos do hospital e da Escola Paulista de Medicina ainda afirmavam que as intervenções cirúrgicas no cérebro de doentes mentais levavam à convicção de que esse método terapêutico tinha seu lugar “definitivamente assegurado na Psiquiatria, especialmente nas psicoses crônicas, incuráveis”. Afirmavam ainda que nos casos “de distúrbio de desenvolvimento do caráter definitivo, nenhuma outra finalidade terapêutica existe” (VIZZOTTO et al., 1959: 202).

Ao longo deste capítulo procurei, enfim, discutir a participação do Hospital do Juquery de uma ampla rede de produção de conhecimento sobre a psicocirurgia, acrescentando à circulação desses saberes novas teorias e práticas. Busquei ainda demonstrar que a apropriação da terapêutica que se deu naquele espaço esteve intrinsecamente ligada a circunstâncias materiais e sociais nas quais seus praticantes e a instituição estavam inseridos. Foi graças às expectativas científicas em torno da terapêutica, à sua configuração institucional e a sociabilidade científica de seus profissionais que o Juquery se inseriu rapidamente na corrente psicocirúrgica e daí lograsse a reputação de vanguarda da psicocirurgia no Brasil e no exterior. Os resultados colhidos com a documentação primária, que nos esclarecem sobre a rotina da terapêutica no hospital e o perfil dos pacientes operados, serão tratados no capítulo a seguir.

### 3. A prática psicocirúrgica no Juquery

A psiquiatria é um aspecto profundamente controverso dos saberes do nosso mundo moderno e secular. Ela levanta questões sobre a natureza de si, sobre as relações entre o corpo e a mente, sobre nossas emoções e nossa sexualidade, sobre o indivíduo e o profissional, sobre a natureza da doença e do mal-estar, sobre o *status* e os limites da ciência aplicada, sobre compulsão e poder do Estado (JOHNSON, 2017: 15: tradução minha).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica (FOUCAULT, 2013: 144).

Ao analisar a conjuntura internacional na qual a psicocirurgia se afirmou como tecnologia terapêutica, pudemos ver que sua apropriação pelo Juquery aconteceu imediatamente após a sua difusão por Egas Moniz, ainda em 1936. Essa rápida assimilação foi possível graças à forte corrente organicista que vigorou na instituição sob a direção de Pacheco e Silva (1923-1937), bem como à rede de sociabilidade que se estabeleceu naquele período entre Moniz, Pacheco e os médicos daquela instituição hospitalar.

Na divulgação das primeiras cirurgias realizadas no Juquery, ainda em 1936, Mattos Pimenta intencionou divulgar a vanguarda cirúrgica da instituição e, ao mesmo tempo, explanar sobre a intencionalidade terapêutica que conduziu suas primeiras operações no hospital. A psicocirurgia, começava, então, a ser utilizada segundo as “vantagens” apresentadas por Egas Moniz, sendo elas:

1) suprimir o sofrimento íntimo dos ansiosos, melancólicos; 2) diminuir a agitação psicomotora; 3) diminuir certos complexos psíquicos; 4) diminuir os inúteis da sociedade; 5) diminuir e tornar mais úteis os doentes nos hospitais psicopatas; e o 6) o estudo fisiológico psiquiátrico (PIMENTA, 1936: 262).

No trecho acima, notamos que, além de almejar a supressão do “sofrimento íntimo” de pacientes depressivos e ansiosos, o uso da terapia tinha como objetivo reduzir a agitação dos internos, torná-los menos “inúteis” para a instituição e para a sociedade, e contribuir com a pesquisa em fisiologia psiquiátrica (notadamente, nessa perspectiva, cerebral).

Mas de que maneira esses parâmetros foram realmente utilizados no Juquery? Foram estas, de fato, as diretrizes que coordenaram seu uso na instituição até a década de 1950? Que argumentos motivaram as cirurgias caso-a-caso? Quais eram os critérios para a seleção de doentes, o que justificava essa escolha e como eram lidos os resultados segundo critérios de cura, melhora, piora?

### **3.1. Psicocirurgia nos prontuários do Juquery: especificidades da documentação e levantamento estatístico**

#### **3.1.1. As informações sobre a psicocirurgia dentro do prontuário**

Como assinalado por Tarelow (2013), a estrutura dos prontuários do Hospital do Juquery passou por algumas modificações ao longo do tempo. Dentro do recorte temporal deste trabalho, no entanto, não houve modificações na organização dos dossiês clínicos. Neles, encontramos informações referentes à cor, nacionalidade, idade, sexo, datas de entrada e saída dos pacientes, exames e terapêuticas aplicadas (Ver Anexo I, págs. 285-86).

Os dossiês médicos compõem, dessa forma, uma espécie de “diário” coletivo dos médicos crucial para a construção de seu conhecimento clínico. Mas é preciso ter em mente que aquilo que se registra é sempre parcial e descrito segundo o olhar dos diferentes profissionais, produzindo certa polifonia de vozes, que se desdobram em diferentes diagnósticos, a exemplo do que Noll (1999) já demonstrou. Além disso, nos deparamos com outras ausências, como a falta de determinados documentos ou, ainda, seu preenchimento incompleto. Isso pode significar não apenas a falta de administração de tratamentos ou de intercorrências, mas também “a falta de atenção médica para todos os pacientes” (TARELOW, 2013: 98).

Explicações nesse sentido podem ser encontradas em relatos como o do diretor do Hospital Central, Edgard Pinto César, na década de 1940. Diante de limitações impostas pelo excesso de internações que impossibilitariam uma assistência “rigorosa” aos doentes, César afirmava que

As observações superficiais, os diagnósticos apressados e mal fundamentados ou então incompletos quando não errados, o desprezo da acurada investigação etiológica, a terapêutica não bem adequada que tudo isso decorre, são consequências em serviços médicos sobrecarregados, com todas as suas deploráveis consequências (CÉSAR, 1943: 67).

De maneira semelhante, em 1949 um dos psiquiatras registrou no prontuário de uma paciente que não foi possível um exame mais detalhado dos efeitos de sua operação devido ao “acúmulo de serviço” na seção e pelo fato de outros dois médicos estarem de férias (RG 42.566)<sup>133</sup>.

Entre as carências de informação dos registros médicos, foi especialmente cara para a pesquisa a falta da folha de “Psicocirurgia”, principal documento que informa realização da terapêutica (ver Anexo II, em Anexos, pág. 286). Ao investigar nos prontuários as operações citadas nas publicações da época, notei a falta de referências à psicocirurgia em alguns dossiês correspondentes. Ademais, ainda que possamos encontrar em alguns prontuários casos com detalhamento da análise pós-cirúrgica, este não é o perfil da maior parte dos registros encontrados, geralmente precariamente preenchidos.

Os problemas de organização dos funcionários do hospital resultaram ainda no caso de uma paciente operada por equívoco. Na folha de psicocirurgia consta que a operação “foi realizada por engano!”, ao que o psiquiatra explicou em seguida:

Por questão de uniformidade, fizemos a folha presente depois de a operação já ter sido realizada. A doente para qual fora pedida a intervenção, percebendo-se a papeleta respectiva, foi [Maria, RG 41.079]<sup>134</sup>, cuja papeleta de operação foi anexada a esta. Naturalmente o engano foi da encarregada da colônia, que no meio da multidão de doentes ali existentes se confundiu. Fizemos outra papeleta cirúrgica para [Ana, de RG 41.282], que é quem deve ser operada (RG 41.079)<sup>135</sup>.

### 3.1.2. Quantificação das cirurgias

Dispomos, para este estudo, de uma grande massa documental, contabilizando 365 casos confirmados de psicocirurgia. A análise amostral definiu-se sobre 43% das operações realizadas no Hospital Central e nas Colônias<sup>136</sup> (ver Tabela I em Anexos, pág. 284-285). Alguns dos pacientes passaram por mais de uma variação técnica e, para esses casos, foi considerado o ano da primeira intervenção cirúrgica. A quantificação por

---

<sup>133</sup> Em média, em 1941, cada médico se ocupava de cerca de 400 pacientes. Edgard Pinto César afirmava que cada paciente precisava ser visto e reexaminado ao menos uma vez por mês. Os dados referentes a reexames mensais, não são a regra nos prontuários (CÉSAR, 1943).

<sup>134</sup> Todos os nomes são fictícios para prezar o anonimato dos pacientes

<sup>135</sup> A última paciente, foi operada posteriormente, como podemos constatar em seu prontuário (RG 41.282).

<sup>136</sup> Como explicado na Introdução, optei pela análise amostral com garantia de nível de confiança de 90% e uma margem mínima de 5% de erro (NORMANDO et al., 2011; PATINO e FERREIRA, 2016).

amostragem selecionou, indistintamente, casos de pacientes que passaram por uma ou mais variações.

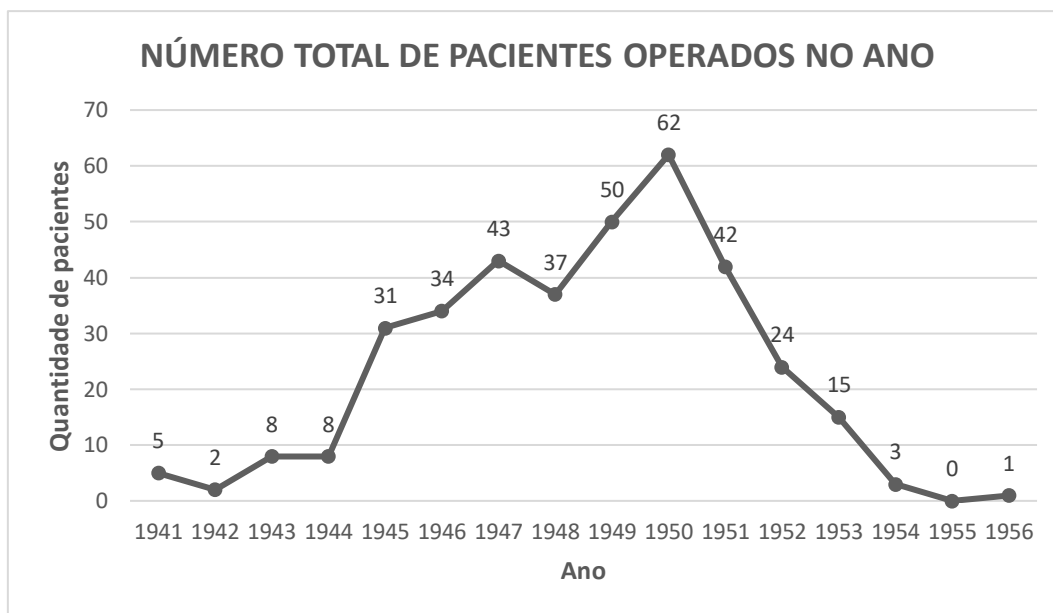


Gráfico I: Quantidade de operações por ano sob o total dos prontuários encontrados com confirmação de cirurgia.

Além dos quatro primeiros casos de leucotomia feitos por Aloysio Mattos Pimenta em 1936 – dois deles analisados em publicação no mesmo ano (PIMENTA, 1936: 35) –, a primeira referência de indicação da terapêutica remete a 1937, sem que possamos confirmar se a paciente foi, de fato, operada (RG 19). Assim, o mapeamento das cirurgias nos dossiês clínicos confirmou aquilo que a literatura da época informava: o uso frequente das cirurgias ocorreu apenas a partir de 1941, quando encontramos os primeiros casos comprovados da terapêutica em meio aos prontuários. Isso se deveu ao afastamento do país do neurocirurgião que fez as primeiras tentativas operatórias, Aloysio Mattos Pimenta (LONGO et al., 1949: 126). Mário Yahn explicava que “Embora a leucotomia cerebral de Egas Moniz tivesse sido realizada pela primeira vez no Hospital do Juquerí pelo D. A. Mattos Pimenta, em 1936 em 4 pacientes, foi somente em dezembro de 1940 que começamos a aplicar esse tratamento com certa regularidade” (YAHN et al., 1951: 35).

Na explanação do corpo médico envolvido nas cirurgias, encontramos, novamente, a elucidação para o “vazio” entre as operações de 1936 e 1941: “Assim é que, de dezembro de 1940 a dezembro de 1941, o Dr. Mattos Pimenta operou as nossas 34 primeiras pacientes. Posteriormente, ele e seus assistentes A. Sette Junior e A. C. Barreto



operaram as restantes, formando o material clínico cujos resultados, em resumo, agora apresentamos” (YAHN et al., 1951: 35). A historiografia afirma, ainda, que o número de aplicações e os debates sobre a psicocirurgia no país cresceram a partir de 1942, havendo até o ano de 1956 publicações “em todos os anos, sem interrupções” (MASIERO, 2003: 558). Todas essas informações estão em concordância com os achados no quadro geral das cirurgias encontradas<sup>137</sup>.

Segundo a quantificação vista no gráfico, notamos que o uso da psicocirurgia ganhou um ritmo acelerado a partir de 1945. O Juquery teria então participado da “onda” de entusiasmo com a terapêutica que marcou o contexto pós-guerra (COLLINS e STAM, 2014), produzindo a aplicação dessa tecnologia de maneira massiva, para centenas de pacientes. Também notamos novo aumento no momento imediatamente posterior ao prêmio Nobel, em 1950, o que está em sintonia com a ampliação da prática das técnicas em muitos países (BALCELLS, 2016: 132).

Podemos observar, ainda, que a utilização da psicocirurgia começou a decair fortemente em 1952, três anos antes do primeiro prontuário encontrado com o uso de Amplictil (RG 48.272). Esta diminuição pode estar associada à saída de Mário Yahn da direção da Chefia Feminina em 1951, motivada por questões internas. Nas palavras de Paulo Fraletti (1986-1987), o corpo clínico teria sido, naquele momento, “totalmente desfalcado” com a saída de dois chefes de clínica: Mário Yahn (Chefe da Clínica Feminina) e Aníbal Silveira (Chefe da Clínica Masculina).

Veremos que nos prontuários há registros de 1949 e 1950 que apontam tensões entre os praticantes da psicocirurgia e que bem podem estar ligadas a esse “desfalque”. Elas são decorrentes de novas exigências em relação às autorizações para a realização das operações, gerando atritos entre o psiquiatra Chefe da Clínica Feminina, um neurocirurgião (então Chefe da Clínica Cirúrgica) e o Diretor do Hospital Central. É possível que tais tensões estejam ainda ligadas à saída do Chefe da Clínica Feminina, que se deu de forma turbulenta. Mário Yahn exonerou-se do cargo de chefia em 1951,

---

<sup>137</sup> Devemos ainda considerar que, segundo o trecho da obra de Yahn, Pimenta e Sette Jr., 34 pacientes do sexo feminino haviam sido operadas entre fins de 1940 e de 1941, o que quer dizer que para o mesmo período, encontramos 14,70% dessas operações (cinco cirurgias). No limite, ainda que tenhamos achado nos prontuários uma quantidade de operações compatível com a que foi realizada no hospital em outros anos, a desproporção referente aos números de 1941 indica que os números reais das cirurgias podem ser consideravelmente maiores aos encontrados por meio dos prontuários médicos (em função das limitações das fontes e da pesquisa).

momento em que ele e outros colegas, como Aníbal Silveira, fizeram críticas à administração do Hospital, responsabilizando-a por irregularidades. Entre as “represálias” frente às acusações, Aloysio de Mattos Pimenta (que também exercia a chefia da Seção Cirúrgica desde 1947), teria, naquele ano, sido “subordinado nessa mesma seção a seu antigo segundo-assistente” (*Correio Paulistano*, 26/07/1951: 12).

Em 1952, após a querela publicada no jornal *Correio Paulistano*, o Dr. Raul Malta, então diretor do Hospital Central, defendia-se da acusação acerca das supostas represálias que teriam sido impostas aos médicos após as denúncias públicas. Malta afirmava que após a exoneração do cargo de chefia no ano anterior, Mário Yahn, até então profissional de “franca e eficiente colaboração”, tornou-se “irascível”, exaltando-se com pessoas do departamento e criticando constantemente o serviço (*Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 27/10/1952: 41-42). Por esse motivo, ao avaliar o desempenho dos médicos do hospital – o que o permitia “fixar a posição exata do funcionário frente ao serviço público” –, Raul Malta diminuiu as notas de Yahn no requisito “tato e urbanidade”. Aníbal Silveira, que havia se exonerado do cargo de chefia na Clínica Masculina também em 1951, recebeu as notas mínimas em “dedicação” e “espírito de cooperação” (*Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 27/10/1952: 41). Fato é que, em 1952, Mário Yahn já não era mais médico psiquiatra no Juquery<sup>138</sup>, deixando de participar das indicações das operações presentes nos prontuários.

Como há, ainda, um grande decréscimo da psicocirurgia do ano de 1953 para o ano de 1954, é possível que, em 1954, o Amplictil já estivesse sendo administrado na instituição, ainda que, na documentação de pacientes operados, os primeiros sinais de uso da medicação apareçam em 1955. Essa hipótese é reforçada pela publicação do primeiro estudo clínico publicado em São Paulo sobre o uso da clorpromazina: “um trabalho de Spartaco Vizzotto, Roberto B. Tomchinsky, Josaphat F. Góes e Luiz J. Fiore utilizando-a como droga única ou associada a outras drogas ou a terapêuticas biológicas em pacientes do Hospital de Juquery e da Casa de Saúde de Santana”. Intitulado “Dados Preliminares sobre os resultados obtidos com a clorpromazina em psiquiatria (71 casos)”, esse trabalho foi publicado em 1955 (PEREIRA, 2012: 247).

---

<sup>138</sup> *Mário Yahn*. Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/188/BIOGRAFIA-MARIO-YAHN.pdf>. Acesso em 07 fev. 2019.

## 3.2. Perfil dos internos operados

### 3.2.1. Os internos do Juquery nas publicações médicas: representações socioeconômicas

Andrew Scull (1995) elencou uma série de questões sobre o significado e função das terapêuticas somáticas. Uma delas, mencionada também por Joel Braslow, é “o que parece fazer o doente psiquiátrico tão vulnerável para a experimentação terapêutica?” Ainda que essa perspectiva tenha recebido críticas pelo tom “hostil” voltado contra a psiquiatria organicista (BRASLOW, 2000: 799), é importante atentarmos para esse aspecto da prática psicocirúrgica. Se não a vulnerabilidade, o que participou da escolha desses pacientes? Ou ainda, que perfil dos pacientes os tornava suscetíveis a essa terapêutica?

Em “Considerações sobre o tratamento das esquizofrenias”, o psiquiatra Henrique de Carvalho esboçava o retrato dos pacientes internados no Juquery naquele momento. Ele comentava que

O Hospital Central de Juquerí é destinado quase que exclusivamente à classe menos favorecida do estado, e em geral os nossos doentes são provenientes do meio rural, do interior, sendo indivíduos de pouca cultura intelectual, trabalhadores de lavoura ou operários, de nível social quase sempre muito reduzido. São internados geralmente, já em período de cronicidade, seja devido a dificuldades econômicas, dificuldades de transportes, ou por ignorância dos responsáveis, que somente aceitam a realidade da psicose [quando o paciente] exibe uma crise de agitação psicomotora e comporta-se de maneira antissocial” (CARVALHO, 1948-49: 238).

Esse perfil dos pacientes sobre o qual os médicos do Juquery insistem nas publicações nos anos 1949 e 1950 vai ao encontro das observações de Isabel Perreault no *Hospital Saint-Jean-de-Dieu*, em Montreal. Ela constatou que, na medida em que se sabia que a cirurgia poderia gerar sequelas de ordem intelectual, os médicos daquela instituição evitavam fazê-la em indivíduos “educados” (PERREAULT, 2012: 213-214). Encontramos algo semelhante nos estudos de Egas Moniz. Ainda que de suas observações não derivasse a preferência por um grupo de “cultura” específica, Moniz afirmava que “O número de fibrilas<sup>139</sup> varia do homem inculto para o instruído, onde são mais abundantes, e neste variam, provavelmente, em número e ramificações, segundo a sua cultura nos

---

<sup>139</sup> Segundo Moniz, as terminações fibrilares participavam do processo de sinapse, transmitindo correntes e influxos para várias células nervosas (MONIZ, 1949: 312).

diferentes setores do encéfalo” (MONIZ, 1949: 312).

Este padrão de “educação” é, contudo, contingente, e deve ser analisado segundo o lugar de fala e os padrões estabelecidos pelos médicos, que sinalizam a existência de uma hierarquia em relação a sua “cultura” e àquela dos pacientes (CARDOSO, 2017). A afirmação recorrente sobre o nível intelectual “baixo” atribuído aos pacientes devido à origem rural já foi, por sua vez, colocada em questão por Cunha (1986), a partir do censo que ela elaborou para as primeiras décadas do século XX no hospital. Além disso, ao contrário que do que se lia nos estudos sobre as colônias, ela demonstrou a existência no Juquery do início do século XX um grande contingente de pacientes trabalhadores oriundos da zona urbana de São Paulo.

A descrição desses pacientes nos remete, ainda, ao contexto histórico do estado de São Paulo daquele momento e à tentativa de administração e instrução das massas de miseráveis, doentes e analfabetos que, para as classes dirigentes, “não faziam parte da utopia de progresso” que se disseminava “entres os grupos mais abastados” (CAMPOS, 2007). O biodeterminismo participou dessa tentativa de gerência estatal, como analisado por Luís Antônio Ferla (2005). Segundo esse autor, a medicina legal e a criminologia em São Paulo recorreram às teorias científicas que relacionavam o corpo a comportamentos patológicos e embasavam projetos de “defesa da sociedade” entre as décadas de 1920 e 1940.

Um outro aspecto do Hospital Psiquiátrico do Juquery era a grande quantidade de pacientes crônicos<sup>140</sup>. Em 1943, Edgard Pinto César, então diretor do Hospital Central, informava que após as reformas de 1939, o hospital havia novamente começado a apresentar problemas em relação aos recursos e estava saturado de pacientes crônicos. Para o tratamento de agudos, em vista de aumentar o número de altas, ele reivindicava o aumento das instalações dos crônicos. Especialmente em relação à Divisão Feminina, César dizia: “estamos voltando ao estado de congestionamento de doentes crônicos que zombam de todos os esforços dos alienistas” (CÉSAR, 1943: 67).

---

<sup>140</sup> A despeito das reformas na gestão de Ademar de Barros (1939), Edgard Pinto César diretor em 1943, afirmava: “É indispensável que os poderes públicos compreendam que, gastando mais com o reforço do corpo médico, praticam uma política muito mais sábia, pois evitam a sobrecarga de doentes crônicos que acarretará, como tem acarretado, consequências económicas e financeiras muito mais desfavoráveis ao Estado e à sociedade” (CÉSAR, 1943: 67).

Foi essa população que serviu de base para que a psicocirurgia fosse ali praticada em larga escala, proporcionando a notoriedade da instituição pelo uso da terapêutica dentro e fora do país. Assim, ainda que os médicos alegassem que os pacientes do hospital não tinham um “perfil” aproveitável para a psicocirurgia em função daquilo que consideravam um baixo nível cultural (BARRETTO, 1944: 252, LONGO, 1949: 131), isso não impediu a continuidade na aplicação das cirurgias até meados da década de 1950.

### **3.2.2. Perfil geral de uso da psicocirurgia no Hospital**

Exposto o quadro geral de internações, passemos aos aspectos específicos que explicam a dinâmica da terapêutica recorrendo aos prontuários médicos. Em um primeiro momento, busquei apresentar um perfil geral da população internada. Para tal, apresento, em tópicos, dados relativos às seguintes variáveis: à “Cor”/”Nacionalidade”; “Estado civil”, “Ocupação”, “tempo médio da internação até a cirurgia” e “idade média no momento da operação” segundo o sexo dos pacientes; dados relativos aos internos menores de idade; e os diagnósticos prevalentes na indicação da terapêutica. Ao mesmo tempo em que esboço esse perfil, introduzirei análises que, pouco a pouco, demonstram a racionalidade terapêutica que orientou as indicações das operações, sobretudo ao abordar a prática em menores de idade e segundo os grupos nosológicos.

Informo, em seguida, os resultados das operações dentro da documentação clínica segundo os critérios médicos, analisando também, pelos resultados da historiografia e pela estatística elaborada pelos dossiês médicos, as sequelas, complicações e casos de morte em função das intervenções. Complementando essa apreciação, procuro demonstrar a instabilidade dos casos considerados como “remissão” e “melhora” por meio da quantificação de reinternações de pacientes após as operações. A exposição dos dados quantitativos é também, nesses casos, acompanhada de relatos médicos que contribuem para a sua compreensão.

Por fim, discuto resultados específicos à racionalidade terapêutica da psicocirurgia no Juquery em relação aos espaços de internação, trajetórias dos pacientes no ambiente asilar e às autorizações. Em primeiro lugar, abordo o envio de pacientes operadas para a colônia feminina. Em seguida, abordo os lugares de internação e trajetória de pacientes homens, que demonstram uma configuração distinta da das mulheres, sobretudo frente ao envio de mulheres para as colônias. Apresento, então, alguns resultados relativos aos pavilhões de internação das mulheres ao mesmo tempo em que

análise questões específicas ao Juquery no que tange às autorizações para as cirurgias em pacientes maiores de idade, o que responderia a questões éticas do período para procedimentos experimentais.

Ressalto que a análise quantitativa foi essencial para a elaboração do perfil de pacientes operados. Contudo, é preciso levar em conta que os números guardam em sua superfície uma história a ser contada (HACKING, 1999). Para que possamos ter acesso a essa história, os dados quantitativos foram sempre lidos ao lado de descrições médicas sobre os pacientes, de informações presentes nas publicações e de historiografia que contextualiza e elucida esses dados.

### 3.2.2.1. “Cor”/ “Nacionalidade”

Uma das divisões feitas a partir da população do Juquery era segundo o que os médicos nomeavam de “cor”, isto é: “brancos”, “pretos”, “pardos” e “amarelos”. Para essa classificação, eram utilizados critérios bastante discricionários, como informa Pinto César, em 1943:

Bem compreendemos quanto é arbitrário o ponto de vista em que nos colocamos, mas creio que ele preenche certos requisitos peculiares ao nosso meio, apesar de toas as imperfeições. A tendência à carapinha dos cabelos é de particular importância para se evidenciar o mestiço de negro em certos casos em que outros caracteres já se mostram bem atenuados. Assim também os calões pretos, lisos e grossos são indícios muito prováveis de sangue índio, quando se associa a cor morena escura da pele. Classificamos os japoneses e chineses entre os amarelos. (...). Assim consideramos como pretos os indivíduos de pele de cor escura, que vai do preto ao castanho escuro e os cabelos encarapinhados. Muitos dos tipos considerados por nós pretos já não são puros, mas mestiços em que predominam as características essenciais dos pretos. São pardos aqueles que acusam uma cor já mais clara, mas apresentando ainda cabelos com tendência carapinha. São brancos os indivíduos que acusam uma cor de pele que vai do branco nórdico ao moreno acentuado, mas que não acusam cabelos com tendência à carapinha. Entre estes se colocam mestiços com índios com  $\frac{3}{4}$  aproximadamente de sangue branco. Como vemos, é uma classificação bastante arbitrária (CÉSAR, 1943: 301-302)

“Bastante arbitrária” e, contudo, em vigor, já que era essa a classificação que constava nos documentos clínicos no período em que a psicocirurgia era praticada. Se avaliarmos essa variável em função do “sexo”, podemos informar que a quantidade de pacientes operadas correspondia a 76,55% “brancas”, 11,03% “pardas”, 7,5% “negras” e 4,8% “amarelas”. Em relação aos homens operados por psicocirurgia no asilo, 84,61%

dos pacientes eram “brancos” e 15,29% em “pardos” (ver Gráfico II, em Anexos, pág. 287).

Sobre a distribuição dos diagnósticos por cor, sobressaem também os casos de pacientes considerados brancos de ambos os sexos em todas as patologias, seguido pelos pacientes classificados como pardos, com exceção dos diagnósticos organizados em “outros”, constituídos principalmente de oligofrênicas e formas de psicose, como maníaca depressiva e pós-parto. Neles prevalecem, após os pacientes brancos, operações em pacientes classificados como negros (ver gráfico III, em Anexos, pág. 288).

Haveria, nesse sentido, a consonância entre a incidência das operações por cor em relação à população geral de internações no Complexo do Juquery. Ainda no relatório de 1943, Pinto César apresentava um quadro estatístico que demonstrava, para o total de pacientes homens internados: 81,12% de brancos, 8,10% de negros, 9,56% de pardos e 1,2% de amarelos. Para as mulheres os números eram de 77,83% de brancas, 10,75% de negras, 9,84% de pardas e 1,56% de amarelas (CÉSAR, 1943: 304). Ainda sobre a cor, ele afirmava, em 1948:

Infelizmente não dispomos de dados de recenseamento geral do Estado que nos permita apreciar qual as [quais as] porcentagens com que ele nele entram os indivíduos de diferentes cores para assim tirarmos conclusões bem aproximadas sobre a incidência percentual das moléstias mentais em relação ao fato cor. Queremos crer entretanto que a relação percentual corresponda sensivelmente à da população geral do Estado (CÉSAR, 1948-1949: 457).

A maior quantidade de pacientes que deram entrada como “brancos” na estatística oficial corrobora o que também já havia sido apontado por Cunha sobre as internações no Juquery até a década de 1930: ele era um “espaço de brancos”. É preciso também lembrar da forte onda migratória incentivada pelo estado de São Paulo em fins do século XIX e começo do século XX, que atraiu grande fluxo de imigrantes italianos (CUNHA, 1986; ROCHA, 2007). Também Tarelou acredita que a maioria de classificados como brancos se deve ao fato de que eram esses os indivíduos que tinham mais acesso aos serviços de saúde. Segundo ele, “Na medida em que os imigrantes ocupavam os pontos de trabalho em São Paulo, os afrodescendentes eram protelados e marginalizados até mesmo nos serviços de saúde”. Muitos dos internos denominados “pretos” ou “pardos” eram

transferidos para o Juquery após terem passado por internação em cadeias públicas ou de instituições como o Hospital do “Recolhimento de Perdizes” (TARELOW, 2013: 106)<sup>141</sup>.

A questão migratória, como aponta Tarelow, também parece ter incidido na questão estatística em relação à cor nos internos no contexto paulista. Em 1948, Pinto César informava acerca da internação de pacientes de diferentes nacionalidades na instituição, a sua maioria portuguesa, italiana, espanhola, alemã e japonesa (CÉSAR, 1940: 458). No levantamento estatístico sobre a cirurgia, 97,24% dos casos eram de pacientes brasileiros e o restante, 2,75%, era de pacientes estrangeiros com as seguintes nacionalidades: portuguesa, espanhola, japonesa, italiana, lituana, alemã e romena. Limitações do quadro analítico da pesquisa não permitem maiores desdobramentos em relação à psicocirurgia e os pacientes de origem estrangeira. Entretanto, é razoável adotar o posicionamento de Pussetti em relação às dinâmicas de psicopatologização desses indivíduos, uma vez que “a leitura patologizante ou medicalizante da diferença cultural ou de exclusão social, própria de muitos programas terapêuticos, permite incorporar as características de grupos minoritários como elementos potencialmente patológicos que é necessário controlar e monitorizar” (PUSSETTI, 2010: 96).

Podemos afirmar, com base nos dados coletados, que de maneira geral, em termos quantitativos, a incidência da lobotomia segundo as variáveis “cor” e “nacionalidade” informadas nos prontuários reflete a população geral de pacientes internados naquele período.

### **3.2.2.2. Perfil dos internos em relação ao “sexo”**

A distribuição indicou um perfil de pacientes lobotomizados constituído quase que essencialmente por pacientes do sexo feminino. Esses casos somaram 95,08% das operações encontradas nos prontuários, frente a 4,91% realizadas em pacientes do sexo masculino ao longo do período.

---

<sup>141</sup> Concordo com esse autor quando ele afirma que esse aspecto das internações do hospital merece estudo mais aprofundado, mas por questões de limite desta tese, não é possível abarcar aqui tal aspecto.



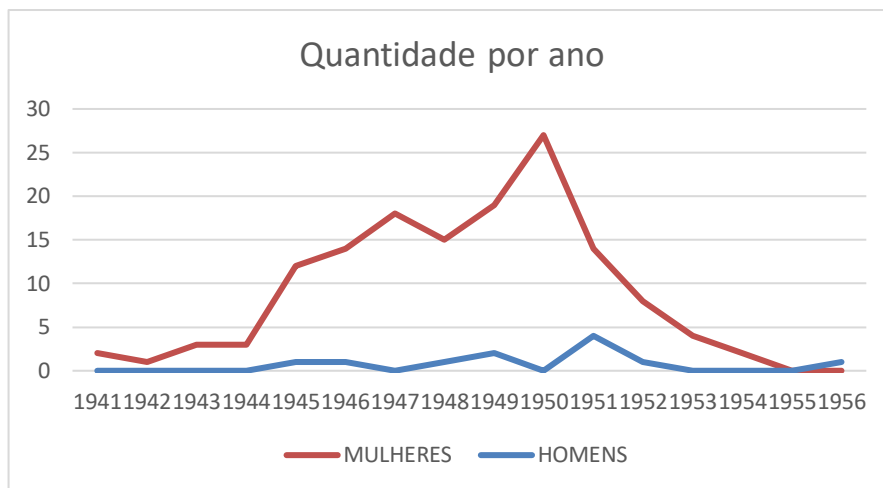


Gráfico IV: Quantidade de operações por ano segundo o sexo

Dentre as mulheres, todas as internas se encontravam em pavilhões do Hospital Central, uma delas estivera apenas na colônia feminina (que, como vimos, funcionava como parte da seção feminina do HC). Dentre os homens, 50% estava internado no Hospital Central, e 50% era de pacientes internados nas colônias.

O estado civil das pacientes internadas no Juquery também representa um fator de atenção desde os trabalhos de Cunha, mas sobretudo em relação às mulheres solteiras que compunham “um grande contingente” de internas:

donzelas, com mais de trinta anos, sem trabalho e adaptadas à dependência e tutela dos pais e irmãos. Mulheres sem espaço e sem função social excluídas da esfera social de mães/ esposas que para os alienistas, configura, obrigatoriamente um quadro de desajuste e frustração (CUNHA, 1986: 147).

Esse é também o perfil de mulheres jovens que foram operadas entre os anos de 1940 e 1950 na instituição. Em relação ao estado civil, as mulheres solteiras representaram 50,34% das pacientes operadas. Somando-se o número de pacientes “viúvas”, isso eleva a porcentagem de mulheres “não casadas” a 55,8% do total. Em 36,55% dos casos as pacientes eram casadas. Em relação à 7,5% das mulheres, essa informação é ignorada ou nada consta. Para os homens, contudo, a porcentagem de solteiros é também bastante considerável, contabilizando 69,23% dos casos e 23,07% de casados. Não há casos de viúvos entre os homens. À diferença dos casos de mulheres, apenas um dos prontuários não informa o estado civil do paciente.

Em relação às ocupações, em 50,53% das mulheres operadas, não consta informação sobre ocupação profissional. Em 5,04% consta “nenhuma” ocupação, “não

trabalha” ou “não consegue exercer a profissão”. Finalmente, em 29,16%, aparece o trabalho doméstico, sem que muitas vezes possamos saber se era realizado profissionalmente ou se era o papel da mulher de família a que se referiam. Em alguns casos, a distinção fica mais clara, já que quando se preencheu o dado foram usados termos como os de “empregada doméstica”, “dona de casa” ou de “serviços em casa”, mas nos demais encontramos “prendas domésticas”, “serviços domésticos”, “trabalho doméstico”, “doméstico (cose, borda, enfim, qualquer trabalho)”.

Em 4,86% dos casos, fica explícita a associação entre o trabalho doméstico e outra ocupação: “arrumadeira e doméstica”, “costureira e doméstica”, “doméstica e fábrica”, “doméstica e operária e doméstica” e “doméstica e lavoura”. Em 8,33% dos casos, as mulheres ocupam trabalhos externos como o de “auxiliar de escritório”, “industrial”, “operária”, “trabalha em fábrica de bombom”, “estudante”, “professora leiga”, “lecionou um pouco”, “professora normalista”, “magistério público”, “datilógrafa e tradutora”, “auxiliar de escritório”, “jornaleira” e “enfermeira” demonstrando que há, no período, certo fluxo de mulheres trabalhando fora do âmbito doméstico. A ocupação na lavoura sem outra associação consta em apenas 2,08% dos prontuários. Nesse sentido, nos números gerais, há uma prevalência de trabalho de cunho doméstico para as mulheres, quando informados, sem que se possa determinar se eram feitos em casa ou se eram serviços prestados a terceiros. Ainda assim, vemos, em alguns casos, pacientes que faziam trabalho doméstico e trabalhavam fora do lar como operárias, além de uma porcentagem considerável de atividades no serviço público em que sobressai, concomitantemente, o número de pacientes na lavoura.

Em relação aos homens operados, os encontramos classificados sob as ocupações de “ourives”, “frei”, “auxiliar de escritório” e “cisterneiro” (trabalho na fabricação de cisternas) em 33,33% dos casos. Em 50% nada constava e em 16,67% dos casos especifica-se que o interno não possuía “nenhuma” ocupação. Também aqui, prevalecem os trabalhos de caráter público, quando informados, e não há nenhum paciente advindo de ocupação na lavoura.

É possível que tenha havido subnotificação da população que exercia trabalhos na lavoura, o que corroboraria um perfil “rural” para os pacientes, atestado pelos médicos (CARVALHO, 1948-49: 238; CUNHA, 1986: 73). Contudo, e ainda que em mais da metade dos casos tenhamos encontrados que os pacientes homens e mulheres não

exerciam atividade profissional ou que nade conste nesse campo, as ocupações preenchidas refletem um quadro considerável de prestação de serviços nas cidades.

Já com relação ao tempo decorrido da internação até a cirurgia, tem-se uma média de 2,9 anos de internação até que pacientes fossem operados, contabilizando casos de pacientes do sexo feminino e do sexo masculino. Quando separados, a média de tempo entre a internação e a operação dos homens foi de 3,26 anos, com uma média de idade no momento da cirurgia de 28 anos de idade. Para as mulheres, a idade média também foi de 28 anos no momento da operação, mas, em geral, elas esperavam menos tempo até passarem pela psicocirurgia: 2,54 anos. Temos, em suma, um perfil de pacientes em sua maioria brancos, solteiros, sem ocupação registrada no prontuário e que tinham em torno de 28 anos de idade quando operados.

As pacientes do sexo feminino representam uma outra particularidade em comparação aos pacientes homens: algumas delas, em maior número que os pacientes do sexo masculino, foram operadas quando ainda eram menores de idade (ver gráfico V, em Anexos, pág. 288).

### **3.2.2.3. Psicocirurgia em pacientes menores de idade**

Segundo os dados estatísticos do complexo do Juquery, entre os anos de 1941 a 1954, 12,82% das operações foram realizadas em pacientes entre 9 e 17 anos de idade. Dentre esses jovens, 95% foram realizadas em pacientes do sexo feminino e 5% em pacientes do sexo masculino. Vale chamar atenção para esse público, uma vez que essas intervenções obedeciam a determinadas especificidades frente àquelas efetuadas em adultos: a justificativa das intervenções no público infanto-juvenil foi orientada pela teoria de maior flexibilidade das funções cerebrais (YAHN et al. 1951) e foram permeados de preocupações éticas particulares, como a necessidade de autorização dos pais (Ver imagem I, em Anexos). Em última instância, a operação em crianças e jovens nos permite pensar sobre quais os elementos patológicos considerados suficientemente insuportáveis para o pensamento médico (e mesmo para a família), a ponto de justificar o uso da terapêutica chamada pelos próprios atores de último recurso.

A patologização do comportamento infantil foi um movimento que marcou o início do século XX. Antes mesmo da divulgação da leucotomia por Egas Moniz, cirurgias de “despressurização” cerebral foram feitas em crianças nos Estados Unidos

entre 1890 e 1920, com o intuito de suprimir “tendências criminosas” (GRAVUS, 2017: 71). A justiça juvenil, profundamente ligada à profissionalização de campos médicos, encontrou na “delinquência” uma doença a ser tratada cirurgicamente. Naquele contexto, mais meninos teriam sido operados, o que, para Delia Gravus, estaria ligado a sua “incurribilidade” e pelo pressuposto de que meninos, segundo o ideal da masculinidade, estariam mais expostos naturalmente a traumatismos físicos (GRAVUS, 2017: 89).

A partir de 1930, proliferaram as psicocirurgias feita em crianças ao redor do mundo. A historiografia sobre a terapêutica cita estudos sobre leucotomia feitas em menores a partir da década de 1940. Na Suécia, há registros de cirurgias em crianças nos anos de 1947 e 1948. A primeira operação foi feita em 1947 em uma garota de sete anos, com diagnóstico de “retardo mental” e operada sob a justificação dos pais de que ela sofria de insônia e ansiedade motora. Após essa paciente, que faleceu em função da cirurgia, outras duas crianças foram operadas no *Umea General Hospital*, a mais nova delas aos quatro anos de idade (ÖGREN, e SANDLUND, 2005: 359). Na França essa estratégia também foi experimentada em crianças, como demonstra a publicação *Essais de leucotomie et de topectomie préfrontale en psychochirurgie infantile*, de 1948 (HEUYER et al., 1948).

No Juquery, Mário Yahn, Mattos Pimenta, Sette Junior e Stanislaw Krynski publicavam no mesmo período os resultados do uso da terapêutica em 1949. Segundo esses médicos, eles haviam encontrado até aquele momento apenas um trabalho que tratava do uso da psicocirurgias em crianças, uma comunicação de Freeman e Watts sobre a leucotomia na esquizofrenia começada na infância. Ao declarar, entretanto, a “inexistência de trabalhos especializados sobre a leucotomia em menores”, os médicos paulistas explicitavam o ímpeto de inovar e o anseio pela elucidação dos efeitos da terapêutica em um âmbito ainda pouco explorado (YAHN et. al, 1949: 349).

A primeira especificidade em relação as operações em crianças encontrada junto à documentação do Juquery foi a necessidade de autorização concedida pela família dos pacientes. Os médicos brasileiros explicitavam essa obrigação legal e ética no artigo “Leucotomia pré-frontal em menores” (YAHN et al., 1949: 350), informando ainda que a intervenção não podia ser feita em algumas crianças diante da recusa de seus responsáveis. De fato, há um número muito mais substantivo de autorizações anexas aos dossiês de menores do que nos de adultos. Nesse grupo, 25% das operações possuem

autorizações ou a solicitação desta é explicitada no relato médico sobre a cirurgia, em contraposição a apenas 7,24% dos casos em relação a pacientes maiores de idade. O uso da psicocirurgia nesse público parece também ter respondido a uma tendência que, segundo os prontuários da década de 1950, impôs um maior controle para o uso da psicocirurgia de uma maneira geral.

Um exemplo do aumento de controle nesse sentido pode ser encontrado no prontuário de uma paciente de 17 anos com diagnóstico de personalidade psicopática amoral, parda e que foi operada com autorização da mãe, em 1951. Consta em seu prontuário a resposta de um médico ao ofício do Juiz de Menores anexado à documentação da menor que inquiria sobre as condições da paciente após a leucotomia transorbitária. O médico informava, então, que após a operação “houve uma discreta melhora no que se refere a sua agressividade, impulsividade e exclusividade”. Além disso, após a operação, a paciente “proferia obscenidades esporadicamente, o que antes fazia com grande frequência”, e “não mais se postou nas janelas do Pavilhão exibindo-se sem roupa, o que antes era fato corriqueiro quando conseguia burlar a vigilância”. Também era digna de nota sua capacidade de trabalho no pavilhão, ainda que tenham persistido sua mitomania e uma grande suscetibilidade (RG 48.274).

Este foi o único relato encontrado nos dossiês médicos que demonstra a gerência, por autoridade externa ao hospital, sobre a prática da psicocirurgia em crianças. Isso apenas aconteceu seis anos após as primeiras operações em menores de idade encontradas entre os dossiês clínicos, feitas em 1945.

Mas o que motivou, nas palavras dos médicos, a utilização da psicocirurgia em um público tão jovem? No início do artigo sobre leucotomia em menores, eles reconheciam que fora do setor da neurose, a terapêutica para menores era muito precária. Contudo, “após terem conseguido que grande número de pacientes fosse submetido à leucotomia por várias técnicas”, Yahn e colaboradores concluíam como “provável explicação” para as remissões a interferência dos fenômenos de compensação no funcionamento cerebral. Por acreditar que a transposição das funções cerebrais favoreceria seu reajustamento e o restabelecimento de condições normais com o prejuízo das anormais preexistentes, eles inferiam:

Em igualdade de condições, era de supor que, em indivíduos jovens, as probabilidades de sucesso seriam muito maiores que no adulto, em virtude da evolução natural, não só do sistema nervoso, como também

das aptidões psíquicas, variáveis com a idade (YAHN et al., 1951: 81).

Segundo os médicos, acumulavam-se no hospital casos de encefalopatia infantil, epilepsia e de personalidades psicopatas pouco influenciáveis por outros tratamentos e nos quais, não faltavam como “particularidades dominantes os desvios de conduta, as atitudes antissociais e as perversões instintivas” (YAHN et al., 1951: 82). O objetivo terapêutico com a leucotomia era, então, a remoção desses “desvios mais grosseiros”, manifestados por essas pacientes, que criavam “situações complexas no meio da família, da sociedade e do próprio hospital”. Notamos que, mais do que um diagnóstico específico, era a preocupação com comportamentos desordeiros, interpretados como manifestação de moléstias mentais, que ordenava essas intervenções.

Como bem aponta Campos (2007), as visões sobre as crianças e a infância não foram sempre as mesmas ao longo da história. A própria noção de infância é definida no espaço e tempo pelas sociedades humanas e essa noção responde ainda a um tipo idealizada de criança. Em referência aos estudos de Ariès (1981), Campos elucida que a infância não é uma categoria biológica, mas o resultado das representações do mundo adulto sobre uma determinada fase da vida, uma “espécie de projeção inventada historicamente pelos mais velhos em relação aos mais novos” (CAMPOS, 2007: 178).

No projeto modernizador do início do XX, a preocupação com uma juventude “forte e disciplinada”, *esculpida* pela higiene mental, levou à criação de órgãos e instituições como Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941) e a Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro, constituindo uma rotina médico-científica de estudo, tratamento e assistência voltada para crianças abandonadas e consideradas delinquentes (SILVA, 2003: 72). Dentro do projeto higienista no país, a infância passou a ser um espaço privilegiado de intervenção e a preocupação com a criança “anormal”, que deveria ser classificada e separada “para assim ser reordenada”, aparece nas fichas do Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental nos anos 1930 (TAMANO, 2018: 61).

Também neste período, desenvolveu-se o mesmo projeto, liderado pelos membros da Liga Paulista de Higiene Mental. Em contrapartida à prevenção, mas correspondendo dialogicamente a ela, estava a correção. Em 1927 foi inaugurado o Pavilhão de Menores do Juquery, voltado especialmente para a internação de menores de idade do sexo masculino. Isso nos remete a particularidades referentes aos dois sexos e a questões de classe que esse projeto higienista e modernizador comportou, como ressaltou Raquel

Discini de Campos:

As diferenças entre os gêneros também eram construídas e aprendidas desde a mais tenra idade, já que, para a infância feminina, sobravam elogios a sua natural graça e ao encanto, ao passo que a infância masculina era adjetivada com atributos relacionados à robustez, à primogenitura, entre outras adjetivações (CAMPOS, 2007:193).

As páginas do jornal paulista *Araraquense*, por exemplo, refletiam padrões e anseios sociais que reafirmavam uma bipolarização em relação a papéis de gênero expressas nas representações de infância. Nelas, os personagens “indolentes, perigosos, indesejados”, ainda que não objetivamente descritos, eram sempre indivíduos do sexo masculino e “jamais uma menina foi retratada como desordeira, no máximo, como órfã vitimizada (...)” (CAMPOS, 2007: 201).

Certamente, esses discursos falam sobre uma sociedade que não desejava meninos perigosos e turbulentos. Contudo, ao mesmo tempo em que tais referências dizem respeito à não aceitação do comportamento disruptivo, a recorrência com que esse comportamento é atribuído ao gênero masculino na infância não foge à regra da naturalização de comportamentos para gêneros, pelo contrário. Os “moleques”, pequenos indivíduos suspeitos eram, “naturalmente”, meninos.

No esforço de sistematização dos sintomas necessários para a avaliação das pacientes, os médicos do Juquery elaboraram uma “folha de conduta” (ver imagem II, em Anexos) que servia ao agrupamento estatístico dos resultados e nas quais assinalavam os sintomas de cada uma das pacientes menores de idade antes e depois da operação (YAHN et al., 1951: 83). Essas folhas podem ser encontradas nos prontuários de várias pacientes, mas não encontrei algo similar no único caso de paciente menor de idade do sexo masculino. Dentro da longa lista de elementos que deveriam ser avaliados antes e depois da psicocirurgia estavam, entre outros: alucinação, vulgaridade, nudismo, destrutividade, autoritarismo, impulsividade, hiperatividade, irritabilidade, perversidade, agitação, agressividade, delírio, crueldade e maturação. Alguns deles sobressaiam, dependendo da paciente.

A psicocirurgia em crianças, foi, assim, orientada por uma lógica de educação infantil que a própria terapêutica elucidava e corrobora, sobretudo em relação à tolerância com a agressividade masculina e a pouca tolerância com desvios de conduta das meninas. Um caso de melhora no qual nem todos os sintomas são totalmente controlados pela

cirurgia, é o de uma paciente, branca, operada em 1947, aos 13 anos. Diagnosticada com de personalidade psicopática perversa, após sua operação os médicos informam

Consideramo-la bastante influenciada com a lobotomia. Desapareceram completamente a irritabilidade, a impulsividade e demais sintomas de agitação e má conduta, permanecendo absolutamente calma, sociável, cooperativa. Vamos propor licença, para verificar a possibilidade de readaptação em meio familiar (RG 28.859).

Em 1948, o diretor do Pavilhão de Menores do sexo feminino escreveu que a melhora dela era “extraordinária, a ponto de consideramo-la em remissão social”. No verso da folha de conduta há uma descrição do comportamento da paciente antes e depois cirurgia: "Antes: Vulgar, malcriada, ditatorial, buliçosa, irritável, perversa, por vezes agitada, fala muito, canta e ri sozinha, tenta fuga, chora. Depois: Apenas irritável facilmente, chorando às vezes. Bom apetite. Dorme bem, aseada, sociável”. Com seguidas licenças em 1948 e 1949, a família confirmava, em 1950, as declarações dadas pela paciente: teria voltado ao serviço por ter se esgotado a licença, ajudava a fazer algum serviço doméstico, e declarava dificuldade em aprender (preferindo passar o dia brincando). Teria ainda “fugido menos de casa” e vinha se mostrando “mais subordinada e obediente”. Contudo, seus pais adotivos tinham receio de mantê-la em casa, pois a consideravam “muito namoradeira”, o que denota uma preocupação especial por parte da família e dos médicos com respeito a sua sexualidade (RG 28.859). Essa preocupação, como veremos no capítulo seguinte, aparece nos decursos de várias mulheres operadas, também maiores de idade, em momentos e contextos de vida distintos.

Os primeiros casos avaliados de leucotomia em menores teriam produzido, em consequência da operação um caso de *remissão*, quatro *melhorados*, dois *influenciados* e dois casos de *morte*. Paulino Longo e colaboradores consideraram esses resultados suficientemente “bons” (LONGO et al., 1949: 128-29). Porém, o maior mérito do estudo, segundo Yahn e seus pares, era o de divulgar, senão “um método terapêutico seguro”, uma “possível terapêutica” baseada em “estudos anteriores” com adultos o sexo feminino, para aqueles casos nos quais os outros métodos decepcionaram totalmente” (YAHN et al., 1949: 350).

Além da incidência da leucotomia nos pacientes menores de idade, considerando o caráter experimental da técnica aqui avaliada, citamos outra fonte documental que tem como tema a prática medicamentosa em mulheres nesse mesmo hospital. Em 1942, o



trabalho “Experiência com “mysoline” em epiléticas”, foi produzido pelos psiquiatras Stanislaw Kryncki e Aldo Mileto, fruto de três meses de experimentação do anticonvulsivo em pacientes epiléticas do 2º Pavilhão Feminino desse mesmo hospital, em 1954. Segundo os médicos, a substância utilizada já havia sido testada “em todas as espécies animais (...) inclusive em macacos” (KRYNSKI e MILETO, 1955). A utilização do medicamento em pacientes do sexo feminino (e menores de idade), reforça a hipótese de experimentação privilegiada em pacientes do sexo feminino.

#### **3.2.2.4. Diagnósticos recorrentes nos formulários das psicocirurgias**

O uso da psicocirurgia no Juquery privilegiou três diagnósticos. Entre eles, a *esquizofrenia* certamente foi o diagnóstico com o maior número de indicações psicocirúrgicas, somando quase metade dos casos. Esse diagnóstico representou 44,58% dos casos da amostra, corroborando relatos de época sobre as estratégias terapêuticas para essa enfermidade em congressos internacionais e indicações da historiografia recente. Segundo os valores encontrados, os pacientes com *epilepsia* conformaram o segundo grupo de escolha para a aplicação das cirurgias no Juquery, contabilizando 19,10% do total das intervenções. Em terceiro lugar, aparecem os indivíduos com *personalidade psicopática*, conformando estes 15,28% dos casos. Finalmente, indivíduos com o diagnóstico de *debilidade* somaram 6,36% dos casos. Esses indivíduos formam a maioria dos casos de pacientes operados no Juquery, representando 85,32% do total. O percentual de 14,68% restante é composto por indivíduos portadores dos seguintes diagnósticos: *psicose maníaco-depressiva*, *psicose pós-parto*, *psicose por lesão*, *parafrenia*, *alcoolismo*, *histeria* e *sífilis*, que perfazem 21 casos no total (ver Gráfico VI, em Anexos, pág. 289).

A recorrência do uso da terapêutica sobre os dois primeiros diagnósticos coincide com o quadro geral de número de internos do Hospital Central do Juquery que Pinto César<sup>142</sup> publicou em 1943, sendo os dois dos diagnósticos de maior número entre os internos do hospital, respectivamente: esquizofrenias 37,87%, oligofrenias 13,96% e epilepsias 10,12% (CÉSAR, 1943; MORGADO E COUTINHO, 1985). Diferente do que encontramos em relação aos pacientes diagnosticados com oligofrenias<sup>143</sup> segundo os

---

<sup>142</sup> Segundo Morgado e Coutinho (1985), este foi o primeiro trabalho nacional com grande número de primeiras internações em hospital psiquiátrico no Brasil.

<sup>143</sup> O termo oligofrenia deriva do grego *oligos* = pouco e *phren* = espírito, representando uma categoria que incide em níveis de 'fraqueza mental' (SANCHES e BERLINCK, 2010: 252). Segundo Pinto César, a

prontuários, notamos uma preocupação corrente dos médicos com os comportamentos dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia e epilepsia.

A quantidade de operações em paciente diagnosticados com personalidade psicopática chama atenção diante da ausência dessa patologia da contagem de Pinto César em 1943 (CÉSAR, 1943). Contudo, como esse diagnóstico só começou a ser sistematizado em 1941 (HAUCK FILHO et al., 2009; SOEIRO e GONÇALVES, 2010; NUNES, 2011), isso talvez justifique sua ausência naquele censo. Nos prontuários de pacientes que passaram pela psicocirurgia a primeira aparição do diagnóstico é, precisamente, no ano de 1943. Já no que pude encontrar nas estatísticas oficiais do hospital, ela aparece pela primeira vez no mapa de movimento dos doentes referente aos internos existentes em 1951. Naquele ano estavam internados com esse diagnóstico 103 homens e 370 mulheres. Como veremos neste e no próximo capítulo, essa patologia condensava diversos elementos considerados sociais ou antissociais, tornando evidente, sobretudo no caso das mulheres, os elementos de ordem “amoral” ou imoral relacionados à sexualidade.

Alguns diagnósticos, como sífilis e alcoolismo, são dignos de nota por não serem recorrentes na documentação. Há um caso de uma paciente sífilítica do sexo feminino no qual os médicos contraindicam no prontuário o uso de psicocirurgia, mas não explicam o porquê. Isso não impediu, contudo, que um paciente do sexo masculino diagnosticado com neurosífilis, considerado agressivo e destruidor, fosse operado. Em relação ao alcoolismo, sabemos que Egas Moniz contraindicou o uso em pacientes com esse diagnóstico (MONIZ, 1949). No entanto, quatro internos com diagnósticos associados ao alcoolismo, duas mulheres e dois homens (um deles entrado a primeira vez e diagnosticado também como portador de neuro-lues), também foram operados. Assim, ainda que a documentação evidencie uma certa restrição em relação a esses casos, vemos que não era impossível que pacientes com esses diagnósticos fossem submetidos à terapêutica, quando apresentavam sobretudo, comportamentos indesejáveis.

Podemos também verificar que esses diagnósticos se relacionam com certos sintomas que os médicos intencionavam curar, o que analiso separadamente em seguida.

---

oligofrenia de Kraepelin englobava a imbecilidade, a idiotia e a debilidade mental. Não seria, contudo, uma entidade mórbida, mas um “síndrome mental”, resultante de “um complexo de sintomas de etiologia e patogenia várias (CÉSAR, 1940: 291).

### 3.2.2.4.1 Esquizofrenia

Segundo Fernando Tenório (2016), o termo “psicose” foi criado pelo psiquiatra austríaco Ernst V. Feuchtersleben, em 1845. Os transtornos psíquicos que a classificaria seriam

a gravidade dos transtornos, conduzindo a deficiências importantes ou incapacitação; a ausência de consciência de morbidade dos distúrbios (por exemplo, a convicção inabalável do delirante em seu delírio, a ausência de crítica do maníaco, ambos não admitindo que precisam de tratamento); o caráter estranho e bizarro dos distúrbios, que produzem no entorno um mal-estar ligado a essa estranheza; a dificuldade de comunicação ou mesmo a incomunicabilidade total do psicótico; a volta ou o fechamento sobre si mesmo, que se acompanha de uma ruptura com o entorno e com a realidade; tudo isso culminando em uma perturbação profunda da relação do sujeito com a realidade, da qual os delírios e alucinações são sintomas (TENÓRIO, 2016: 944).

A nosografia desse grupo deveria principalmente a Emil Kraepelin a organização conduzida por ele já no século XX. O psiquiatra alemão agrupou em uma única entidade clínica, a “demência precoce”, o que eram antes quadros descritos isoladamente (a hebefrenia, a catatonia e o que se denominava então como paranoia). Em 1911, Eugen Bleuler propôs uma nova compreensão para essa doença, cunhando-a de “esquizofrenia” – de modo a ressaltar a cisão da personalidade que ela provocaria (TENÓRIO, 2016: 945-47).

A esquizofrenia figurou, desde cedo, entre os diagnósticos com expectativas de cura da psicocirurgia. Em 1937, um ano depois de publicar *Tentativas operatórias* com relatos de leucotomia em pacientes de diversos diagnósticos, Moniz apresentou um ensaio sobre a aplicação da técnica apenas em pacientes esquizofrênicos (MONIZ e FURTADO, 1937). A conclusão nesse primeiro estudo era de que, entre os 19 pacientes operados, três apresentavam melhoras, podendo-se falar em cura (“guésiron”), para dois deles. Em um colóquio realizado em Londres em 1946, uma dezena de praticantes da psicocirurgia apresentaram os resultados em mais de mil e duzentas cirurgias, a maior parte delas em pacientes esquizofrênicos (PARADA, 2016:44-5). Estudos ao longo da década de 1940 e até meados dos anos 1950 procuraram compreender os efeitos da psicocirurgia sobre pacientes esquizofrênicos com nítido foco no estado já crônico (BENNETT, 1943; JENKINGS et al., 1954).

Quando do *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de la langue française*, que aconteceu em Paris em 1950, alguns meses após o I Congresso

Internacional de Psiquiatria, a esquizofrenia ocupou um lugar central nas apresentações de aplicação das técnicas psicocirúrgicas. A exposição de C. Feuillet, *Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie* (1950), analisou os resultados dos dez principais trabalhos sobre o tema publicados, sendo sete deles anglo-saxões, um norueguês, um francês e um brasileiro<sup>144</sup>. Apesar de Feuillet reconhecer que os dados estatísticos apresentavam diversos problemas e que era necessário um critério de avaliação mais confiável para o seu aproveitamento, ele afirmava que todos os casos de esquizofrenia apresentavam melhora, mas de forma desigual<sup>145</sup> (PARADA, 2016: 51).

A esquizofrenia foi também o diagnóstico mais prevalente em diversos outros países nos quais a leucotomia e suas variações foram aplicadas. Anthony Feinstein (1997), informa que a revisão de 10.000 cirurgias feitas na Grã-Bretanha entre os anos 1943 e 1954 atestou que dois terços haviam sido feitas em pacientes esquizofrênicos (GOSTIN, 1980; FEINSTEIN, 1997: 59). O maior praticante da psicocirurgia no Japão, Sadao Hirose, realizou 400 operações até 1950, sendo 290 delas em pacientes diagnosticados com esquizofrenia (NUDESHIMA e TAKAOMI, 2017). Nos Estados Unidos, apesar de poucas evidências sobre resultados positivos, a psicocirurgia foi também predominantemente usada nesses casos (GOSTIN, 1980). De maneira geral, entre 1940 e 1950, nos países que participarem do entusiasmo terapêutico da leucotomia pré-frontal e de suas variantes, ela foi usada largamente no tratamento de comportamento psicótico em esquizofrenia (STIP et al, 2004)<sup>146</sup>.

No Brasil, Aduino Botelho, então Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, informava que, segundo os dados fornecidos por cinquenta e dois hospitais e recolhidos em treze estados do país, no caso dos novos casos de psicopatias em 1943,

---

<sup>144</sup> Feuillet citava os resultados obtidos por Antônio Carlos Barreto (1944) em São Paulo, que em 95 casos de esquizofrenia tinha obtido 13,7% de remissões e 6,3% de melhoras. É interessante que as justificativas para os baixos resultados tenham sido citadas pelo psiquiatra francês: “os resultados pouco favoráveis observados por Barreto se explicam pelas observações do autor de que os doentes são provenientes de um nível social e cultural muito baixo e que as possibilidades de reeducação pós-operatória foram, sob todos os aspectos, muito reduzidas (FEUILLET, 1950: 450, tradução minha). Nas referências bibliográficas do artigo, Feuillet cita dois trabalhos de Mário Yahn e colaboradores publicados em espanhol e em inglês: YAHN, M. Leucotomia prefontal em tres tempos. *Actas luso esp. de Neuro-Psych.*, vol. VII, nº 4, 1948, p.319-324. YAHN, M., MATTOS PIMENTA, A., SETTE, A. Parietal leucotomy. Results in 22 cases. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, 1948, 6/3, p.226-33.

<sup>145</sup> Parada chama atenção para outro trabalho de Feuillet apresentado no mesmo evento, no qual o médico revela agravações ou óbito em 9% dos casos de uso da psicocirurgia em esquizofrênicos na França (PARADA, 2016: 51).

<sup>146</sup> Esse estudo aborda consequências neurológicas na psicocirurgia nesse grupo específico, com foco em efeitos sobre a fluência verbal dos pacientes (STIP et al., 2004).

24,38% eram de esquizofrenia (seguido da psicose maníaco depressiva, com 10,89%). Em relação ao estado paulista, a esquizofrenia representava 29,1% dos casos de internação (BOTELHO, 1944).

Morgado e Coutinho (1985), em análise quantitativa sobre a incidência de diferentes diagnósticos nos hospitais psiquiátricos públicos e privados do Brasil entre os anos de 1940 e 1960 – incluindo o Juquery –, informaram que o indicador de morbidade proporcional nas primeiras internações mostrava que a esquizofrenia e o alcoolismo eram “o carro-chefe dos hospitais psiquiátricos do país” (MORGADO e COUTINHO, 1985: 340).

Aníbal Silveira, psiquiatra do Juquery e docente de psiquiatria na Universidade de São Paulo, anunciava no ano de 1949 que para doenças constitucionais como a psicose maníaco depressiva e a esquizofrenia não havia, até 1936, recursos terapêuticos satisfatórios à disposição da psiquiatria – “da psiquiatria, não do Hospital Juquerí”, ressaltava em negrito no texto. Porém, desde que haviam sido “descobertos os métodos de choque, em 1936, a situação dos pacientes constitucionais – especialmente os esquizofrênicos, se tornou muito diversa no Hospital de Juquerí como em qualquer outro grande meio psiquiátrico” (SILVEIRA, 1949: 626). Assim também comunicava com esperança Henrique Roxo ao *Jornal do Brasil* em 1947. Roxo noticiava que as aplicações da medicina psicossomática eram “indispensáveis para a realização de um tratamento bem orientado” capaz de sanar o problema do excesso de pacientes em hospitais psiquiátricos. Entre tais aplicações, estaria a “operação de Egas Moniz, a lobotomia cerebral”. Para ele a lobotomia trazia “grandes esperanças” principalmente contra diversos casos de esquizofrenia (ROXO, 1947:3).

Na 14ª sessão do Centro de Estudos Franco da Rocha, realizada em 22 de novembro de 1943, Antônio Carlos Barretto apresentou a comunicação “Sobre a leucotomia de Egas Moniz – Técnica – Resultados”. Nessa oportunidade, Barretto apresentou a técnica “em toda a sua simplicidade” e noticiou o resultado de 100 casos por ele operados, “sem um insucesso cirúrgico” (AAPESP, 1944: 250). A comunicação esclarecia ainda que: “Os doentes submetidos à leucotomia eram na sua maioria esquizofrênicos crônicos, já submetidos aos outros processos terapêuticos, cardiazol, insulina ou eletrochoque, sem resultado algum. Nesse material, a leucotomia ofereceu 15% de casos influenciados” (AAPESP, 1944: 250). Após mostrar as inúmeras vantagens

dos métodos, Barreto propunha que a leucotomia fizesse parte dos tratamentos de rotina para doentes mentais.

Também no livro de Mário Yahn, Mattos Pimenta e Sette Jr., os autores notificavam que, entre os grupos mórbidos das 400 pacientes que fizeram parte dos estudos, predominava a esquizofrenia. Eram ainda “todos casos em cronicidade<sup>147</sup> e que já haviam recebido um, dois ou mais tratamentos modernos de choque sem resultado apreciável” (YAHN et al, 1951: 35). O estado crônico ou em processo adiantado de cronicidade, que predizia a evolução desfavorável da doença, tal como indicava a psiquiatria organicista (FACCHINETTI E MUÑOZ, 2013), está presente não apenas nas publicações, mas também na documentação clínica, como veremos a seguir.

Naquele momento, a esquizofrenia era classificada, essencialmente, segundo três formas: catatônica, paranoide e hebefrênica (PACHECO e SILVA, 1940). Em nossa amostra, 27,15% dos casos de esquizofrenia eram de esquizofrenia hebefrênica. Chamo atenção para essa forma específica do diagnóstico em função do estudo de Paulino Longo, Mattos Pimenta e Joy Arruda (1949). Esses médicos afirmavam que “Nos hebefrênicos com embotamento afetivo e nas formas simples com evidente embotamento emocional”, contraindicando a leucotomia nesses casos. Para eles, a psicocirurgia era um método terapêutico aproveitável em casos de esquizofrenia paranoide, ao lado da ansiedade crônica, ainda que citassem um trabalho de 1947 de médicos do *Institut of Living* (Estados Unidos) que se opunham ao uso da psicocirurgia em qualquer forma de esquizofrenia<sup>148</sup> (LONGO et al., 1949: 128). Apesar da contraindicação específica para a esquizofrenia hebefrênica, podemos encontrar pelo menos um caso de cirurgia nesse diagnóstico feito até 1954 (RG 47.027), o que demonstra a insistência de uso, mesmo após apontamentos clínicos contrários, nesse grupo nosológico.

Essa forma da esquizofrenia se manifestaria na puberdade, caracterizada por delírios e grandes variações de humor. Os pacientes falariam ainda sem cessar, não apresentando cansaço, gesticulando e utilizando neologismos. Além dos atos violentos, os pacientes poderiam ainda apresentar comportamentos de ordem sexual, já que muitos masturbavam-se desenfreadamente, exibiam os órgãos sexuais e revelavam propósitos

---

<sup>147</sup> No artigo “Esquizofrenia: Divisão Masculina – Movimento do ano de 1942. Extrato do relatório” discute-se a cronicidade dos pacientes após um ano da primeira eclosão da doença (CARVALHO, 1943: 156).

<sup>148</sup> MYERSON e MYERSON, 1947.

eróticos (TARELOW e MOTA, 2015: 272) Todos os pacientes de esquizofrenia hebefrênica encontrados pela pesquisa eram de pacientes do sexo feminino.

De forma geral, não apenas a aplicação e os resultados da psicocirurgia em pacientes esquizofrênicos gerava controvérsias, mas o próprio diagnóstico impunha problemas. No capítulo sobre a leucotomia em três tempos (YAHN et al., 1951), os médicos esclareciam que os resultados apresentados eram fruto do uso da técnica em 79 pacientes do 5º Pavilhão de Mulheres de agosto de 1945 a outubro de 1947. Todas elas estariam em estado de cronicidade e já teriam recebido vários tratamentos de choque. Em algumas delas já se havia usado a leucotomia pela técnica de Moniz ou pela de Freeman e Watts “clássica” (não transorbitária). Nesse estudo, os médicos explicitavam o que pudemos constatar em diversos documentos clínicos: “Muitas vezes o diagnóstico era modificado conforme o psiquiatra que observava a paciente, depois revisto e reconduzido ao diagnóstico anterior”. Em relação ao problema da delimitação diagnóstica, esse trecho nos chama muita atenção: “Nem sempre o aspecto clínico era claro”. Guiamo-nos, para o bem compreender, pelo exame da sintomatologia e pela observação de conduta. Tivemos dúvidas, que sempre as há quando lidamos com o problema da esquizofrenia (YAHN et al., 1951: 134-35). A maleabilidade de quadros clínicos que caracterizava a esquizofrenia já foi apontada por autores como Couto, que destaca que os “limites imprecisos de normalidade”, ao ganharem forma nesta classificação psiquiátrica, se transformavam em elementos de controle social (COUTO, 1994: 58).

É de se destacar também que a leitura dos registros clínicos mostra que os delírios e alucinações frequentemente não desapareciam após a cirurgia, ainda que pudessem ter sido avaliados como casos de melhora pela técnica (que se dava, então, principalmente em relação a um comportamento mais calmo). A lógica da leucotomia aplicada a esses casos nos explica muito sobre racionalidade terapêutica que a orientou. Diante da dificuldade da remissão dos sintomas, a eficácia da psicocirurgia poderia estar referida não à “cura”, mas à supressão de sintomas antissociais, como no caso citado acima (RG 48.475). Isso é também demonstrado na trajetória de uma esquizofrênica hebefrênica que, após a cirurgia, continuava delirante e alucinada, mas cujos episódios de agitação não eram mais tão frequentes (RG 21.853).

A análise por amostragem demonstrou a prevalência da esquizofrenia para o uso da psicocirurgia no Juquery, em especial, nas pacientes esquizofrênicas do sexo feminino,

representando 32,63%, das operações nesse grupo. Comparando a incidência da psicocirurgia para esse diagnóstico segundo o sexo, encontramos que entre os pacientes homens ele representou 30,76% das operações. Esses números são próximos dos achados de Edgard Pinto César quanto à incidência da esquizofrenia nos pacientes do Hospital Central. Segundo seus dados, em 1943 os esquizofrênicos representavam 32,73% de todas as internações, com incidência nos homens de 31,97% e de 33,34% nas mulheres (CÉSAR, 1943: 312). Ainda assim, proporcionalmente ao número geral de pacientes operados com esquizofrenia, as mulheres representam 97,01% do total das cirurgias, diante de 2,98% em pacientes homens.

Nesse sentido, não encontramos a mesma associação entre a psicocirurgia e a esquizofrenia em pacientes do sexo masculino que encontramos no caso das pacientes mulheres. Significativa desse aspecto é a publicação “Considerações sobre a seção de Esquizofrenia: Divisão Masculina – Movimento do ano de 1942. Extrato do relatório” o psiquiatra da seção masculina do Juquery, Henrique Marques de Carvalho, descrevia como aquela seção funcionava sem interrupção desde 1938. Entre os tratamentos aos quais os pacientes haviam sido submetidos a partir daquele ano, constavam o método de Sakel, de Von Meduna, o eletrochoque e a peptona e não há qualquer referência à psicocirurgia. Segundo Carvalho, 1.119 pacientes do sexo masculino haviam passado por ali desde a inauguração da seção (CARVALHO, 1943) e, contudo, nada indica que haviam sido operados até aquele momento. A psicocirurgia para os pacientes do sexo masculino esquizofrênicos parece não ter seguido o mesmo caminho que aquele voltado para as mulheres: a terapêutica não foi tão rapidamente apropriada na seção masculina como foi o eletrochoque e não foi, segundo o artigo de Henrique de Carvalho, uma terapêutica privilegiada para tratamento daqueles pacientes.

#### **3.2.2.4.2. Epilepsia**

Entre os séculos XVII e XVIII na Europa, a epilepsia esteve no centro de debates que procuravam delimitar a separação entre doenças dos nervos e doenças mentais. A crença de que a patologia era provocada por disfunções cerebrais, marcou definitivamente o começo de uma “era cirúrgica” entre meados do século XIX e primeiras décadas do século XX, principalmente no Reino Unido e na Alemanha (SCHIJS et al., 2015). No contexto de prática da psicocirurgia no Juquery entre as décadas de 1930 e 1950, a patologia ainda era “vista como herança maldita, evidência da degeneração, do vício, das



taras e da vida desregrada”, e a ela se vinculava fortemente a tendência ao crime e à violência (NEVES, 2010: 295).

Isso é corroborado pela comunicação “*Leucotomie Temporale*” apresentada por Mário Yahn, Mattos Pimenta, Gecel Szterling e Meyer Guinsberg no Congresso Internacional de Psiquiatria de Paris, em 1950. A partir de cirurgias feitas por Mattos, Pimenta e Sette Jr., os médicos apresentaram os resultados da técnica em 42 pacientes do 5º Pavilhão Feminino do Hospital do Juquery. A intenção do estudo era observar o efeito da operação sobre a “frequência dos ataques e sobre o estado mental das pacientes”. Os médicos esclareciam, ainda, que se preocuparam particularmente com os “desvios de comportamento, agitação, impulsividade, agressividade, perversidade, turbulência, susceptibilidade e viscosidade psíquica” para a apreciação dos resultados (YAHN et al., 1951b: 65, tradução minha).

Isso pode ser visto igualmente nos dossiês médicos, como no caso da paciente internada em 1939, branca, solteira, que já havia passado por diversos pavilhões até ser removida para o 5º Pavilhão de Mulheres, aos 27 anos de idade. A transferência para o pavilhão foi motivada pela vontade dos médicos de “ampliar” as suas observações sobre a patologia. Além disso, diante do exame acerca dos comportamentos e temperamento apresentados pela paciente, eles assinalaram “ligeiro defeito intelectual e moral”. Após tratamento com eletrochoque e cardiazol, sem melhoras satisfatórias, decidiram-se por encaminhá-la para a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz. Seu caso foi considerado de “Modificação definitiva pela leucotomia”, com “supressão completa dos ataques e remissão duradoura dos distúrbios psíquicos”. O resultado da psicocirurgia foi “extensivo, agindo tanto sobre o temperamento da paciente, sobre a agressividade e as disposições anormais, sobre as crises epiléticas”, além de atuar sobre “as crises do tipo pitiático”<sup>149</sup> (RG 67.633).

Ainda que “não houvesse entusiasmo”, mas, pelo contrário, preocupação dos diversos autores pra indicar a leucotomia no caso da epilepsia pelo risco “de possíveis

---

<sup>149</sup> Na elaboração semiológica da histeria, Babinski a teria definido como um estado mórbido, de predisposição hereditária, que possibilitaria a produção de sintomas por sugestão e no qual o indivíduo poderia ser curado pela persuasão. Ele “propôs, então, que esses fenômenos mórbidos fossem denominados pitiatismo, que significa ‘curável pela persuasão’. Sob o enquadramento do pitiatismo, a histeria foi concebida como uma ‘simulação’ e inserida no campo psiquiátrico” (NUNES, 2010: 378).

resultados contraproducentes”, os médicos do Juquery seguiram utilizando a técnica em pacientes epiléticos até a década de 1950.

Notamos também que, como resultado da cirurgia, era comum o relato de melhora de alguns sintomas e de piora de outros. Além disso, a díade melhora/piora não era estável, podendo sofrer modificações nos meses que se seguiam à operação. É o caso de uma paciente que foi operada pela primeira vez em junho de 1944. Nos quinze primeiros dias do pós-operatório ela não teria apresentado melhora, mas depois disso, consta que melhorou “muitíssimo”. Segundo a descrição dos médicos em seu prontuário:

ela passou a ajudar nos serviços da seção. Não brigava mais com as companheiras, nem lhes subtraía o pão, nem reclamava quando o café era pouco, e, acima de tudo, deixou de andar despida em atitude de protesto, quando os seus desejos loucos não eram satisfeitos. Apesar de sua hemiplegia, presta serviços regulares”. (...) Em suma, foi uma melhora interessantíssima quanto às condições psíquicas do paciente. No que se refere à frequência dos ataques, houve piora (RG 13.292).

Cinco meses mais tarde, os ataques epiléticos teriam diminuído, mas seu estado mental havia piorado. Ainda que ela não tivesse voltado ao comportamento anterior à cirurgia, teria apresentando-se novamente “rixenta”, ao que finalizou o médico: “mais tarde, se persistirem os sintomas psíquicos, faça a lobotomia cerebral” (RG 13.292). Em dezembro de 1945, o número de ataques voltou a diminuir e seu estado mental apresentou novas melhoras, ao que especulava o médico: “não sabemos se isso ocorre em relação aos ataques epiléticos” [quer dizer: se a melhora do comportamento era inversamente proporcional a dos ataques]. Apesar da melhora, ela passou por uma lobotomia parietal com “secção do feixe longitudinal superior”, feita março de 1946. Segundo os relatos, a segunda operação apenas fez o coeficiente de ataques voltar ao estado anterior da operação (YAHN et al., 1951: 67). A melhora para os médicos, ao fim, foi apenas no sentido comportamental. No “Boletim de Remoção” referente a esse RG consta que permaneceram as “crises convulsivas epileptiformes”, mas que a paciente se apresentava “raramente agressiva e turbulenta” (RG 13.292).

A correlação entre crises convulsivas e agressividade foi encontrado ao longo de todo o levantamento em diferentes registros médicos. Em “*Leucotomie Temporale*” (YAHN et al. 1951b), os médicos apresentaram os resultados de um experimento com 4 pacientes que haviam sido operadas apenas do lado direito, 21 do lado esquerdo, e 17 haviam passado por operações dos dois lados (bilateral). Em suma, no artigo os médicos

concluem após o experimento que 46,9% das pacientes operadas do lado esquerdo tiveram aumento das crises, o mesmo em 42,9% das pacientes operadas do lado direito. Entre as sete pacientes operadas primeiro do lado direito, três foram operadas também do lado esquerdo e apresentaram aumento das crises. Houve ainda um caso de morte e um de acidente durante a cirurgia, mas ainda assim os médicos concluíram que, considerando-se o desaparecimento ou a grande melhora de sintomas como impulsividade, agressividade e agitação, e da frequência das crises, houve melhora de 62,5% dos casos. Mas talvez o mais impressionante para um leitor contemporâneo seja a falta de precisão dos resultados e da localização das intervenções

Os resultados confirmam a hipótese de que a patologia da epilepsia crônica é muito complexa e de que as intervenções feitas nas mesmas regiões do cérebro de diversos indivíduos oferecem resultados muito diferentes, seja do ponto de vista psíquico, seja do ponto de vista das crises. Vemos, mais uma vez, que o cérebro não é um órgão isolado, mas um complexo de órgãos e é justamente dessa complexidade nas relações entre vários elementos que resulta o mecanismo e da doença e também o mecanismo da cura (YAHN et al., 1951b: 70).

Constatando a dificuldade de padronização da terapêutica, os médicos concluíam em relação ao uso da leucotomia temporal aquilo que já haviam inferido em relação à leucotomia em três tempos: a especificidade do cérebro de cada indivíduo e a dificuldade em se localizar a patologia em cada um deles. Isso pode bem explicar a bibliografia da época que contraindicava as intervenções no caso da epilepsia. Por outro lado, dada a eficácia terapêutica relacionada à supressão de sintomas morais que traziam problemas à organização hospitalar, podemos considerar que fosse essa a justificativa para a permanência do uso da psicocirurgias no Juquery.

Em relação à nossa amostra, esse diagnóstico foi o mais frequente entre os pacientes homens operados, correspondendo a 46,15% do total no período investigado. Vale dizer, são em sua grande maioria, pacientes considerados agressivos. Um deles, apresentava acessos de agitação psicomotora com agressividade e impulsividade, ainda que seu “psiquismo” não apresentasse alterações (RG 33.374). Em outro caso, os médicos afirmavam que o paciente não podia viver em casa por causa da agressividade e noticiavam que ele se envolvia continuamente em brigas no pavilhão (RG 36.657). Há ainda o caso de um paciente que, operado em 1951 teria voltado, dois anos depois, “a cravar os dentes em um internado com quem discutia” (RG 48.885).

### 3.2.2.4.3. Personalidade psicopática e outros diagnósticos

A análise amostral dos casos de esquizofrenia e epilepsia permitiram confirmar que a preocupação dos médicos com problemas de comportamento dos pacientes era central na decisão da aplicação da lobotomia.

Nos casos de esquizofrenia, podemos notar claramente a tentativa de ordenamento da conduta de pacientes, como no caso da paciente parda, diagnosticada com *síndrome esquizofrênica*, que foi operada em 1948. Entre os sintomas relatados, estava o fato de que ela era considerada “desprovida de pudor”, “suspendia o vestido”, “dizia palavras obscenas”, “não tinha noção de higiene” e era constantemente enviada ao quarto forte (RG 39.190). No seu caso, os médicos explicitavam: "Seu comportamento incrível sugere que a encaminhemos para a cirurgia afim de submeter-se à leucotomia pré-frontal". Após a operação, constataram uma mudança notável: "agora se mostra submissa, conversando em voz moderada, esforçando-se para responder a todas as questões com acerto". Segundo consta no prontuário, por passar bem em casa após licença, ela recebeu alta em 1949 (RG 39.190).

Já no caso das pacientes epiléticas, é possível verificar a mesma determinação. Há diversas passagens que confirmam a operação nesses termos, como o da paciente de 37 anos, epilética, operada do primeiro tempo em 1947 e considerada "Melhorada sensivelmente da excitação psicomotora, da impulsividade, etc.", pois “tem estado quase sempre quieta após a operação" (RG 37.183).

A preocupação com a conduta dos pacientes perpassa também outros diagnósticos, como o de *debilidade*. No prontuário de uma paciente operada em 1950 do 1º tempo, lemos em 1951: "A agressividade, turbulência e agitação da paciente estão recidivando. Pedimos leucotomia QID"<sup>150</sup> (RG 47.027). O foco na docilização dos comportamentos está também presente em relatos de diagnóstico de *mania* como, como o da paciente que após leucotomia apresentou-se “mais calma e menos ansiosa” (RG 40.713).

Há também diagnósticos que não compõem um quadro de agitação, mas de ansiedade e humor deprimido, nos quais os médicos também investem na cirurgia em busca de correção (ainda que em bem menor quantidade). É o caso de uma paciente viúva,

---

<sup>150</sup> Quadrante inferior direito – que era o segundo tempo da leucotomia em três tempos.

internada com diagnóstico de “delírio persecutório sistematizado” com o qual sofria “intensamente, mostrando-se aflita, ansiosa, deprimida”. Por esse motivo os médicos optaram por encaminhá-la à leucotomia, “com o fito de diminuir essa angústia e sofrimento” (RG 48.458). Outra paciente, casada, sofrendo de *melancolia*, “quieta, dócil e submissa” e com histórico de tentativas de suicídio, foi submetida à cirurgia aos 43 anos de idade. Considerada um sucesso terapêutico, pois que “imediatamente após” a operação tornou-se “menos ansiosa e mais conformada”, a paciente deu reentrada no hospital dois anos depois, apresentando o mesmo quadro depressivo (RG 29.170).

Em relação às pacientes operadas com o perfil depressivo, é possível chamar atenção para alguns elementos da ordem de gênero que nos fazem refletir também sobre seu o processo de adoecimento e sua vulnerabilidade, o que verificaremos no próximo capítulo. Esses casos, contudo, são poucos, e mostram-se na contramão de um padrão mais comum de indicação das cirurgias: de agitação, agressividade e comportamentos desviantes de caráter erótico (como o ato de despir-se, a prática masturbatória e o desejo sexual expresso em relações não monogâmicas). Entretanto, a se considerar a questão dos papéis de gênero, mulheres consideradas deprimidas não deviam ser boas cuidadoras, e, portanto, boas mães e esposas.

A questão comportamental certamente ganha visibilidade ainda maior em se tratando dos casos de operação em pacientes com *psicopatía amoral*, o terceiro diagnóstico de maior investimento das psicocirurgias, de acordo com a estatística geral elaborada ao longo da pesquisa. Apesar desse número parecer grande comparativamente, não foi possível verificar qualquer estatística do período que contabilizasse esses casos no hospital do Juquery anteriormente a 1951. Também na edição de *Psiquiatria Clínica e Forense*, de Pacheco e Silva, de 1940, não consta a definição dessa patologia. Apesar disso, o primeiro caso de operação em paciente diagnosticado assim data do ano de 1943.

O conceito de *psicopatía* já havia sido utilizado no campo médico na segunda metade do século XIX por Feuchtersleben<sup>151</sup> (1845), Griesinger (1868) e Krafft-Ebing<sup>152</sup>

---

<sup>151</sup> Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), crítico literário, médico e pedagogo alemão. Em *Ernst von Feuchtersleben*, Biblioteca Nacional da França. Disponível em [https://data.bnf.fr/fr/12142272/ernst\\_von\\_feuchtersleben/](https://data.bnf.fr/fr/12142272/ernst_von_feuchtersleben/). Acesso em 21 dez. 2018.

<sup>152</sup> Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1902) psiquiatra germano-austriaco que publicou em 1886 *Psychopathia Sexualis*, classificando diversas “perversões sexuais”. Essa obra representa um “caráter exemplar da história da apropriação médica dos comportamentos sexuais desviados da norma vigente e tida como parâmetro auto evidente da normalidade” e com ela Krafft-Ebing popularizou termos masoquismo e sadismo (PEREIRA, 2009: 381).

(1886). Com Kraepelin, no começo do século XX, ela começou a ser delimitada como uma anomalia mental de caráter constitucional, que poderia se manifestar ou não, inclusive em dependência de influências ambientais (HENRIQUES, 2009). Mas a partir de 1923, o psiquiatra alemão Kurt Schneider (1887-1967) passou a definir a *psicopatia* segundo desvios quantitativos das características normais da personalidade (SOEIRO e GONÇALVES, 2010: 229), caracterizando-a pela sua potencialidade de “fazer sofrer a sociedade com sua anormalidade” (HENRIQUES, 2009: 228). O estreitamento do conceito de *psicopatia* como o de personalidade antissocial, seria, contudo, efetivamente estabelecida por teóricos da psiquiatria anglo-saxônica, sobretudo pelo norte-americano Hervey Milton Cleckley (1903-1984), na obra *The Mask of Sanity*, de 1941 (HAUCK FILHO et al, 2009).

Nessa obra, Cleckley definiu a patologia por seus aspectos interpessoais e determinou suas principais qualidades, entre elas: charme superficial e boa inteligência, ausência de delírios e outros sinais de pensamento irracional, tendência à mentira, falta de remorso ou vergonha, comportamento antissocial, juízo empobrecido e falha em aprender com a experiência, egocentrismo patológico e incapacidade para amar, pobreza generalizada em termos de reações afetivas, comportamento fantasioso sob influência de álcool ou não e falha em seguir um plano na vida (HAUCK FILHO et al., 2009: 338).

Essas qualidades se relacionam com aquilo que encontramos nos prontuários dos pacientes diagnosticados com *personalidade psicopática*. Também há uma forte associação desse diagnóstico com aquilo que Cunha referiu-se em relação aos “loucos amorais” até a década de 1930. Essa “doença”, segundo a autora, era detectada em condutas sociais específicas que em geral envolviam má gestão de dinheiro, vícios e vida sexual “irregular”, mas que não caracterizavam comportamentos criminalizáveis. Seria, nesse sentido – assim como a personalidade psicopática –, uma patologia que forneceria elementos preciosos para a apreensão “dos parâmetros sociais e históricos da construção de loucura” (CUNHA, 1986: 113). Por ora, destaco alguns casos que trazem à tona o caráter comportamental que levaram os pacientes internados com esse diagnóstico a se tornarem candidatos à psicocirurgia no Juquery.

Em relação aos achados da pesquisa, o número total de homens operados com esse diagnóstico foi de 8,33%. Um desses pacientes tinha o diagnóstico associado a alcoolismo e o outro foi o mais jovem entre os homens a ser operado: aos 16 anos ele havia passado

pela cirurgia em apenas um ano após a internação, tempo menor ao geral contabilizado para homens (em torno de 2,4 anos). Segundo seu dossiê clínico, o adolescente apresentava distúrbios de caráter, sendo amoral e perverso desde os 6 anos de idade (RG 62.996)<sup>153</sup>.

Em relação às pacientes do sexo feminino, os achados da pesquisa, demonstram que o número geral de cirurgias de pacientes diagnosticadas como portadoras de personalidade psicopática entre os anos de 1941 a 1956 foi de 15,67% dos casos. O percentual é relativamente baixo em se considerando o total de cirurgias feitas em mulheres (ver Gráfico VI, em Anexos, pág. 289). Contudo, se analisarmos a incidência em relação à variável “cor”, este foi o diagnóstico de maior discrepância numérica entre pacientes classificadas entre brancas e amarelas em relação às negras e pardas (ver Gráfico VII, em Anexos, pág. 289). No grupo de mulheres “brancas” e amarelas” operadas com diagnóstico de personalidade psicopática, temos 10,90% de casos, e entre negras e pardas que passaram pelas cirurgias, encontramos uma incidência de 26,92%. Em relação apenas às pacientes negras, a quantidade de mulheres com esse diagnóstico sobe para 40% das cirurgias. Esses dados dialogam com aquilo que Maria Clementina Cunha analisou em relação às pacientes do Juquery nas três primeiras décadas de 1930. Recorrendo a parâmetros de adoecimento estabelecidos por Franco da Rocha para aquilo que ele denominava “raça negra”, Cunha explicita que as mulheres sob essa designação estariam “mais submetidas às condições de luta pela vida” e que, por isso, segundo os médicos “as negras e pobres sucumbiriam mais facilmente à loucura, ao alcoolismo e ao vício” (ROCHA, 1911, como citado em Cunha: 1998: 15).

Um dos casos representativos nesse sentido é o da paciente negra, solteira e que, segundo os médicos, sempre havia levado uma “vida irregular”. Ela passou pela operação após ser diagnosticada como detentora de uma personalidade psicopática. O médico que assinou o prontuário relatou que a paciente havia dito que como sua família não permitia namoros, ela saiu de casa juntamente com sua irmã aos dezoito anos, procurando “homem para casar”. As duas teriam, por fim, se instalado em um prostíbulo. Internada em 1947

---

<sup>153</sup> Esse paciente também foi citado no artigo de Vizzotto et al. (1958), e foi ali nomeado como “pederasta ativo”. Ao contar a história progressiva de sua enfermidade, os autores noticiavam que por motivo de atos agressivos e atentados sexuais (inclusive contra a irmã), ele havia sido expulso de várias escolas e prisões. No caso deste paciente, o dossiê médico contém também a informação de que, após a cirurgia, o paciente teria começado a consumir bebidas alcoólicas, dados esses que serão retomados mais detalhadamente no próximo capítulo.

pelo “amante”, em 1950 essa paciente mantinha, segundo os médicos, o seu mau comportamento, não aceitando trabalho em serviço algum no pavilhão. Considerada “péssimo elemento” e “não tendo quem se interessasse por ela”, os psiquiatras resolveram “removê-la para as colônias”. Antes disso, registram em seu prontuário que “Naturalmente há indicação precisa de leucotomia, podendo esta ser requerida pelo médico da colônia”. Após a transferência, foi solicitada a psicocirurgia e a paciente passou pelos dois primeiros tempos da leucotomia em três tempos, falecendo logo em seguida à segunda operação, após ter tido vinte e duas (!) crises convulsivas (RG 30.738).

Há ainda o relato sobre outra paciente, negra, com diagnóstico de personalidade psicopática que demonstra como a psicocirurgia funcionava também segundo uma terapêutica “exemplar” dentro do hospital. A paciente, descrita como “desobediente, turbulenta e agressiva” teria ainda “elementos epileptoides em sua personalidade”. Após várias “ameaças” de ser submetida à leucotomia em três tempos, ela teria sofrido um câmbio radical: “tornou-se prestativa ao extremo”, passou a auxiliar a enfermagem, em nada foi passível de crítica em três meses (RG 48.274).

O psiquiatra registrou, em seguida, que não acreditava que “tal transformação” pudesse acontecer em um caso de personalidade psicopática amoral e perversa mesmo diante do “temor à leucotomia”, o que o fez considerar o diagnóstico de neurose de angústia. Contudo, após licença em casa, a paciente teria voltado ao mesmo comportamento, que novamente começou a ser creditado à patologia de caráter amoral e perverso (mitomania, fabulação, dissimulação e hipocrisia). De volta ao hospital, foi, por fim, operada (RG 48.274).

Pela leitura geral dos prontuários selecionados, podemos notar a busca pela supressão de desvios de conduta como elemento central para atestar a melhora no quadro dos pacientes no caso de todos os diagnósticos que compunham o quadro de indicação para a intervenção pela terapêutica. O diagnóstico de personalidade psicopática, contudo, é especialmente prolixo na apresentação de elementos de ordem amoral e está relacionado a um grande contingente de mulheres operadas, em especial, as mulheres negras e pardas. Também o caráter exemplar da terapêutica como ameaça moral surge nesse processo. Nesse caso, os psiquiatras consideram, em alguns casos, que o medo é suficiente para a redução dos sintomas de cunho moral até mesmo ao ponto de sua remissão.



A utilização da psicocirurgia nas grandes psicoses e na psicopatia (JASPERS, 1913) certamente se voltou para a regulação dos desvios comportamentais. Encontramos a psicocirurgia no Juquery participando, efetivamente, do processo de “terapeutização da doença mental” que se instaurou nos hospitais psiquiátricos no século XIX (CAPONI, 2009: 100) e se configurou, principalmente no começo do século XX, sobre o “corpo neurológico”. Nesse processo, a psicocirurgia reafirmou a centralidade da restituição de condutas e valores morais como eficácia terapêutica, mas dessa vez com consequências mais drásticas e irreversíveis do que havia produzido até então.

### **3.3. Sobre o resultado das intervenções**

#### **3.3.1. Parâmetros médicos para o efeito das cirurgias**

Para a avaliação estatística dos efeitos da cirurgia sobre o recorte amostral, recorri à terminologia da influência da terapêutica nos fenômenos psicopatológicos tal como empregada pelos médicos no Juquery. As condições dos pacientes eram de “remissão” (completa ou social), “melhora”, “não influenciada(o)” e “piorada(o)” respondendo à conceitualização médica de época e àquilo que foi atribuído pelos profissionais em cada registro médico da operação. Para a avaliação dos resultados das terapêuticas no hospital, o texto de Carvalho (1943) precisa bastante bem a terminologia que encontramos também para a psicocirurgia. Para esses médicos:

Consideramos remissão quando o paciente recupera por completo, não somente a capacidade intelectual como também a sua atividade, voltando a ostentar o mesmo nível anterior à moléstia; a remissão social quando o paciente, se bem que podendo viver em sociedade exige uma assistência, quer econômica, quer moral; melhorado quando apenas existem atenuação de sintomas, porém o paciente não pode abandonar o hospital” (CARVALHO, 1943: 237).

De acordo com a amostra selecionada, 10,06% dos casos foram dados como “remissão” após o tratamento por meio de psicocirurgia. Considerando-se o total dos casos de remissão em 100%, temos: 18,75% dos casos consta apenas o termo remissão - o que foi considerado aqui como “remissão completa”, acompanhando a Carvalho (1943); 25% de casos foi de explícita “remissão completa” e em 56,25% a terapêutica resultou em “remissão social”.

Em 26,41% do total da análise, os pacientes foram considerados “melhorados”. Houve ainda 1,88% de constatações de “piora”, e em 51,57% dos casos os pacientes

foram considerados “não influenciados” pela terapêutica. Em 6,88% dos casos não pude inferir o resultado, preenchidos com “nada consta”<sup>154</sup> (ver Gráfico VIII, em Anexos, pág. 290). Houve ainda um caso onde não se aplica o resultado: o episódio em que a paciente foi operada por engano, e os médicos não noticiam que tipo de modificação a cirurgia teria provocado.

O que se considera aqui é a centralidade do desaparecimento dos aspectos disruptivos apresentados pelos pacientes como parâmetro de melhora ou remissão completa. Os quadros alucinatórios e/ou delirantes eram também referidos para a avaliação da melhora; e nos casos de epilepsia existia a preocupação com as crises convulsivas. Mas, em todos eles, é clara a tentativa de supressão de “sintomas” de ordem comportamental que geravam problemas para a sua manutenção em casa ou no hospital para que fosse concluída a eficácia da terapêutica, seja quais fossem os diagnósticos.

Ao analisar atentamente os discursos presentes nos prontuários médicos, essa decisão médica pela psicocirurgia torna-se mais compreensível. Um dos casos elucidativos, nesse sentido, é o da paciente com diagnóstico de esquizofrênica, casada, branca, que ao dar entrada se encontrava “em estado de excitação psicomotora, agressiva, logorréica”. No dossiê clínico, o psiquiatra informava que ela “passava o dia todo no pátio gritando e irritando as outras doentes”. Ela já havia passado por insulino-terapia e eletrochoque sem resultado. Em função de sua atividade delirante com “frequentes crises de agitação colérica e agressividade” e diante do desinteresse da família por sua situação, o psiquiatra propôs a “leucotomia transorbitária”, pela qual a paciente foi operada no mesmo ano. Após a operação, ela se apresentava “calma” e “orientada globalmente”, trabalhava na seção de costura e mostrava-se interessada em sua alta. Considerada com remissão, a paciente pôde sair de licença (RG 41.110)<sup>155</sup>.

A leucotomia em uma paciente com diagnóstico de “epilepsia com agitação”, solteira, branca, também teria reduzido “suas crises de agitação e agressividade”. Para os

---

<sup>154</sup> Além de 3,2% de casos de morte em função da operação, que abordo em seguida.

<sup>155</sup> Ela não foi reiterada, o que indica que a alta foi concedida em função da falta de retorno, aos que os médicos geralmente concluíam que a paciente passava bem. Esse caso é ainda muito interessante, pois os médicos citam o endereço do marido em seguida aos resultados da operação (para que fosse buscá-la) e em outro momento ele já havia pedido a licença da esposa, desaconselhado pelos médicos, por estar “assoberbado com problemas domésticos”, o que evidencia o acesso e o controle de alguns cônjuges sobre o processo de intenção das mulheres em relação às saídas (RG 41.110).

médicos, após a operação ela se tornou “limpa, sofrivelmente disciplinada, trabalhadora” e por esse motivo resolveram tentar seu convívio social” (RG 45.638).

Outra paciente negra, estado civil não informado, diagnosticada com esquizofrenia “hebefrênico-paranóide, com episódio delirante em personalidade psicopática” teria apresentado melhora na conduta após a cirurgia, pois estava “mais calma”, e se vestia “de modo mais discreto” (RG 44.528). As trajetórias de internação de algumas das pacientes consideradas com remissão ou melhora após a psicocirurgia demonstra, assim, o padrão de eficácia que as permite sair quando “limpas”, “trabalhadoras”, disciplinadas”, vestindo-se de maneira “mais discreta”.

Com relação a um paciente do sexo masculino com diagnóstico de “debilidade com distúrbios sexuais”, branco, casado, operado em 1947 quando estava internado no Manicômio Judiciário do Complexo, a melhora teria sido tão acentuada que foi sugerida sua volta à Penitenciária do Estado para terminar de cumprir a sentença de 24 anos. Alguns anos depois, a evolução da patologia e o comportamento do paciente levaram os médicos do Hospital Central a atestar o diagnóstico de esquizofrenia em estado de cronicidade. Este paciente ficou internado até 1968, quando evadiu (RG 49.884)

Podemos asseverar com os achados da pesquisa que o principal objetivo terapêutico da psicocirurgias era a supressão de sintomas, mais do que de uma patologia específica. Tais dados se coadunam aos trabalhos dos cirurgiões paulistas, que consideravam que devia-se recorrer à terapêutica em casos de tendência de evolução crônica, “não se levando muito em conta o título diagnóstico e sim a forma clínica”<sup>156</sup> (LONGO et al., 1949: 138).

A ênfase no comportamento dos pacientes fica também evidente quando recorremos a casos que representam o insucesso terapêutico ou o efeito parcial calmante. É o que vemos no registro da paciente, parda, solteira, operada em 1947 como “oligofrênica, com desvios de conduta”, evidente “caso para leucotomia”. Durante a cirurgia, a menina teria reagido “com gritos após a trepanação” e “somente acalmou-se após a secção do QIE<sup>157</sup>”, agitando-se novamente no momento da sutura da pele. Após a cirurgia, pela qual passou aos 13 anos de idade, ela foi encaminhada do 2º pavilhão para

---

<sup>156</sup> Assim também é que Mário Yahn definia que “Agindo sobre vias nervosas que relacionam centros encefálicos diversos, é admissível que a intervenção não atue em grupos mórbidos propriamente ditos, mas obre manifestações que aparecem nas mais variadas moléstias mentais” (YAHN et al, 1951a: 18).

<sup>157</sup> Quadrante inferior esquerdo.

a colônia, sendo o motivo da transferência "possibilidades terapêuticas nulas". No campo de dados psíquicos da folha de transferência consta: "Quadro global de deficiência mental grave, com sérios desvios de conduta. Foi submetida à leucotomia pré-frontal, em 10-11-47, "não tendo sido influenciada" (RG 30.919).

Nesse mesmo sentido, houve melhoras no caso da paciente diagnosticada com "encefalopatia infantil com desvios instintivos graves": "A paciente, que vivia há longos anos em regime de cela, após o 3º tempo da operação foi removida para a Secção Geral, pois apresentava sensíveis melhoras no seu comportamento. Embora o aspecto de idiotia continuasse, era calma, não perturbava a ordem na Secção, tanto de dia como de noite. Consideramo-la MELHORADA" (*sic*). Sendo assim, "Foi incluída na lista de doentes a serem enviadas para as Colônias em 21-10-47" (YAHN et al., 1951: 191).

É interessante notar que os fracassos terapêuticos eram, de maneira recorrente, atribuídos ao "péssimo material" utilizado, "constituído de casos crônicos, considerados incuráveis, já submetidos a outros tratamentos psiquiátricos" (BARRETT0, 1945: 425), além "de nível mental baixo e cultural nulo, o que tornava difícil uma reeducação, elemento indispensável na psicocirurgia" (BARRETT0, 1944: 252). Assim é que, quando ocorreu o Congresso Internacional de Psicocirurgia de 1948, os médicos reconheciam a precariedade de seus resultados, mas a justificam pelo "material humano" operado, que nos hospitais públicos deixariam "muito a desejar" (em especial em relação a dois aspectos: não contavam com a família para a reabilitação e já estariam em processo avançado de doença) (LONGO et al., 1949: 131). Ainda que houvesse justificativas para o pouco número de remissões e melhoras, as experimentações prosseguiram, com um aumento de 37,37% entre os anos de 1948 e 1950.

### **3.3.2. Complicações, sequelas e casos de morte**

Em nosso estudo, constatamos que 3,2% dos pacientes faleceram em função da operação e que 1,8% dos casos apresentaram complicações. Contudo, de maneira geral, esses dados exprimem referências dos primeiros momentos pós-cirúrgicos e de seus efeitos mais imediatos. Pouco se encontra sobre os desdobramentos posteriores das operações nos documentos clínicos. Nesse sentido, encontramos as mesmas dificuldades que permearam os estudos sobre a psicocirurgia nos hospitais na Suécia (ÖGREN, e SANDLUND, 2005).

Outros países (JEŹCZMIŃSKA, 2007) tratam de modo mais pormenorizado as informações sobre a morte de pacientes em função da intervenção. No caso do Hospital *de Sainte-Anne*, há relatos acerca da degradação intelectual após dois anos das psicocirurgias (ZANELLO et al., 2017). A revisão dos casos de cirurgias feitas na Grã-Bretanha entre as décadas de 1940 a 1950 permitiu também a Feinstein o acesso a dados que indicam apenas 18% de melhora efetiva, diante de um quadro de mortalidade de 0,3% e de pioras consideráveis, como a alteração severa de personalidade (cerca de 3%) e convulsões (1,3%) (FEINSTEIN, 1997: 59). Outros autores detalham os prejuízos advindos das intervenções vinculados a perdas de ordem intelectual e emocional e mudanças de personalidade que poderiam levar até mesmo a estados “vegetativos”, incontinência e epilepsia (GOSTIN, 1980), desinteresse com relações familiares e sociais, linguagem lacônica e dependência para atividades básicas (BALCELLS, 2016: 132-34). Apesar disso, as cirurgias continuaram.

Em 1956, no estudo sobre pacientes internados em um hospital privado, Paulino Longo e colaboradores davam mostras de que as modificações não eram tão boas, já que ao buscar sublinhar as vantagens das novas técnicas, informavam que “os resultados obtidos com a topectomia no tratamento das psicoses foram considerados semelhantes àqueles conseguidos pelo emprego da lobotomia pré-frontal, com a vantagem, porém, de não provocar tão grande déficit e tão intensa modificação da personalidade” (LONGO et al., 1956: 275).

No Juquery, os efeitos adversos possíveis da psicocirurgia surgem quando da publicação de *Tratamentos cirúrgicos das moléstias mentais* (1951). Nela, Mário Yahn agradecia o trabalho de estagiárias do 5º Pavilhão de Mulheres do hospital, que teriam feito detalhadas reportagens sobre as condições psíquicas das pacientes, principalmente com o “fim de apreciar a existência ou não de modificações da personalidade após a operação” (YAHN et al., 1951a: VI). É possível também, nessa obra, encontrar informações acerca de sequelas e caso de morte, como o caso da paciente que se acalmou após o primeiro tempo da cirurgia, em 1947, mas começou a apresentar vômitos oito dias depois. Logo após, apresentou uma crise epilética e, em seguida, os médicos constataram “hemiparesia, aumento dos reflexos tendinosos, diminuição da força muscular e clonus da rótula” do lado direito do corpo da paciente e “ausência do sinal de Babinski de ambos os lados”. Em relação ao estado mental, ela passou a apresentar “grau apreciável de embotamento psíquico, permanecendo com a consciência obnubilada o dia todo”. No

mesmo ano, cerca de quatro meses após a última cirurgia, foi encontrada em coma, com cianose, e faleceu no mesmo dia (YAHN et al., 1951: 195). No capítulo “Sobre a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz”, Yahn destacava que “mesmo não sendo elevada a mortalidade pela terapêutica cirúrgica, é sabido que sequelas como hemiplegias, epilepsias e estrados de enfraquecimento mental, podem sobrevir em lapso de tempo variável após a intervenção” (YAHN et al., 1951a: 19).

Encontramos também a preocupação com possíveis sequelas quando Mário Yahn trata da ausência de efeitos da psicocirurgia em duas pacientes cujas obras foram enviadas à Exposição de Arte Psicopatológica em Paris, em 1950. Ao afirmar que as obras de artes das pacientes não haviam sido afetadas após as operações, Yahn apontava que tais sintomas poderiam advir após a psicocirurgia. Foi, aliás, o que constatou Nise da Silveira, cujas conclusões sobre os efeitos da psicocirurgia na produção artística (e na vida) dos pacientes divergia frontalmente das do médico. Para Nise, a terapêutica provocaria “pobreza imaginativa, puerilidade de concepção, inabilidade de execução”<sup>158</sup> (SILVEIRA, 1992, como citado em MELO, 2009: 36). Nas palavras da psiquiatra, enquanto as “famílias e o ambiente hospitalar passavam a gozar de cômoda tranquilidade” com o uso da psicocirurgia, os pacientes sofriam com a perda da capacidade de síntese e de abstração, além de alterações em relação aos sentidos e ao julgamento moral (SILVEIRA, 1992, como citado em MELO, 2009: 38).

Tiramos dessas passagens um espectro de acidentes, complicações e sequelas que os pacientes poderiam sofrer e que são dificilmente encontradas nos registros clínicos do Juquery. Em revisão à bibliografia sobre a psicocirurgia em 1948, e apesar de demonstrarem estar cientes acerca dos “baixos resultados” alcançados no Juquery, os médicos dão poucas informações a respeito de pioras ou problemas gerados pelas cirurgias, limitando-se a comunicar que sinais de deficiência do lobo frontal vinham sendo descritos desde o início da terapêutica, como a diminuição da inibição e a dificuldade de síntese e iniciativa. Esses efeitos, contudo, eram pensados como uma perda menor diante da “sintomatologia psicótica anterior”. Notamos também resistência no

---

<sup>158</sup> Lúcio, um dos pacientes acompanhados por Nise na Seção de Terapêutica Ocupacional e cujas esculturas foram expostas no Museu de Arte Moderna de São Paulo em 1949, foi leucotomizado em 1950. Suas obras, antes elaboradas com complexidade e riqueza de detalhes, teriam sofrido grande decadência da capacidade criadora, impacto da “cura” pela psicocirurgia. Outros dois pacientes da Seção, Laura e Anderson, passaram pela terapêutica e Nise elaborou o trabalho *O mundo das imagens* (1992) comparando as produções artísticas dos pacientes antes e após a psicocirurgia (MELO, 2009).

sentido de afirmar que a psicocirurgias poderia provocar danos intelectuais permanentes – apesar de citarem diversos trabalhos que demonstravam prejuízos nesse sentido –, pois os entusiastas da técnica queriam insistir que para aqueles com “bom nível intelectual”, a psicocirurgia não provocaria déficit intelectual (LONGO et. al, 1949: 129-137). Porém, ainda que escassos, os efeitos adversos podem ser vislumbrados em meio a algumas das narrativas sobre os resultados da leucotomia nos dossiês clínicos.

As primeiras complicações advindas da intervenção cirúrgica são vistas no relato de uma paciente que já havia sido operada por leucotomia e que continuava com seu quadro inalterado. Por isso, foi indicada para a “lobotomia de F.W. antes de ser removida para as colônias”. A operação não pode ser finalizada porque, após a incisão do couro cabeludo, ela teve grande hemorragia (RG 22.716). No caso de outra paciente, em uma folha das “Clínicas especializadas” lemos: "URGENTE - a paciente foi submetida à leucotomia e atualmente apresenta um quadro infeccioso com febre alta" (RG 44.114).

Há também o caso da paciente branca, casada, que após ter passado por tratamento com eletrochoque e cardiazol “não obtendo melhoras”, foi operada em 1952 de leucotomia transorbitária. Diagnosticada com esquizofrenia hebefrênica, após a cirurgia começou a apresentar manifestações convulsivas que antes nunca havia tido (RG 29.267).

Já paciente de negra, solteira, operada aos 20 anos com diagnóstico de esquizofrenia, apresentou “rigidez afetiva volitiva em parte relacionada com os dois tempos da leucotomia de Freeman”. Por esse motivo, os médicos informavam na documentação que iriam tentar estimular o seu psiquismo com o cardiazol (RG 48.814).

A paciente japonesa, casada, com 35 anos, considerada com esquizofrenia catatônica, tem um extenso relato após a “lobotomia por via frontal”. Nela os médicos observaram “roda denteada no braço esquerdo e resposta em leque bilateral”. Depois da cirurgia, ela voltou para o pavilhão com a “consciência obnubilada” e desde então só se alimentava por sonda, “quando antes era uma verdadeira gulosa”. Ficava no pátio quieta, abria os olhos quando a chamavam, mas não falava e não denotava compreensão. Na avaliação notificam ainda que ela “Baba, não assoa o nariz e, mesmo o alimento que lhe é posto na boca, conserva- aí sem mastigar e sem deglutir. Tem os pés e mãos frios e cianóticos” (RG 29.502). Essa paciente faleceu em 1947 de caquexia.

### 3.3.3. Instabilidade dos resultados

Tanto os dossiês clínicos quanto relatos publicados demonstraram que em mais da metade dos casos que a eficácia terapêutica era temporária e instável. Considerando-se a totalidade de casos de remissão, todos os pacientes receberam alta ou licença de prova. Após as saídas do hospital atribuídas à psicocirurgia, 46,25% dos pacientes não foi reinternado e 53,84% deles retornaram ao Juquery (ver gráfico IX, em Anexos, pág. 290). Dentro da quantidade de pacientes reentrados, percebemos ainda que a maior parte deles era de pacientes do sexo feminino, somando 85,72% do total das reinternações (ver Gráfico X, em Anexos, pág. 291). A trajetória de alguns pacientes é substancialmente elucidativa para a compreensão desses números.

Uma paciente diagnosticada com encefalite “com agitação e graves tendências agressivas”, depois de ter passado por tratamento com cardiazol, eletrochoque e insulina – sem resultado algum, pois continuava “agitadíssima” –, foi operada em 1943. Considerada com “remissão completa” obteve alta no ano seguinte. A paciente, contudo, recidivou e foi reinternada em 1945, quando passou pela segunda técnica operatória, a leucotomia bilateral segundo a técnica de Freeman e Watts – “em um só tempo, em vista de sua grande agitação e agressividade”. Até o momento da publicação do artigo “Resultados Clínicos da Leucotomia”, em 1947, a segunda cirurgia não a havia influenciado, e ela continuava internada com o quadro clínico de agitação e agressividade (YAHN et al., 1951: 45). Mas esse não foi o fim da trajetória dessa paciente. Ela passou ainda por uma terceira operação, que resultou em uma série de complicações e na sua morte cerca de quatro meses depois. Após saída com remissão pela primeira intervenção, seu caso recidivou, resultou em mais duas operações e na morte da paciente.

Outra interna, que apresentava, segundo relatos da enfermagem, uma “acentuada remissão pós-operatória”, paulatinamente piorou, voltando quase ao que era ao exame de entrada no asilo: “apática, parada, com processos mentais lentos e hesitantes, assim como os seus movimentos, considerado então como um “negativismo ativo e hostil”. Por esse motivo foi solicitada a sua remoção para a Colônia”. A justificativa na folha de remoção era a de “resistência a vários tratamentos. Não temos nada mais por fazer. Deixada em paz não dá trabalho. Se estimulada, facilmente se irrita, tornando-se hostil” (RG 48.625).

Como vimos, muitas vezes as recidivas levavam determinadas pacientes a novas cirurgias, e por mais de uma técnica. Isso aconteceu também com a paciente branca,



operada aos 14 anos em função do diagnóstico de personalidade psicopática amoral e que após cerca de ano de melhora, apresentou-se novamente “insubordinada” e “agressiva”. O médico indicou, então, sua remoção para as colônias, recomendando na folha de remoção: “se o comportamento da paciente continuar mau, fazer novos tipos de leucotomia” (RG 32.486).

Assim, a recidiva ou persistência de sintomas vinculados à agressividade, agitação e desobediência estão certamente entre os fatores que levaram ao uso sucessivo de mais de uma técnica cirúrgica, o que ocorreu em 18,58% dos casos. Não averiguamos nenhum caso dos pacientes do sexo masculino no qual foi feita mais de uma técnica ou mesmo mais de uma intervenção. Mesmo a leucotomia em três tempos, indicada para “desvios de conduta, impulsividade, agressividade e perversidade” e que consistia em três intervenções cirúrgicas (RG 48.274), foi uma técnica praticada apenas em pacientes do sexo feminino dentre todos os prontuários que foram encontrados no acervo ao longo dos vinte anos investigados.

Esse resultado é ainda mais relevante considerando-se que 54,54% dos pacientes homens operados foram considerados não influenciados ou piorados pela cirurgia. Os achados da pesquisa demonstram que, no caso de pacientes mulheres, houve não apenas uma maior incidência da prática psicocirúrgica em tempos gerais, segundo a variável por sexo, mas que diante do “insucesso terapêutico”, houve frequentemente o uso de novas intervenções que fizessem ceder os sintomas. Além da incidência e reincidência das operações em pacientes do sexo feminino, pelas reentradas inferimos não apenas a falta da eficácia terapêutica constada após as operações, mas uma menor tolerância em termos sociais, familiares e médicos com o que se nomeava psicopatologia para essas mulheres.

### **3.4. A dupla inscrição: psicocirurgia e Colônia Feminina**

Nos itens anteriores, ao relatar a trajetória de pacientes operadas pelas técnicas psicocirúrgicas no Juquery, notamos que muitas delas foram, em seguida, encaminhadas para a Colônia Feminina<sup>159</sup>. Esse foi o destino de 53,14% das mulheres submetidas às cirurgias, sendo aquele um espaço expressamente destinado a pacientes crônicas<sup>160</sup> e sem

---

<sup>159</sup> Geralmente esse dado aparece na folha intitulada “Boletim de Remoção”, onde se indicam o motivo de transferência do paciente (para a colônia ou outro pavilhão). Em muitos casos, encontramos essa indicação na própria folha de psicocirurgia, no tópico em que se avaliam os resultados da intervenção.

<sup>160</sup> A cronicidade dos pacientes das colônias dentro da psiquiatria brasileira já foi ressaltada em diferentes trabalhos históricos sobre o tema, como os de Amarante (1982) e de Venancio (2011).

esperança terapêutica (TARELOW, 2013: 161; PIZZOLATO, 2014: 286). A “remoção para as colônias” aparece também, em alguns documentos clínicos como uma opção ao lado da indicação da leucotomia, e na escolha pela psicocirurgia vemos a tentativa de adequação dessas pacientes a um perfil “mais calmo”, desejável para aquele setor do hospital.

Isto é o que vemos sobre uma paciente considerada melhorada porque sua “agressividade cedeu” após a cirurgia e cuja remoção para as colônias foi indicada na própria folha de psicocirurgia. No seu exame pós-operatório, ela foi considerada melhorada nos seguintes termos: “Não é mais destruidora e a agressividade diminuiu. Atualmente passa mais tempo a colorir. É mais aseada. Remover para as colônias”. A agitação da paciente, provocada pela administração de outras terapêuticas, teria cedido com a leucotomia, permitindo sua transferência para a colônia (RG 41.488).

No caso da indicação de psicocirurgia para uma jovem moça de 15 anos, ficam novamente bastante evidentes os critérios de seleção para a psicocirurgia. Os médicos a consideram uma “doente intratável, animalizada, em negativismo ativo e hostil o tempo todo, suja”. Considerado como um “caso irreversível”, eles solicitam a psicocirurgia “para ver se a sossegamos” (RG 31.525). Sem esperança terapêutica, anseia-se ao menos diminuir um comportamento considerado agressivo/agitado<sup>161</sup>.

Encontramos nos documentos clínicos do Juquery a reafirmação reiterada da indicação da psicocirurgia para pacientes de comportamento hiperativo e agitado, com a finalidade explícita de torná-los “mais acessíveis e de mais fácil manejo, embora tenham de continuar hospitalizados” (LONGO et al., 1956: 274). Esse resultado já era considerado positivo em fins de 1940, quando os cirurgiões opinavam que, após a operação, havia significativa melhora no comportamento de pacientes de longa duração da moléstia, “tornando a hospitalização e a enfermagem mais facilitadas e trazendo ao doente maior acalmia e bem-estar” (LONGO et al., 1949: 136).

O que é intrigante, porém, é que consideradas findas as possibilidades terapêuticas resultantes da psicocirurgia, pacientes foram encaminhadas às colônias ainda que os

---

<sup>161</sup> Em boa parte dos casos, “agitação” e “agressividade” parecem características complementares, mas há casos em que consta apenas “agitação” e a paciente passa por psicocirurgia (exemplo: RG 48.375, diagnóstico de demência senil).

médicos as julgassem inalteradas da agitação. É o caso de uma paciente 26 anos, branca, casada, que foi operada em 1952. Os médicos relatam em seu prontuário que: “Foi submetida à leucotomia, todavia seu comportamento continua um problema à enfermagem, agride as companheiras de forma impulsiva e violenta. Risos sem motivo, solilóquios. Excitação motora. Achamos aconselhável sua remoção para as colônias” (RG 48.984). O mesmo aconteceu com outra paciente, que foi transferida para as colônias em 1953 após ter sido leucotomizada e continuar a apresentar quadro crônico, delirante e com “crises de excitação psicomotora durante as quais, segundo os médicos, se mostrava “agressiva” (RG 48.458). Essas pacientes representavam casos de insucesso terapêutico em todos os aspectos sintomáticos, inclusive em relação à agitação.

Com esses exemplos, esperamos ter demonstrado que, em alguns casos, para pacientes consideradas crônicas e agitadas, a leucotomia aparece como terapêutica calmante antes de seu envio para as colônias. Em outros, apesar da tentativa pela psicocirurgia e aferido um estado de cronicidade, elas foram enviadas às colônias ainda que esses sintomas não tenham desaparecido.

A colônia figurou ainda como uma “opção” ao lado da leucotomia para aquelas de mau prognóstico, mas aparentemente sem comportamento agressivo ou agitado. Por isso, não raro vemos indicações como “faça-se a lobotomia antes de ser removida para as colônias”. É o que encontramos no relato sobre uma paciente considerada crônica, com “ligeira tendência ao rebaixamento psíquico”, para quem os médicos julgam “conveniente” transferi-la para a colônia. Antes, porém, um deles registrou: “Tentaremos no caso a leucotomia transorbitária antes de decidirmos enviá-la para as colônias” (RG 48.265). Aqui a cirurgia parece ser uma última tentativa de remissão dos sintomas antes de encaminhá-la para o último dos destinos. Encontramos outra indicação semelhante para outra paciente operada em 1945: “Tem ideias eróticas. Tentaremos a lobotomia cerebral de Egas Moniz, mas fazemos mau prognóstico. Pode também ser removida para as Colônias” (RG 26.011).

Nos últimos casos citados, parece mais evidente o caráter experimental e tentativo, uma vez que as pacientes não pareciam ter bom prognóstico. Nessas mulheres não agressivas, a psicocirurgia seria feita no sentido de explorar uma ínfima expectativa de melhora – e funcionando, ao menos, como terreno fértil de pesquisa e de desenvolvimento da técnica.

Outra referência importante que aparece nos documentos clínicos, além disso, é o abandono dos familiares. Muitas das pacientes, quando a família não retorna para retirá-las do asilo após a crise, acabam também nas colônias. A questão do abandono fica explícito na documentação em muitos casos, como assinalamos anteriormente e nos registros de uma paciente no qual o médico comunica que “Se a família não a retirar será removida para as Colônias ou submetida à lobotomia” (RG 31.376).

Podemos ainda considerar a interação das pacientes e sua remoção para as colônias sob outra perspectiva: em 1947, já se chamava atenção para as possibilidades de reeducação de pacientes leucotomizados como contribuição para o que se considerava bons resultados da psicocirurgia. Antônio Carlos Barretto, na comunicação “Psicocirurgia: seleção e reeducação de doentes” feita ao Centro de Estudos Franco da Rocha (BARRETTO, 1947: 302), reportava os resultados que obteve em diferentes grupos de pacientes e salientava a necessidade de cuidados pós-operatórios para a otimização dos resultados, valorizando aí “o papel da enfermagem especializada na reeducação dos doentes submetidos à psicocirurgia”.

É difícil tirar conclusões sobre o tratamento legado aos pacientes no pós-operatório, uma vez que não encontramos em nenhum prontuário descrição de atividades de caráter educativo e/ou adaptativo direcionadas às internas e aos internos operados. Às trajetórias das pacientes operadas enviadas à colônia, soma-se ainda uma configuração de desamparo que elas encontravam naquele espaço. Sintomático desse aspecto são os casos de morte de mulheres que se encontravam ali no começo da década de 1940. Em “Efeitos da hiperinsolação entre doentes mentais hospitalizados”, os médicos Edgar Pinto César e José P.G. D’Alambert narravam um considerável aumento de óbitos no hospital, todos em mulheres. As pesquisas sobre o cotidiano da ala feminina no qual investiram esses dois médicos, demonstrou que as mortes estavam relacionadas à superlotação, que obrigavam às mulheres a ficarem muito tempo na área externa dos prédios sujeitas à insolação diurna e ao frio noturno. Diferente do que se via na ala masculina, os pátios femininos não eram protegidos por árvores, que ajudavam a abrigar os pacientes em momento intempéries (MOTA e SCHRAIBER, 2012: 233-234).

A remoção para as colônias estaria também em desacordo com as conclusões sobre a lobotomia no trabalho com pacientes de hospital privado de Paulino Longo et al. (1956). Chamando atenção para as especificidades da estrutura hospitalar privada (que

diferia das do Juquery), os médicos afirmavam categoricamente que a operação deveria ser indicada apenas nos casos em que a família se mostrasse interessada na reabilitação pós-operatória do enfermo, pois ainda que obtivessem “brilhantes resultados iniciais”, o trabalho poderia ser inutilizado sem a cooperação familiar.

No caso do Juquery, encontrei apenas um prontuário que trata do envolvimento da família de um paciente no pós-operatório. Trata-se de uma paciente branca, operada aos 29 anos com diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica, em 1942. Na segunda saída após a operação, segundo os médicos, “foi-se adaptando aos poucos e agora nos informou o marido que seu comportamento é ótimo”. Por esse motivo o esposo pede que lhe concedam alta, ao que os médicos notificam: “Cremos que a remissão social foi provocada pela leucotomia. No entanto, a persistência dela segunda, sem dúvida, dos cuidados da família, que foram dos mais completos, durante o tempo em que a paciente esteve em casa”(RG 22.651).

Este caso, contudo, é uma exceção à regra encontrada em relação à maior parte dos pacientes operados. Há um outro prontuário, de caráter ainda mais excepcional pois que nele os médicos registram que pediram, de fato, a participação da família no pós-operatório. É o de um paciente, branco, solteiro, operado em 1953 aos 19 anos, que havia sido diagnosticado com *imbecilidade e liberação instintiva sexual*. O psiquiatra escreve que: "Tendo sido o paciente submetido à operação em 22-3-1953 e tendo sido notadas modificações na sua conduta, solicitamos aos seus parentes que realizem uma experiência, afim de verificar as possibilidades de readaptação do mesmo. Concebemos hoje licença de 90 dias, afim de que possa ser retirado" (RG 49.884). Não há esclarecimentos posteriores. Outra paciente, branca, casada, epilética, que havia sido operada em função da irritabilidade, não teve a mesma sorte: foi licenciada como melhorada, mas voltou ao hospital “por incompatibilidade ao meio familiar” e enviada para a colônia (RG 38.493).

Assim, o trajeto final da internação da maioria dessas pacientes foi a transferência para as colônias. Após internadas no Hospital Central, que guardava o “foco de interesse científico no sentido de concentrar as práticas médicas de cura”, elas eram “removidas” para aqueles espaços onde os pacientes não mais representavam “interesse propriamente médico” (CUNHA, 1986: 74). Um caso exemplar dessa orientação é o da paciente cuja conduta “de todo pueril e irresponsável” contraindicava a licença e, de outra parte, “não

era considerada “desviada a ponto de [se] sugerir a leucotomia”. Apesar de frequentemente chorar, cantar, dizer despropósitos, manifestar desagregação e de ser irresponsável, segundo o psiquiatra, ele concluía que ela era “o caso ideal para a colônia”: “Limpa, disciplinada não dá trabalho especial” (RG 46.170).

Como vimos, muitas pacientes menores e maiores de idade tiveram esse destino. Antes de enviá-las, a psicocirurgia atuou na tentativa de conformação dessas pacientes, consideradas crônicas, a um modelo de paciente calmo e menos desviado que seria adequado para aquele espaço. Ainda, há casos em que vemos que o destino era bifurcado: a psicocirurgia ou a colônia. A escolha final dos médicos pela psicocirurgia, nesses casos, demonstra pouca esperança de supressão de sintomas e evidencia o caráter experimental dessas tentativas operatórias. Os casos de pacientes do sexo masculino compõem uma dinâmica específica em relação à psicocirurgia, que difere daquela encontrada para pacientes mulheres, nos quais o caráter experimental é menos manifesto e cujos números e trajetórias demonstram um distanciamento maior da psicocirurgia.

### **3.5. Psicocirurgia e pacientes do sexo masculino: dados da análise quantitativa e trajetórias**

A dinâmica no caso da psicocirurgia em homens parece ter sido diferente do das mulheres do complexo asilar. Para começar, 50% dos casos operados era de homens internados no Hospital Central no momento da cirurgia enquanto os outros 50% era de homens que já haviam sido deslocados da Divisão Colônias do Juquery para serem operados no HC. Assim, em metade dos casos, os pacientes tinham que ser enviados da colônia masculina para o HC para se submeterem à psicocirurgia.

Na página de tratamento da paciente com diagnóstico de debilidade mental, logo de sua entrada foram indicamos como tratamento “reconstituintes e remoção para a Colônia após período de observação”. Uma vez nas colônias, apresentando-se agitado, “foi feita a leucotomia” (RG 46.162). Outro paciente, operado em 1953, branco, solteiro, 29 anos, com diagnóstico de epilepsia, havia passado um mês no Hospital Central antes de ser enviado para a colônia. Para que fosse operado, teve de ser novamente encaminhado ao HC para passar pela psicocirurgia (RG 48.885). Um terceiro paciente, com diagnóstico de epilepsia, foi enviado para a colônia masculina no mesmo ano de entrada e quatro anos depois, considerado “briguento e de mau comportamento”, foi operado no HC (RG 31.973).

Foi possível também verificar que o retorno desses pacientes ao Hospital Central para serem operados era causado comportamentos de agitação ou agressividade, o que é exemplarmente relatado sobre o paciente de RG 46.732. Internado em 1950 com diagnóstico de neurosífilis e enviado 6 meses depois para a colônia, esse paciente teria continuado extremamente problemático, como nos relata o médico responsável: “Vindo para esta Colônia agitado, agressivo, destruidor, não se alimentava e era necessário mantê-lo na rotunda. Diante disso resolvi mandar submetê-lo [no Hospital Central] à leucotomia pré-frontal, após o que os problemas acima desapareceram, e embora continue em estado demencial, pode ser mantido entre os demais pacientes sem que haja perigo” (RG 46.732).

É preciso considerar que as colônias masculinas obedeciam, dentro do hospital, a uma finalidade distinta daquela das colônias para mulheres, cujo trabalho era voltado para práticas manuais realizadas em espaços internos daquela sessão (PIZZOLATO, 2014: 286). Tarelow (2013) ressalta que até fins da década de 1930 as falas dos internos das colônias eram permeadas de comparações entre o regime no qual viviam e o regime penitenciário. Não é incomum ver que a matrícula de pacientes do sexo masculino era cancelada por motivo de evasão. Em 1943 o relatório do SNDM chamava atenção para o controle que se procurava fazer nesse sentido, uma vez que as colônias masculinas possuíam mais seguranças do que enfermeiros (CAMARGO, 1943: 149)

Cunha acredita que o trabalho destinado aos internos do sexo masculino não visaria, necessariamente, a reincorporação desses pacientes ao mercado de trabalho (ao menos até meados da década de 1920). A principal justificativa para o grande contingente masculino no trabalho agrícola do Complexo, segundo Franco da Rocha, algumas décadas anteriores, era de que “a maior parte dos nossos doentes provém da classe de trabalhadores da agricultura, habituados ao serviço de dez a doze horas por dia”. Diante dessa alegação, Rocha questionava: “Que fazer? Transformá-los em alfaiates, sapateiros, tipógrafos?” (ROCHA, 1900, como citado em CUNHA, 1986: 72). A conclusão do então diretor do hospital contrasta, contudo, com a origem de 79,8% dos internos apurada pela autora, provenientes dos meios urbanos. Segundo constava nos registros da época, essa quantidade de pacientes era composta de “operários e outras profissões urbanas, indigentes e mendigos, criminosos e contraventores, em comparação aos de “origem rural”, grupo composto por “fazendeiros, colonos, trabalhadores rurais, pequenos proprietários” (CUNHA, 1986: 73).

As internações masculinas eram, em sua maior parte, vinculadas ao trabalho e a uma obrigação produtiva (TARELOW, 2013: 102). A produção das colônias para homens, voltadas para a pecuária e para a lavoura, permitia que Fábio Sodré afirmasse, em 1945 que "Consegue-se assim em Juquerí o aproveitamento da maior parte da capacidade economicamente rendosa dos pacientes das colônias" (SODRÉ, 1945: 320). A internação desses pacientes giraria então, sobretudo, em torno de sua manutenção nos espaços dedicados à laborterapia e à produção advinda dela.

A racionalidade terapêutica encontrada nas colônias seria, nesse sentido, distinta daquela do Hospital Central, voltado efetivamente para uma aplicação mais contínua e rigorosa de tratamentos. É também por essa razão que são principalmente pacientes mulheres operadas no HC que compõem a nossa documentação. Apoiando tal perspectiva, Tarelow cita um relato médico presente no prontuário de um paciente internado numa colônia para homens no ano de 1956. Este paciente estaria internado há cerca de 24 anos, "sem ainda ter observação psiquiátrica". As únicas anotações sobre o paciente datariam de 1950, dezoito anos após a internação. O médico, diante deste quadro, concluía que: "Como este, existem vários internados que se encontram nas colônias há cerca de 20 anos e que ainda não possuem observação psiquiátrica; se apresenta intercorrências, são vistas pelos médicos, caso contrário, caem em anonimato" (TARELOW, 2013: 127).

Esta mesma lógica compunha as indicações sobre a psicocirurgias no nosso recorte temporal: os pacientes homens das colônias não passavam pelo mesmo critério médico de avaliação e prescrição de terapêuticas das pacientes. É preciso, igualmente, refletir sobre outro aspecto: as internações nas colônias masculinas pressupunham também uma produção agrícola e pecuária. Diante disso, e das sequelas que a psicocirurgia poderia gerar, os pacientes produtivos podem ter sido considerados pouco afeitos à cirurgia, a não ser como último recurso. E ao que indicam nossas fontes, isso ocorria quando eles passavam a impor sérios problemas à ordem da seção.

Foram excluídos da nossa amostragem dois casos de pacientes operados no Manicômio Judiciário do Juquery. Há, contudo, uma publicação sobre operações que foram realizadas nos pacientes daquela instituição com os diagnósticos de esquizofrenia, epilepsia e psicopatia, datando uma única cirurgia em 1944 e o restante delas entre 1947 e 1948. Os resultados, que foram apresentados no V Congresso Brasileiro de Neurologia,



Psiquiatra e Medicina Legal em 1948, foram demonstrados em tabelas detalhadas, separadas por grupos diagnósticos e com colunas que especificavam os “sintomas dominantes”. Naquela pesquisa haviam sido selecionados 50 esquizofrênicos, 3 pacientes com psicoses mistas, 7 com epilepsia, 12 casos de personalidade psicopática e 2 casos de síndromes perversas com “graves desvios de comportamento”, todos operados (TANCREDI e PIMENTA, 1948: 142). O artigo não apresenta o decurso dos pacientes, o que não nos possibilita acesso a detalhes da trajetória de internação dos mesmos. De todo modo, concluiu-se que a leucotomia pré-frontal era indicada para “corrigir reações explosivas em psicóticos, psicopatas e epiléticos” homens e que se devia também “tentar a leucotomia pré-frontal nos quadros perversos pós-encefálicos” (TANCREDI e PIMENTA, 1948: 144) por causa de alguns resultados positivos.

Em relação aos outros pacientes do sexo masculino que passaram pela cirurgia quando internos do Hospital Central, vimos também, entre os relatos médicos citados, que as indicações respondiam quase sempre a problemas de conduta, sobretudo segundo aspectos de agressividade e agitação, como em relação a brigas no pavilhão. Em apenas um caso encontrado, tentou-se a leucotomia exclusivamente em função das crises epiléticas que o paciente apresentava e, considerando-o melhorado, os médicos o enviaram para a colônia (RG 42.241).

Como vimos anteriormente, ainda que a internação de mulheres durante o período analisado seja de cerca de 63,71% do total das internações do Hospital Central, o número de pacientes do sexo masculino operados ali é proporcionalmente bem menor do que o de mulheres. O que a estatística nos mostra é que, somando-se os casos de pacientes homens que passaram pela psicocirurgia no Hospital Central encontramos 7,7% das operações, em contraste com 92,3% de mulheres submetidas a psicocirurgia dentro daquela seção. Isso evidencia que, ainda que o Hospital Central fosse um espaço onde prevalecesse o investimento em processos terapêuticos, em relação à psicocirurgia houve uma clara predominância das operações em pacientes do sexo feminino.

Veremos ainda, no capítulo seguinte, quando tratarmos mais especificamente da questão de gênero em torno dos casos, um aspecto da operação em quatro homens que não é evidenciado na documentação primária, mas que norteou a intencionalidade da aplicação da terapêutica. São sintomas de caráter homossexual, indicados por termos como “pederasta passivo” ou “pederasta ativo”.

Passemos agora aos aspectos ligados à autorização para as operações em pacientes em idade adulta. Eles servem novamente à elucidação de aspectos referentes às operações em mulheres e mais ainda: propomos que acompanham os debates éticos sobre experimentação terapêutica em fins da década de 1940 ligados à diminuição das operações em início dos anos 1950.

### **3.6. Autorizações, pavilhões e direitos humanos**

As autorizações para a psicocirurgia são um elemento específico na documentação: elas explicam alguns aspectos de sua utilização no hospital, se referem a questões éticas que a envolveram e trazem novas facetas da terapêutica, em especial dados sobre a perspectiva dos familiares dos pacientes. Diante dos riscos aos quais os pacientes estavam expostos com a operação, podemos afirmar que a autorização para a intervenção não deveria ser uma questão negligenciada. De fato, a tese de Jaime Vianna *Lobotomia pré-frontal (indicações, técnicas, cuidados pré e pós-operatórios)*, publicada na Bahia em 1946, demonstra preocupação acerca da anuência do paciente ou da família para a realização da operação:

Todo paciente que se vai submeter à lobotomia pré-frontal deve ser preparado como para qualquer intervenção craniana. A primeira medida a ser tomada é obter uma autorização por escrito do paciente (quando está em condições) ou de um parente próximo e, se possível, de dois membros da família) (VIANNA, 1946: 63).

A preocupação com as autorizações aparece também na obra *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais* (YAHN et al, 1951a), nos seguintes termos:

A possibilidade de reações antissociais ulteriores dos operados ou processos judiciais por dano e prejuízos, são eventualidades possíveis, das quais se podem salvaguardar o psiquiatra e o neurocirurgião exigindo a autorização por escrito, do paciente ou de seu responsável antes de praticar a operação. O problema tem, porém, importância mais teórica do que prática, porque restrições que nascem do temor dos insucessos acabam por trazer mais malefícios que benefícios (YAHN et al, 1951a: 20).

O trecho acima, originalmente publicado em artigo de Mário Yahn de 1946, explicita a apreensão do médico do Juquery no mesmo ano da publicação de Jaime Vianna. Contudo, a ressalva que se segue à explicação de Yahn demonstra que, para ele, as autorizações possuíam principalmente o poder de resguardar os médicos de possíveis ocorrências judiciais após operações. Assim, a ausência de permissões para sua realização

– por parte do paciente ou de seus responsáveis – não deveria se impor como limitação suficiente nos casos em que os médicos as julgassem necessárias.

Nos registros clínicos do Juquery, com exceção às autorizações para pacientes menores de idade, apenas 6,41% dos dossiês clínicos de pacientes adultos leucotomizados continham autorizações (ver imagem III, em Anexos) desse tipo. Todas elas foram concedidas pela família do paciente ou pelo diretor do hospital, não havendo nenhum caso de consentimento dado pelo próprio paciente. É possível, contudo, que algumas autorizações tenham se perdido ou que os dados sobre o assunto não tenham sido anotados, do mesmo modo que não encontramos as folhas de psicocirurgia de todas as operações. Assim, são menos as ausências – embora significativas – e mais o período no qual finalmente encontramos as autorizações para adultos que chamam atenção: de 1948 a 1952 (ver gráfico XI em Anexos, pág. 291).

No total, 80% das autorizações foram solicitadas para pacientes mulheres e 20% para pacientes homens. Também elucidativa é a quantidade de operações segundo os espaços de internação. No que diz respeito aos homens, 50% de autorizações foram solicitadas para familiares de pacientes internos na colônia e 50% para pacientes internados no Hospital Central, o que é proporcional aos espaços onde estavam internados. Já em relação às pacientes do sexo feminino, 87,5% das autorizações encontradas diziam respeito a pacientes internadas no 1º Pavilhão de Mulheres e 12,5% no 5º Pavilhão de Mulheres. Esse número contrasta com a grande porcentagem de mulheres operadas do 5º Pavilhão ao longo do período de análise, sendo este um lugar privilegiado de aplicação das psicocirurgias tanto de acordo com as pesquisas publicadas no período como quando se refere aos achados desta pesquisa. Esse pavilhão foi responsável por 51,38% do total das mulheres operadas ao longo do período, enquanto que o 1º Pavilhão foi responsável por apenas 10,41% das pacientes operadas.

É notável também que o número de pacientes operadas no 5º Pavilhão decresceu a partir 1949, caindo para 31,34% do total de mulheres operadas até 1956. O ano de 1949 é exatamente o mesmo ano em que as autorizações para as operações em pacientes adultos começam a figurar explicitamente como obrigatórias na documentação. A partir daquele ano, também notamos que as psicocirurgias deixavam de estar tão nucleadas, passando a ser uma terapêutica com maior circulação por entre os pavilhões.

Junto ao aumento das solicitações para a cirurgia em adultos desde 1948, encontramos as primeiras trocas de correspondência externa sobre a permissão para a operação em 1949, com a incisiva solicitação do psiquiatra do Hospital Central ao diretor para que um paciente do sexo masculino fosse operado sem demora. Sobre o paciente, “desenhista”, internado em 1934, o psiquiatra escreve:

Reexaminei-o agora e parece-me indicado a Leucotomia cerebral no caso. Creio mesmo, dada a conservação do nível psíquico, que é possível haver remissão. Assim sendo, peço fazer chegar este meu ponto de vista ao médico da 4ª Colônia, a qual o paciente pertence, afim de que possa obter tanto de sua parte como da parte daquele a necessária autorização e liberdade para agir no caso (RG 277).

Não sabemos se, nesse caso, a cirurgia foi autorizada. O paciente faleceu em fevereiro de 1950, mas não há como afirmar que tenha sido em função da operação uma vez que não há autópsia ou nada que indique a causa de morte. O relato é, contudo, bastante elucidativo no sentido de demonstrar, que nesse caso, a decisão não passou apenas pelas mãos do psiquiatra que geralmente indicava a operação. Houve aí a necessidade de se recorrer à uma outra esfera superior: a direção do hospital. Nesse caso, pela longa internação do paciente e por ele ser de origem italiana, possivelmente o acesso à família para autorização foi dificultado. Não sabemos se nos anos anteriores havia também a necessidade do diretor da Divisão Colônias do Juquery para que os pacientes dali fossem operados. Nesse caso, a necessidade de autorização por parte do da Divisão explicaria também a menor facilidade para a realização de cirurgias naqueles pacientes.

O pedido de autorização para o diretor do Hospital Central não aparece, contudo, apenas em relação ao paciente da colônia. Também no prontuário de uma paciente do sexo feminino internada no 7º Pavilhão de Mulheres encontramos uma solicitação semelhante: “Pedimos ao [nome do diretor], autorização para leucotomia, uma vez que o responsável (conhecido) não respondeu ao pedido de autorização”. Nas observações da folha de psicocirurgia da paciente, consta a indicação para operação em 1951: “A paciente nos parece ter sido internada pela polícia, não havendo responsável, nem alguém que por ela se interesse. Vamos nos informar e enviaremos para a Cirurgia com cartão nesse sentido”. No ano seguinte, ela passou por uma lobotomia transorbitária bilateral de Fiamberti-Freeman (RG 48.458). Esse caso explica que, na ausência de familiar que concedesse a autorização, ela deveria vir do diretor da instituição.

O mesmo aconteceu com uma paciente de 30 anos, negra, com diagnóstico de melancolia. Na folha de psicocirurgia consta anotado: "Autorização para operar concedida pelo Diretor em 15-10-1951" (RG 40.884). Outra paciente, esquizofrênica, 22 anos, "amarela", solteira, tinha autorização dada pelo diretor em outubro de 1950 nos seguintes termos: "Autorizo que seja feita a leucotomia na doente [nome da paciente] por quem sou responsável perante esse estabelecimento" (RG 42.460).

Um documento riquíssimo que nos elucida sobre as permissões para a psicocirurgia já na década de 1950 é o da paciente branca, solteira, diagnosticada com "epilepsia do grupo psicótico-epilético". Em seu prontuário há detalhes burocráticos sobre a autorização para a operação no 5º Pavilhão de Mulheres. Diante da impossibilidade de se pedir à família a autorização para a operação da paciente, o diretor da seção solicitou permissão para ao diretor do Hospital Central em 1951 (RG 30.078).

Até então, ela já havia passado por três cirurgias e foi encaminhada para a quarta sobre o argumento de que "não foi influenciada pelas outras operações. Continuava a apresentar a mesma agressividade e perversidade". Foi tentada, em seguida, uma quarta cirurgia em 1950, mas devido à hemorragia intensa, ela não pode ser concluída. A partir de então, segue um longo debate registrado para que nova cirurgia fosse ser feita (RG 30.078).

Há uma carta do psiquiatra, naquele momento Chefe da Clínica Feminina, no qual ele demonstra hostilidade em relação a um dos neurocirurgiões, dizendo que o mesmo não possui nenhuma jurisdição no pavilhão [5º PM] e pedindo ao diretor do Hospital Central que lhe encaminhe diretamente a correspondência sobre a autorização. A seguir, encontramos um comentário do psiquiatra no dossiê da paciente, informando que "Em 1-8-1951 o Diretor solicitou autorização da família para a paciente ser operada". A correspondência voltou [aparentemente sem resposta] e ele pediu novamente ao diretor que a cirurgia fosse feita sem deixar de mostrar seu descontentamento: "Que burocracia!". Apesar de não haver autorização em anexo, parece que ela foi concedida, uma vez que a paciente passou pela quarta operação (pela terceira técnica diferente), em função dos "distúrbios de comportamento e perversidade". Os médicos concederam-lhe alta em 1952, mas ela foi reinternada naquele mesmo ano e ficou no hospital até 1975, quando faleceu (RG 30.078).

Todo esse processo de maior rigor interno e exigência de autorização fica ainda mais vivo quando vemos o caso da paciente branca, casada, com diagnóstico de epilepsia, internada no 5º Pavilhão. Ela foi operada em 1950 por causa de sua “agitação periódica”, “quando sobe pelo telhado das galerias e faz estragos”. O objetivo era claro, “conseguir alguma melhora psíquica, e não sobre os ataques, que são raros”. Depois da primeira cirurgia, o psiquiatra decidiu operá-la por uma segunda técnica e encontrou resistência de um dos três cirurgiões praticantes da psicocirurgia no hospital, o então Chefe da Clínica Cirúrgica. Há uma extensa anotação por parte do psiquiatra que dirigia a Clínica Feminina:

Apesar da nova disposição criada pelo Dr. [...], chefe da clínica cirúrgica, de não operar sem ordem da família, insisto em que seja operada pelos seguintes motivos: 2) Recebe visitas com longos intervalos; 2) A família não está à altura para ser capaz de autorizar ou não a leucotomia; 3) A paciente já foi operada do QID (1º tempo invertido) sem que a família demonstrasse qualquer desagrado; 4) A paciente é agitada, sobe pelas galerias, faz estragos e corre o risco de se ferir numa das suas correrias. Peço, pois, que seja operada sem maiores restrições para benefício da própria paciente e do próprio Hospital<sup>162</sup>.

Neste caso também não há autorização em anexo, mas a paciente foi operada logo em seguida (RG 44.527). Este último relato se torna ainda mais elucidativo se o consideramos ao lado dos trâmites para a operação da paciente citada anteriormente (RG30.078). As operações das duas pacientes necessitaram da autorização da família e na falta desta, do diretor. Também nos dois casos parece ter havido certa resistência do neurocirurgião, chefe da clínica cirúrgica. Devemos levar em conta que essas operações foram feitas com pacientes do mesmo pavilhão de onde procediam as outras 500 pacientes cujos resultados foram publicados em *Tratamento cirúrgico das doenças mentais* (Yahn et al., 1951), o 5º Pavilhão de Mulheres. Até 1948 não há referência à necessidade de autorização para esses pacientes e nem encontramos solicitação de autorização em seus prontuários. Os dossiês médicos dessas pacientes não instruem sobre qualquer dificuldade para a realização das cirurgias nesse sentido.

O que toda a documentação primária parece demonstrar, portanto, é que a partir de 1948 começa a ser institucionalizada a necessidade de autorização para pacientes adultos que não existia até então. Parece ainda que se fazia necessário o esclarecimento da cirurgia aos familiares uma vez que fosse solicitada, como traz a autorização concedida

---

<sup>162</sup> Grifo do médico.

pelos irmãos de um paciente de 39 anos, branco, casado, internado com neurosífilis na colônia: "Declaramos estar de pleno acordo em que nosso irmão, [nome do paciente], seja submetido a uma intervenção cirúrgica, a leucotomia pré-frontal, cujas características nos foram descritas por seu médico-assistente" (RG 46.732)<sup>163</sup>.

Mas o que o surgimento e crescimento de autorizações em relação aos pavilhões tem a nos dizer? Nos casos do 1º Pavilhão de Mulheres havia clara preocupação dos médicos em consultar a família dos pacientes para a realização da cirurgia nos anos 1950. É o caso de duas pacientes internadas ali, a quem era desaconselhado o uso de tratamentos de choque. Diante de quadros de tuberculose que poderiam se agravar caso não houvesse "sedação psíquica", os médicos solicitaram às famílias autorizações para as intervenções (RG 42.214; RG 44.126). Outra paciente do 1º PM com "psicose pós-parto", 27 anos, branca, casada, encontrava-se em intenso estado de agitação: "Ao ver homens, sempre levanta a saia e diz obscenidades". Seu irmão autorizou a cirurgia em 1951 (RG 49.135).

Diante destes relatos, parecia haver um maior acesso às famílias das pacientes do 1º Pavilhão de Mulheres, diferente daquelas internadas no 5º Pavilhão sobre as quais o neurocirurgião imponha dificuldades para a operação sem a autorização da família. Em 1950, o número de operações nesses pavilhões começou a aumentar, enquanto os casos no 5º PM diminuía em face de disputas e resistências internas para a psicocirurgia. Notamos que esse pavilhão, onde houve maior incidência cirúrgica na década de 1940, se tratava de um pavilhão para o qual eram encaminhadas as pacientes de manejo considerado mais difícil e no qual eram aplicadas mais frequentemente terapias de choque. Uma das pacientes operadas, por exemplo, foi enviada da colônia para o 5º Pavilhão antes de ser submetida à psicocirurgia, "sob alegação de que seu comportamento é mau" (RG 26.342).

Esses dados parecem estar em conformação com aquilo que Cristina Redko analisou em 1991 sobre o espaço de internação de mulheres no Hospital do Juquery. Haveria uma gradação, que condensava nos primeiros pavilhões "pacientes mais conscientes". O 5º pavilhão, recolheria, ao contrário, "pacientes mais perigosas", a ponto de muitas internas não ousarem se aproximar do pavilhão, temendo se misturarem com as ditas "loucas perigosas" (REDKO, 1991: 20).

---

<sup>163</sup> Esse paciente foi operado em 1950 por ser considerado agressivo e destruidor (RG 46.732).

Encontrei entre os prontuários apenas uma autorização para paciente adulto anterior a 1948, e foi dada para uma interna daquele pavilhão. A permissão de 1947 é para a psicocirurgia<sup>164</sup>, de uma paciente, japonesa, diagnosticada com esquizofrenia hebefrênica. Nesse caso, contudo, a autorização obedeceu a uma outra lógica: não foram os médicos que pediram a permissão à família, foi o marido da paciente que solicitou que ela fosse leucotomizada. Na folha de autorização enviada por ele ao hospital, o psiquiatra responsável escreveu: “Julgamos que não compensa submetê-la a esse tratamento”. No mês seguinte, a anotação que se segue comunica que “O marido insiste, motivo pelo qual indicamos hoje o 1º tempo”. A paciente passou por dois tempos da leucotomia em três tempos e, após ser considerada inalterada, foi enviada para a colônia. Ela permaneceu no Juquery até 1995, quando foi transferida para outra instituição (RG 31.802).

No que destoa desses casos, encontrei autorizações solicitadas pela família em outros dois episódios. Um deles é de um jovem de 16 anos internado pela família *para que fosse operado* (ainda que não haja nenhuma confirmação da operação no prontuário) (RG 31.786). Também uma paciente solteira, 26 anos, diagnosticada com esquizofrenia, teve a leucotomia solicitada pela família em 1951, que insistia para que ela fosse operada. Diante da “piora” da sua condição mental, os médicos optaram pela leucotomia, concedendo-lhe alta após a licença, pois sua mãe esteve no hospital comunicando que a paciente gozava de boa saúde e tinha condições de permanecer no meio social. Apesar do bom prognóstico, ela acabou por ser reinternada e enviada para as colônias em 1957 (RG 41.328).

Toda a documentação demonstra, então, que fora os casos em pacientes menores de idade e naqueles em que a família solicitou a operação, a necessidade de se requerer a autorização pacientes adultos começou a ser institucionalizada em 1948. Isso demonstra que a psicocirurgia no Hospital do Juquery pode também ter sido impactada pelos entraves à experimentação científica impostos pelo Código de Nuremberg. O término da guerra e a comprovação dos abusos cometidos sob alegação de pesquisa científica transformou relações sociais e abalou orientações médicas em pesquisa. Naquele momento, questionava-se a capacidade de avaliação daquilo que seria aceitável ou não

---

<sup>164</sup> No ano de 1947 encontrei apenas quatro autorizações anexas em cinco prontuários, e outras quatro para pacientes menores de idade.



em relação ao uso de procedimentos experimentais diante dos perigos que eles impunham, mesmo que motivados por intencionalidade terapêutica (FLECK, 2016: 536).

O Código de Nuremberg, documento de caráter internacional cunhado dois anos após o fim da Segunda Guerra, em 1947, estabelecia princípios éticos de experimentação com seres humanos (ALBUQUERQUE, 2013). Ele reivindicava que toda experimentação clínica deveria ser feita com o consentimento informado do paciente sobre os perigos do procedimento para si e sem apresentar risco para sua vida. O código ressaltava ainda que:

A obrigação e responsabilidade de avaliar as condições sob as quais o sujeito dá o seu consentimento é da pessoa que inicia e dirige os experimentos. Esta obrigação e responsabilidade está ligada a essa pessoa, que ela não pode transmiti-la a ninguém sem ser processada (AMIEL, 2011: 9).

Essa passagem do Código nos remete ao trecho do prontuário no qual o psiquiatra do Juquery explicitava a demanda do neurocirurgião, Chefe da Clínica Cirúrgica, por autorizações das famílias dos pacientes para que eles fossem operados (RG 30.078). Em última instância, ainda que as indicações e avaliações da psicocirurgia fossem feitas por médicas psiquiatras, eram os neurocirurgiões do Hospital do Juquery que as realizavam.

Todo o movimento de maior controle para experimentos médicos foi ainda reforçado pela Declaração Universal Direitos Humanos, ratificada em 1948. Nela se enfatizava a necessidade de se legislar sobre a vida humana após o conhecimento do “desprezo dos direitos do Homem” que “conduziram a atos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade”. Os princípios desses direitos tinham como intenção “o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria” (PIOZZI, 1998: 181).

O contexto de prática da psicocirurgia impõe ainda uma reflexão sobre o perfil dos pacientes psiquiátricos. Especificamente em relação ao Juquery, as internações eram feitas de maneira compulsória pelos familiares ou pela polícia, diante da noção incapacitadora e tutelar que o estatuto de doença mental implicava naquele momento. Além disso, por serem em sua maioria, de baixa condição financeira, tratados de maneira recorrente como “analfabetos” e de pouca cultura e por estarem isolados da família que muitas vezes não os visitava, esses pacientes estavam confiados à escolha médica. Isso parece ter sido especialmente importante em relação às pacientes do 5º Pavilhão feminino,

consideradas mais turbulentas, e sobre as quais, até fins da década de 1940, não parecia ser exigida autorização familiar ou do diretor.

Também no caso de uma das crianças operadas, vimos a necessidade do médico responsável em responder a um juiz de menores sobre o estado da paciente após a operação. Dessa forma, o Hospital do Juquery não apenas participou muito cedo do investimento na psicocirurgia. Ele também foi impactado pelas discussões que impunham limites às práticas experimentais em humanos que prosperaram nos anos anteriores à guerra (LEDERER, 1995) e que passaram por debates rigorosos depois dos julgamentos que condenou os crimes cometidos pelos médicos nazistas (FLECK, 2016: 536).

É preciso, então, compreender a psicocirurgia como terapêutica daquele contexto, atrelada a demandas da psiquiatria e a uma visão de pacientes doentes mentais que orientava suas práticas ao longo do recorte temporal. A história contada aqui, por números e palavras, demonstrou grande investimento da técnica cirúrgica no Hospital Psiquiátrico do Juquery, que foi composta por um perfil de pacientes majoritariamente feminino. Da ascensão à queda da terapêutica naquele hospital, encontramos relatos que envolveram, em sua maioria, a aplicação da terapêutica de último recurso em mulheres, menores e maiores de idade.

### **3.7. Reflexões acerca da análise dos dossiês médicos**

Ao fim da análise dos prontuários médicos, relembrei uma passagem do médico francês Maurice Porot, de 1947. Ao estipular sobre os critérios de seleção de pacientes para a psicocirurgia, Porot citava a incurabilidade severa dos doentes, a durabilidade das desordens mentais e a gravidade do quadro clínico. Mas se aquele médico se preocupava em reforçar esses critérios, isso revelava, ao mesmo tempo, que alguns profissionais recorreriam à psicocirurgia fora desses limites (PARADA, 2016: 44). Mais do que isso, se atentarmos para o último ponto – a gravidade clínica dos pacientes –, ponderamos que este era um padrão arbitrário que respondia também à tolerância de familiares e médicos aos comportamentos disruptivos que os pacientes apresentavam.

Considerando-se a falta de esperanças terapêuticas nesses casos, podemos avaliar que “qualquer melhora” alcançada do ponto de vista médico, ainda que bastante relativa em termos de qualidade de vida e sem implicar na remissão total dos sintomas patológicos, seria lida como uma espécie de sucesso terapêutico. Concordo com Camille

Cardoso quando ela diz que “Nessa lógica, é possível reconhecer o pressuposto de que os resultados obtidos são suficientemente favoráveis” para legitimar a adoção da terapêutica (CARDOSO, 2017, 128). Ao contrário do que Barretto anunciava como utopia terapêutica em 1944, os resultados apresentados nos prontuários não parecem ter implicado em uma diminuição significativa do número de crônicos no hospital, mas na supressão de sintomas de pacientes que impunham problemas à administração e que possivelmente não seriam requisitados pela família.

É preciso, contudo, compreender esses sintomas de forma mais profunda dentro do contexto psiquiátrico daquele momento, no qual a expressão comportamental era entendida em termos de organicistas, de base cerebral. Os sintomas mentais seriam, nessa perspectiva, o “sinal biológico fortemente moldado por códigos pessoais, sociais e culturais” (BERRIOS, 2012: 174).

Como argumenta Pressman, a eficácia de uma terapêutica é frequentemente explicada “em termos de analogia “fechadura e chave”: a droga ou a ferramenta certa desbloqueia um mecanismo fisiológico específico que está causando tantos estragos ao corpo. Mas a medicina nunca está restrita ao corpo por baixo da pele”. Os médicos, nesse sentido, não consertam simplesmente “órgãos danificados”, mas intervêm em problemas atribuídos aos corpos que irrompem na comunidade (PRESSMAN, 1998: 15). Se para Rosenberg (2002) uma doença sempre desnuda aspectos da cultura na qual se manifesta, o estudo da psicocirurgia nos permite refletir sobre padrões sociais que compõem as psicopatologias e em que medida elas foram mais ou menos toleráveis dentro de uma conjuntura específica até, por fim, serem suficientemente graves a ponto de justificar as intervenções cirúrgicas.

Além disso, a terapêutica falhando, seus resultados serviriam à compreensão do funcionamento do cérebro, o que é confirmado pelo interesse dos médicos em autopsiar pacientes que haviam passado pelas cirurgias (RG 22.649; RG 28.180; RG 40.610; RG 41.115) e nas tentativas operatórias localizadas em regiões distintas do cérebro. Os riscos eram menos preocupantes na medida em que não se esperava muito da terapêutica, socialmente falando, para os que eram operados. O que os dados pesquisados demonstraram é que, com relação às mulheres, tais expectativas eram ainda menores.

Mas para compreender como a psicocirurgia foi utilizada na população asilar, é preciso, como Isabelle Perreault (2012) defende, promover uma análise que nos permita

uma aproximação privilegiada em relação a esses discursos, um mergulho nos relatos clínicos (PERREAULT, 2012: 55). Ao mesmo tempo, no sentido de compreender as “forças sociais” que permitiram o avanço das técnicas psicocirúrgica (BERRIOS, 1997), devemos nos debruçar sobre a forma como os médicos percebiam seus “direitos terapêuticos” e como a sociedade em geral concebia os direitos daquelas e daqueles considerados doentes mentais. Uma vez que os comportamentos que se intencionava melhorar/curar com a psicocirurgia eram aqueles considerados violentos, agressivos ou amorais, eles respondiam a critérios substancialmente diferentes em relação a pacientes homens e mulheres. É a partir desses critérios que avalio de forma mais aprofundada, no próximo capítulo, os casos de psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery.

#### 4. Psicocirurgia e relações de gênero

Acontecimentos relativos à existência de pessoas consideradas “loucas”, encontram suporte, por exemplo, nos registros em papel das instituições de seu enclausuramento, como os hospícios dos séculos XIX e XX. São destes registros, especialmente dos prontuários psiquiátricos, que emergem comumente as imagens da vida desses sujeitos, às vezes ruidosos, mas quase sempre silenciosos ou silenciados (WADI, 2005: 137).

À noite, quando alguma doente se agita no dormitório, assume toda a defesa da mesma impedindo que as empregadas a conduzam para os quatinhos. Além disso, lhe notamos cicatrizes no pescoço (lado direito) e no braço direito e peitoral também direito. Atribui a punhaladas que lhe deu o cunhado (irmão do marido) em virtude de ter-se recusado a ceder aos seus propósitos sexuais. Está aguardando oportunidade para leucotomia transorbitária (Relato médico sobre paciente RG 40.684, diagnóstico de esquizofrenia, em 1951).

Em um estudo sobre a psicocirurgia na França, Bélgica e Suíça publicado na revista *Nature* em 2017, Louis-Marie Terrier, Marc Levêque e Aymeric Amelot informam que a revisão bibliográfica sobre a terapêutica naqueles países revelou que 84% dos 1.340 procedimentos cirúrgicos realizados entre 1935 e 1985 foram feitos em mulheres<sup>165</sup>. Não era claro, nas palavras dos autores, se essa prevalência refletiria um índice maior de psicopatologias em mulheres naquele momento ou se ela responderia a uma posição inferior ocupada pelas mulheres naquelas sociedades desde o Código de 1804”<sup>166</sup>.

---

<sup>165</sup> Dividindo os números de casos desses três países, temos cerca de 375 mulheres operadas em cada um deles. Se somarmos todas as operações no Juquery (incluindo aqueles que não foram contabilizados na pesquisa amostral), temos 351 casos de mulheres e 21 de pacientes homens (sem os casos de indicações em que não pudemos confirmar a cirurgia, sendo 47 deles em mulheres e 9 em homens). Isso indica um número bastante considerável de pacientes do sexo feminino operadas no hospital, ainda que em recorte temporal menor em relação ao estudo citado.

<sup>166</sup> No artigo *Most lobotomies were done on women* [A maioria das lobotomias foram realizadas em mulheres]. Disponível em: <https://information.tv5monde.com/terriennes/durant-50-ans-84-des-lobotomies-furent-realisees-sur-des-femmes-en-france-belgique-et>. Acesso em 19 de dez. 2018. Também em “Pratiquée jusque dans les années 80, la lobotomie visait surtout les femmes”, disponível em :

Em trabalhos sobre os Estados Unidos, encontramos também de forma recorrente a associação entre psicocirurgia e mulheres em relatos sobre as operações realizadas por Walter Freeman, pois que a maior parte dos exemplos citados são de operações realizadas em pacientes do sexo feminino (PRESSMAN, 1998; MICAL, 2013; JOHNSON, 2014). Na principal pesquisa quantitativa sobre o tema no país, realizada com a documentação clínica do *Stockton Hospital* entre 1947 e 1954, Joel Braslow aferiu que 85% dos pacientes operados entre 1947 e 1954 eram mulheres.

No *Umedalen State Mental Hospital*, na Suécia, constatou-se algo semelhante: no total de 715 operações feitas entre 1947 a 1955, 445 foram feitas em mulheres (62,2%). A paciente mais nova tinha 17 anos. Diagnosticada com esquizofrenia, os médicos informavam que após ser “seduzida” aos 14 anos nunca mais teria sido a mesma. Outra jovem, de 22 anos, considerada “muito para frente com garotos”, recebeu alta após 3 anos de internação com diagnóstico de psicopatia e esquizofrenia. Reentrada poucos meses depois devido a “uma relação íntima com um garoto”, foi lobotomizada (ÖGREN e SANDLUND, 2004: 358, tradução minha). Tranøy e Blomberg, (2005) ao discutirem os primeiros anos do uso da psicocirurgia na Noruega, destacaram a alta taxa de mortalidade dos leucotomizados e observaram que “18 das primeiras 35 lobotomias em mulheres resultaram em morte” (TRANØY e BLOMBERG, 2005: 109).

A historiografia existente parece sempre tender a associar mulheres à lobotomia, mesmo em textos acadêmicos que não estão voltados para a questão de gênero ou que não estão diretamente preocupados em quantificar as operações pela variável “sexo”. Kotowicz, por exemplo, que produziu um trabalho sobre a circulação e a apropriação das psicocirurgias na Itália, afirmou que a primeira operação divulgada pelo grande “lobotomizador” da Itália, Rizzati, teria sido feita em uma garota de 14 anos que sofria de “caráter perverso” (KOTOWICZ, 2008: 484: tradução minha).

Além da historiografia mais recente, diversas publicações em jornais de grande mídia têm apontado para a associação entre mulheres e psicocirurgia a partir de figuras públicas, como Rosemary Kennedy, Evita Péron e a pintora modernista sueca Sigrid

Hjertèn<sup>167</sup>. Esta, diagnosticada com esquizofrenia na década de 1930, faleceu em 1948 em função de complicações da lobotomia<sup>168</sup>.

No contexto de fronteiras de gênero bem marcadas, em 1952 uma médica teria dito à Christine Jorgensen, famosa transgênero américo-dinamarquesa: “You Americans are so childish about sex. Operate on the brain, perform a lobotomy, create a whole new personality – but operate on a testicle and everybody explodes<sup>169</sup>”. Ainda que essa passagem não possa ser confirmada por fontes primárias, ela é interessante na medida em que comporta questões médicas sobre as intervenções psicocirúrgicas naquele momento (cujos resultados, como vimos, não colocavam em xeque padrões de gênero). Mesmo diante de alterações de personalidade que poderiam resultar da psicocirurgia, tocar o cérebro não gerava “prejuízos” a um ordenamento social que pressupunha uma configuração anatomofisiológica binária e naturalizada de diferença sexual, diferentemente de uma operação de redesignação genital.

Também no Hospital Psiquiátrico do Juquery encontramos uma discrepância numérica significativa da utilização da psicocirurgia em homens e mulheres, como vimos no capítulo anterior. Igualmente a dinâmica de internação e de indicação terapêutica para pacientes do sexo feminino diferia daquela que orientava os caminhos institucionais dos pacientes do sexo masculino. Os homens se concentravam predominantemente nas colônias, espaços dedicados à laborterapia e que eram, ao mesmo tempo, pensadas para ser economicamente produtivas para o hospital (SODRÉ, 1945: 320; TARELOW, 2013: 102). Afastados fisicamente do Hospital Central, internados em sua maioria nessa Divisão do Complexo que funcionava sob outra direção, e direcionados para o trabalho na pecuária e na agricultura, esses pacientes não foram selecionados de maneira sistemática para a terapêutica. Neste sentido, vale a consideração de que todas as técnicas que

---

<sup>167</sup> Sobre Rosemary: <http://www.marieclaire.com/celebrity/a26261/secret-lobotomy-rosemary-kennedy/>; [http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2009/04/07/rosemary-le-dernier-secret-des-kennedy\\_1177761\\_3222.html](http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2009/04/07/rosemary-le-dernier-secret-des-kennedy_1177761_3222.html). Sobre Evita: <http://temas.folha.uol.com.br/desconstruindo-evita-peron/lobotomia/cirurgia-teria-acelerado-a-morte.shtml>. Sobre o caso de Sigrid Hjertèn: <http://www.tyci.org.uk/wordpress/sigrid-hjerten/>

<sup>168</sup> Em [https://www.schirn.de/en/magazine/context/sigrid\\_hjerten\\_radically\\_modern/](https://www.schirn.de/en/magazine/context/sigrid_hjerten_radically_modern/).

<sup>169</sup> “Vocês americanos são tão infantis em relação ao sexo. Operam o cérebro, fazem uma lobotomia, criam uma personalidade completamente nova – mas operam testículos e todos explodem”. Em *A woman apart – the tale of Denmark’s celebrity sex change pioneer* [Uma mulher à parte - o conto da mudança de sexo pioneira da celebridade dinamarquesa]. “In 1952 a young Danish-American named George Jorgensen walked into Copenhagen’s Rigshospital, and left as Christine. The rest, as they say, is history . . .”. Disponível em <http://cphpost.dk/history/a-woman-apart-the-tale-of-denmarks-celebrity-sex-change-pioneer.html>.

envolviam a tecnologia psicocirúrgica podiam gerar sequelas psíquicas e motoras. Enquanto isso, as internações das mulheres estavam circunscritas a espaços de reclusão mais fechados, os pavilhões do Hospital Central, e foram estas as pacientes sistematicamente mais propensas a todo tratamento biológico aplicado pela instituição.

Outra das possíveis razões para a discrepância numérica entre pacientes masculinos e femininos operados no Juquery é a presença na instituição de Mário Yahn, grande entusiasta da técnica e chefe da Clínica Feminina entre os anos 1947 e 1951. A pesquisa nas fontes clínicas foi também capaz de demonstrar que, mesmo antes desse período, entre os anos de 1941 e 1946, Yahn possuía grande acesso às pacientes do 5º Pavilhão de Mulheres, parecendo mesmo ocupar certa posição de autoridade. Ora, a pesquisa nos documentos clínicos demonstrou que a maior parte das cirurgias havia sido feita justamente nas pacientes do 5º Pavilhão, pelo menos até a década de 1950, o que foi confirmado também nos achados bibliográficos da pesquisa (YAHN et al., 1951). Em relação às mulheres, especificamente, a documentação clínica demonstrou categorias de valor comumente associadas a essas pacientes. As melhores candidatas à cirurgia eram as moças de “mau comportamento”, provocadoras de distúrbios no hospital, de difícil trato, cuja resistência a outras terapêuticas era compreendida como prova de sua patologia, assim como certas características consideradas pelos médicos como amorais.

Assim, com apoio da pesquisa empírica tornou-se possível afirmar que as dinâmicas científicas e as bases epistemológicas que permitiram o uso da psicocirurgia naquele Hospital estiveram entrelaçadas de modo constituinte a questões que atravessam a ordem social. Em relação ao gênero, especificamente, essa relação se dá para além da divisão espacial das terapêuticas – aos homens, a internação nas colônias, e às mulheres as intervenções mecânicas no órgão, para atingir a disfunção. Ela esteve presente também no campo da semântica, nos sentidos que circunscreviam os papéis de gênero na sociedade, criando um referencial dialógico a partir dos modelos de normalidade para a circunscrição da psicopatologia. É justamente por isso que passamos agora a demonstrar que a circunscrição das patologias obedeceu a diferentes níveis de tolerância em relação à agressividade, agitação e amoralidade para os “dois sexos”, em um contexto que relacionava a calma, a doçura, a passividade e a obediência ao gênero feminino.

Para este fim, é preciso cruzar os resultados empíricos referentes ao tratamento no Juquery, e que dizem respeito, entre outros temas, às indicações para o uso da terapêutica



e ao entendimento acerca de seus efeitos, com a bibliografia que se volta para as questões de gênero e psiquiatria na sociedade paulista daquele período. Isso porque, como Scott (1990), acreditamos que o gênero é uma categoria analítica que nos permite examinar o que se concebia como homem ou mulher em determinada conjuntura. Ele certamente nos auxilia na compreensão histórica do uso da psicocirurgia naquele hospital, na medida em que se considera que percepções culturais referentes às relações entre os sexos influenciaram a produção do conhecimento médico-científico e conduziram a especificidades na aplicação da leucotomia e suas variações no contexto aqui investigado.

Para uma clara leitura das interações sociais entre a prática médica e a cultura, buscamos inicialmente mapear a institucionalização de práticas e especialidades médicas no Brasil, amparada por um modelo de diferença sexual. Em seguida, para a melhor compreensão das interações de gênero na terapêutica, retorno à bibliografia internacional sobre o tema. A partir das duas camadas de análise, passamos a refletir sobre essa orientação também no Hospital do Juquery.

Com tal intuito, a análise abarca de maneira mais atenta o recorte espacial e temporal da pesquisa, no sentido de discutir as noções de gênero frente as relações entre os sexos na sociedade brasileira – e de maneira mais específica, na sociedade paulista – buscando dar a ver as negociações e interações entre médicos, pacientes, suas famílias e a sociedade de uma maneira mais ampla. Essa análise é seguida de um “olhar ampliado” sobre a documentação primária com a qual procuro fazer aquilo que Roy Porter (1985) chamava de uma história vista “de baixo”. Para Mical Raz (2009), esse exercício acrescenta uma nova dimensão à história da psicocirurgia. Como veremos, esse exame não configura resultados complementares e/ou suplementares desta pesquisa, mas é parte constitutiva da investigação acerca da terapêutica enquanto fenômeno histórico no contexto do Juquery.

#### **4.1. Da medicalização: gênero e práticas medicamentosas do último quartel do século XIX e nas primeiras décadas do século XX**

Elucidar o processo de medicalização no Ocidente segundo um padrão de diferença e incomensurabilidade dos dois sexos é importante para a compreensão do contexto que estamos aqui estudando. O recuo temporal – a virada do século XIX e XX – é pensado enquanto uma estratégia, já que a produção histórica de gênero “é sempre entremeada de considerações que nós percebemos melhor com uma recuada histórica,

pois são referentes uma época, ou seja, pertencem a um mundo social, a um espaço cultural” (GARDEY e LÖWY, 2000: 10, tradução minha).

Para que a noção de “medicalização dos gêneros” seja inteligível, é preciso primeiro explicar a noção medicalização que utilizado aqui. Segundo Gaudenzi e Ortega (2012) o termo *medicalização*, que surgiu em estudos críticos da sociologia da saúde em 1960, expressava muitas vezes certo teor de denúncia sobre a massiva influência médica na sociedade. Contudo, mobilizo esse conceito em sentido mais amplo: quero falar daquilo que “se tornou médico”. Neste sentido, podemos localizar um processo que tem suas origens em fins do século XVIII no Ocidente e que marca o início de um processo de “intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos (...)” (GAUDEZI e ORTEGA, 2012: 22), (ILLICH, 1975; FOUCAULT, 1980, GAUDEZI e ORTEGA, 2012). Assim, entre as noções que o termo comporta, está o de patologização de comportamentos considerados desviantes, sentido que remonta aos debates sobre a produção social da doença mental entre as décadas de 1940 e 1960 (ZORZANELLI et al., 2013).

Vale ressaltar que esse processo de medicalização não se deu de forma homogênea sobre uma população. Ainda assim, os trabalhos de autoras como Vieira (2002), Fabíola Rohden (2001; 2008) Magali Engel (2001; 2007) e Ana Paula Vosne Martins (2004) vem apontando desde início dos anos 2000 que, no Brasil, esse processo (que se iniciou paulatinamente no XIX) foi amparado por um modelo de diferença sexual e comportava preocupações distintas em relação aos sexos feminino e masculino.

As “teses inaugurais” produzidas nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, entre os anos de 1832 e 1940, servem de bom *locus* de demonstração do processo: elas foram produzidas a partir de certo modelo de corpo feminino, que estendiam para questões sociais uma biologia que determinava a maternidade e a divisão sexual do trabalho, entre outros (VIEIRA, 2002: 31; RODHEN, 2001: 14). Mas enquanto os temas das teses sobre a saúde feminina giravam em torno do aparelho reprodutor, casamento, parto, gravidez e aleitamento, e consideravam a puberdade e a menstruação momentos que preparavam as mulheres para a sua função materna, as teses de urologia analisavam os órgãos reprodutivos masculinos por si mesmos e não problematizavam a capacidade masculina para a reprodução (ROHDEN, 2001: 113).

Consolidava-se, nesse sentido, um modelo médico que partia do corpo feminino para a elaboração de um modelo de diferença sexual. Essa perspectiva pode ser vista também na difusão dos hormônios sexuais nas primeiras décadas do século XX no Brasil. A “medicina dos hormônios” promoveria uma redefinição das diferenças entre homens e mulheres, agora segundo uma lógica de “substancialização” (ROHDEN, 2008: 133). A partir daquele momento, a administração de hormônios no corpo feminino reconduziria as mulheres a padrões sexuais, sociais, reprodutivos e estéticos condizentes com um modelo de gênero corrente (SANT’ANNA, 2013: 17).

Em um estudo sobre sexo, hereditariedade e patologias, com foco no contexto francês, Jean-Christophe Coffin constatou que grande número de publicações médicas da segunda metade do século XIX era dedicado àquilo que consideravam “problemas” ligados à fisiologia feminina. Nelas, os médicos informavam que a menstruação, a gravidez e o parto eram momentos que predispunham as mulheres a problemas mentais (COFFIN, 2000: 167). De maneira semelhante, as primeiras teses médicas no Brasil associavam a fisiologia feminina a uma “sensibilidade nervosa”. Dentro dessa lógica, as desordens nos órgãos sexuais poderiam gerar perturbações em toda a economia corporal feminina, podendo dessa forma causar problemas mentais (RODHEN, 2008: 140).

Assim, a anatomia, a fisiologia e a sexualidade das mulheres foram elementos centrais na produção científica e nos processos de medicalização analisados desde o século XIX. Na conjuntura histórica aqui exposta, “o verdadeiro sujeito de numerosas preocupações científicas foi ‘a mulher’, e disso decorrem duas coisas: que as mulheres são seres estranhos a serem compreendidos, contidos, dominados” (GARDEY e LÖWY, 2000: 11, tradução minha). O sexo masculino, “o homem”, não requeria as mesmas explicações, pois era tido como modelo a partir do qual derivava a diferença, representada “na mulher” (LAQUEUR, 2000).

A preocupação médica com a “sensibilidade nervosa” das mulheres nos remete ao processo de medicalização dos transtornos mentais no Brasil e às especificidades no tratamento a homens e mulheres. Segundo Magali Engel (2007: 322), no Brasil, a partir de meados do século XIX, a sociedade brasileira passava por transformações – tais como a reestruturação das relações de trabalho, a ampliação e a complexificação dos espaços urbanos – orientadas segundo “reconhecimento e legitimidade dos parâmetros

burgueses”. Assim, o processo de medicalização da loucura, objeto de saber e de prática especializados e atribuídos ao alienista com advento da República, passou a ser pensado segundo modelos de progresso e civilização.

Nos relatos clínicos de casas de saúde analisados pela autora, a menstruação, a gravidez e o parto figuravam como “aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais frequentemente ou de modo mais específico as mulheres” (ENGEL, 2007: 333). Em outro estudo especialmente voltado para loucura e o gênero masculino na virada do século XIX para o XX, Engel (2008) ressalta que a histeria masculina presente nesses documentos era associada à continência sexual, à impotência, às frustrações amorosas e à herança materna da doença. Também a homossexualidade ou a não realização do padrão sexual de sujeitos “ativos” configuravam comportamentos de caráter psicológico<sup>170</sup>.

Maria Clementina Cunha (1986) atentou para a “loucura moral” no Juquery nas primeiras três décadas do século XX. Patologia caracterizada pela inadaptação dos pacientes a comportamentos ansiados socialmente, ela foi atribuída a pacientes que não se adequavam ao papel de gênero esperado para seu sexo, como a interna que se vestia de homem e viajava só, mulheres alcoólatras, indisciplinadas na escola, que vagavam pelas ruas (rompendo a configuração binária homem/esfera pública e mulher/esfera privada), consideradas hiperexcitadas intelectualmente e que não se adequavam aos papéis materno e marital (CUNHA, 1986). A “loucura moral” associava-se também à sexualidade, objeto constante de vigília para a psiquiatria naquele momento. A virgindade de pacientes homens era motivo de suspeita pelos médicos, enquanto que no caso feminino, a prática sexual anterior ao casamento ou fora dele é que requeria atenção.

Também a associação entre a fisiologia feminina considerada instável e os transtornos mentais constituíam elemento relevante nos discursos médicos do Juquery, sobretudo acerca das pensionistas, sob denominações como “loucura periódica” ou “excitação da matriz erótica” (CUNHA, 1986: 152). Em relação aos internos do sexo masculino, os comportamentos patológicos não delirantes enquadravam-se muitas vezes em sua incapacidade de trabalho, de prover sua subsistência e de sua família ou na homossexualidade compreendida como perversão (CUNHA, 1986: 156).

---

<sup>170</sup> Ressaltamos que no texto a autora salienta que as práticas normatizadoras dos psiquiatras e médicos legistas respondiam a elementos étnicos e sociais distintos (ENGEL, 2007).

É essencial termos sempre em mente as noções de gênero correntes nos contextos em questão, suas negociações, modificações ou permanências. Acreditamos, assim com Jean Coffin, que “as ciências médicas, ainda que com ritmos próprios e critérios de produção do saber que lhes são específicos, permanecem ligadas à cultura na qual elas evoluem (COFFIN, 2000: 160, tradução minha). Nesse sentido, também as configurações culturais em torno de feminino e do masculino amparam as produções científicas e respondem a articulações e conflitos sociais.

Em relação aos papéis de gênero no Brasil e suas tensões sociopolíticas, podemos citar a reivindicação pelo acesso à educação para as mulheres, levantada, por exemplo, por Nísia Floresta (1810-1885) (DUARTE, 2003). No século XX, além das demandas por instrução, entraram na pauta de organizações feministas os debates sobre a sexualidade e o divórcio, além da demanda pelo voto e participação política (PINTO, 2003). A efervescência desses debates nos permite problematizar discursos e práticas médicos e jurídicos elaborados naquele contexto. Em tal conjuntura houve a implementação de uma “nova higiene” para as mulheres que, focada no caráter reprodutivo do corpo feminino via-o, ao mesmo tempo, segundo um viés patologizante (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002; MARTINS, 2003; MARQUES, 2005, VASCHETTO, 2010).

Ao mesmo tempo, nas primeiras décadas do século XX, a medicina sustentou novos princípios da virilidade – por vezes, não tão novos, mas reformulados, destrinchando a mecânica da ereção e a representação da potência masculina (CAROL, 2013: 47). A testosterona – segundo o paradigma hormonal que se fixa nos anos 1920 e 1930 – ficou reconhecida como o grande motor da puberdade masculina, que estimulava a atividade sexual dos homens e era mobilizada para a justificativa de qualidades consideradas especificamente masculinas, como a agressividade (CAROL, 2013: 41).

Em suma, em meio a tensões sociopolíticas em relação aos papéis sociais dos gêneros, representações e discursos biomédicos foram elaborados em torno daquilo que Thomas Laqueur (2001) define como “modelo de diferença sexual”<sup>171</sup>. Discursos

---

<sup>171</sup> Em *Inventando o sexo*, Thomas Laqueur (2001) discute a colaboração da produção científica nos séculos XVIII e XIX para a elaboração do modelo da diferença sexual no Ocidente. Esse modelo romperia com o que Laqueur denomina “modelo do sexo único”, que teria vigorado da medicina antiga até o contexto em questão. Esse modelo pressupunha que o sexo feminino era a inversão, mais úmida, flácida e imperfeita, do sexo masculino. Assim, o autor elabora um plano explicativo, de caráter epistemológico e histórico, recorrendo à análise de processos sociopolíticos que teriam corroborado para o rompimento com tal modelo e a definição de dois sexos em termos de diferença, complementaridade e incomensurabilidade nas ciências

médicos produziam explicações para aquilo que se compreendia socialmente como a ordenação de uma vida saudável para as mulheres e seu destino ditado por sua natureza.

Enquanto isso, movimentos pelo progresso feminino multiplicavam-se a cada dia e várias mulheres<sup>172</sup> faziam frente às teorias científicas que afirmava a inferioridade feminina.

As teorias científicas sobre as diferenças sexuais mudaram ao longo dos séculos e pesaram sobre diferentes elementos do corpo. O cérebro não ficou de fora. Entre fins do século XVIII e início do XIX, anatomistas defendiam que o crânio masculino era preenchido por um órgão mais pesado e mais “poderoso” que o feminino. Em meados do século XIX, darwinistas sociais invocaram o evolucionismo biológico para argumentar que as mulheres eram homens cuja evolução havia parado em um estágio primitivo – e por isso eram menos desenvolvidas física e mentalmente (SHIEBINGER, 1992: 110-11). Plínio Salgado, por exemplo, citava em 1946 alguns discursos científicos “pouco amáveis” que no século XIX afirmavam “ter a mulher menos desenvolvido que os homens, os lóbulos frontais, onde a anatomia comparada e a fisiologia localizam as funções psíquicas” (SALGADO, 1946: 26). Ele retomava o passado provavelmente porque os anos de 1920 e 1930 viram estudos de laterização cerebral e sociobiologia justificar a baixa representatividade das mulheres nas ciências, entre outros (SHIEBINGER, 1992: 110-11).

Os pacientes lobotomizados entre as décadas de 1940 e 1950 são herdeiros de um longo processo de medicalização de comportamentos desviantes (BRASLOW, 1997) por sua vez pautada em teorias de diferenciação sexual pelos órgãos sexuais, pelos hormônios e, sem nenhuma surpresa, pelo cérebro, segundo os gêneros e a “raça”.

O trajeto analítico aqui exposto apoia, portanto, a relação existente entre a aplicação da psicocirurgias e sua indicação a partir de certos modelos de diferença sexual, diante do dito e do “não dito” nas fontes clínicas. Como veremos a seguir, trabalhos que

---

biomédicas. Laqueur ressalta que tal mudança ocorre em um turbulento contexto político e cultural de debates de gênero no Ocidente.

<sup>172</sup> Como a educadora paraibana Alice Alfredo Monteiro, que em 1933 defendia que “A mulher brasileira deve votar porque deixou de ser a mulher da época da colônia, da qual apenas se exigia graça e beleza. A mulher brasileira de hoje, pensa, estuda. Mulher de espírito forte conservando (...) os sentimentos da honra e do dever” (MONTEIRO, 1933, como citado em ARAÚJO, 2003: 137).

perseguem respostas sobre a dinâmica de gênero presente no uso dessa terapêutica em outros contextos nacionais sustentam também essa correlação, do mesmo modo que os resultados empíricos, tal como indicados no capítulo anterior.

#### **4.2. Psicocirurgia e gênero: racionalidade terapêutica e diferenças de gênero em outros contextos nacionais**

Algumas pesquisas sobre a história das psicocirurgias consideraram as especificidades de gênero foram levadas a cabo em diferentes países, tais como nos Estados Unidos, Canadá. Em relação a Portugal e França, também é possível problematizar alguns aspectos de gênero apontados por fontes e historiografia. Especialmente em relação aos dois primeiros países, há estudos que exploraram tais particularidades por uma perspectiva quantitativa (em relação a discrepâncias numéricas das aplicações em homens e mulheres) e qualitativa (em relação aos sintomas e aos diagnósticos que motivavam o uso da psicocirurgia).

No *Hospital Saint-Jean-de-Dieu*, em Montreal, as causas de internamento e diagnósticos entre as décadas de 1920 e 1950, contexto no qual a psicocirurgia foi utilizada no hospital, é bem marcado pela vontade da psiquiatria de se legitimar em meio à medicina geral. De acordo com a obra, a psiquiatria daquele período almejava um grande espaço junto a população, já que ela:

patologiza cada vez mais a vida quotidiana, exerce uma forma de controle normativo sobre o indivíduo, baliza o campo de expertise sobre os comportamentos desviantes e tenta curar com a ajuda de terapias somáticas as “desordens mentais”, principalmente a partir dos anos de 1940 (PERREAULT, 2009: 42, tradução minha).

De fato, as bases conceituais que delimitavam o campo cotidiano de atuação dos psiquiatras haviam se ampliado a ponto de abranger não apenas os doentes mentais, mas também a regulação do casamento, da sexualidade, do trabalho, dos hábitos e das formas de vida. No caso específico da doença mental, a psiquiatria buscava medicar com vistas a uma *normalidade* profundamente associada à cultura e a sua situação social e temporal.

No período do Pós-Segunda Guerra, os neuropsiquiatras de Montreal acreditavam que algumas doenças eram fruto de ligações interneuronais patológicas. Sendo moléstias *localizadas materialmente*, eles pensavam que estas poderiam ser tratadas pela cirurgia desenvolvida por Egas Moniz. Mas ao investigar as justificativas que motivaram o uso da

psicocirurgia, ao invés de problemas neurológicos, o que se encontra são comportamentos indesejáveis, – tais como aqueles associados à periculosidade e a comportamentos antissociais e escandalosos – que vistos sob o prisma do problema médico figuravam entre as principais indicações para seu uso no hospital pesquisado por Perreault. A psicocirurgia permitiu ali “a reconstrução social desejada do corpo desviante com a ajuda de uma terapêutica médica” e era indicada no intuito de melhor gestão dos pacientes, uma vez que após a operação alguns deles requeriam menos vigilância, podiam se misturar a outros pacientes e participavam dos trabalhos propostos pelos médicos na instituição (PERREAULT, 2012: 208, tradução minha).

Segundo os resultados da pesquisa, o uso da psicocirurgia foi direcionado especialmente para os pacientes do sexo masculino diagnosticados com esquizofrenia que apresentariam como sintoma alta periculosidade por consequência de seus delírios e alucinações<sup>173</sup>. A análise das fontes revelou também que certas condutas sexuais “inadequadas”, como a prática masturbatória e a falta de interesse por mulheres estavam entre os sintomas presentes em pacientes que foram selecionados para a psicocirurgia (PERREAULT, 2012). Ao recorrer a um estudo elaborado pelo médico Yvon Gauvin sobre 25 pacientes homens operados no *Hospital Saint-Jean-de-Dieu* entre os anos de 1949 e 1956, Perreault pôde confirmar seus achados, já que o médico indicava que em diversos prontuários de pacientes lobotomizados encontrava-se a alusão a comportamentos de ordem sexual, notadamente onanismo e homossexualidade. A homossexualidade não seria, segundo a autora, o único fator que justificava o tratamento, e é ainda difícil conceber quantas pessoas receberam o tratamento por motivo de “desvios sexuais”, pois os diagnósticos não se referem diretamente a eles. Contudo, estes foram elementos importantes dentro da dinâmica da terapêutica, pois que sua supressão ou permanência eram levadas em consideração na apreciação dos resultados da cirurgia (PERREAULT, 2011: 30). Em relação às mulheres, a operação foi principalmente praticada naquelas consideradas “públicas” ou “hipersexualizadas”, que mantinham relações sexuais com vários homens e que, com essa conduta “não experimentavam nenhuma vergonha” (PERREAULT, 2012: 216, tradução minha).

---

<sup>173</sup> No *Hospital Saint-Jean-de-Dieu*, em um total de 250 operações realizadas entre os anos de 1949 e 1956, 51,4% dos lobotomizados eram homens, prevalecendo neles o diagnóstico esquizofrenia. Entre as mulheres, 48,6% dos indivíduos internados que sofreram esse procedimento, a maior parte dos diagnósticos foi de psicose maníaco depressiva (PERREAULT, 2012).



Nos Estados Unidos, mais decididamente do que no Canadá, parece ter havido uma preferência por operar pacientes mulheres. No caso de Boston, entre 1938 e 1954, as mulheres internadas sofreram 83% das cirurgias levadas a cabo no *McLean Hospital* (PRESSMAN, 1998). Na Califórnia, esse número foi ainda maior: o contingente feminino representou 85% dos indivíduos operados no *Stockton State Hospital* entre os anos de 1947 e 1954 (BRASLOW, 1997). No primeiro estudo sobre esse hospital, Joel Braslow (1997) procurou elucidar a discrepância numérica encontrada entre pacientes homens e mulheres lobotomizados. Para ele, o uso de métodos terapêuticos, de maneira geral, requer que se reconheça a doença que levará à terapia em questão. Nesse sentido, a racionalidade terapêutica que permitiu aos médicos interpretar os sintomas dos pacientes no contexto de proposta da psicocirurgia contemplou os comportamentos “aberrantes” como marca confiável para a indicação.

De maneira geral, as condutas mais propensas à intervenção terapêutica naquele hospital eram aquelas que atrapalhavam a rotina da enfermaria, e entre elas, especialmente aquelas de caráter violento e disruptivo, além do relato de doentes que eram resistentes a outros tratamentos (BRASLOW, 1997: 135). Em relação à grande quantidade de mulheres operadas, o olhar atento às fontes demonstrou que os médicos reproduziam padrões de diferença sexual, dominação e poder no uso da lobotomia (BRASLOW, 1997: 157).

Entre os comportamentos que apareceram como impróprios para as mulheres, estavam relatos acerca da desobediência ao cumprimento de tarefas domésticas, como referentes ao cuidado com os filhos e com a casa. Outros elementos clínicos considerados “ruins” para as pacientes do sexo feminino estavam ligados a condutas tidas como excessivamente sexuais e/ou amorais, como o uso de linguagem inapropriada e a masturbação. No caso dos pacientes do sexo masculino, a homossexualidade novamente surge como parte constitutiva de alguns dos diagnósticos (BRASLOW, 1997: 137).

Na tentativa de elucidar o maior contingente feminino operado, Bralow leva atenção a trechos de relatos médicos que nos ajudam a compreender a construção das patologias tratadas pela psicocirurgia. Uma das pacientes, lobotomizada após três meses de internação (contra a sua vontade), teria melhorado, apesar de manifestar pequenas perdas de memória. As informações vinham do marido, que dizia que após a operação ela conseguia manter a casa limpa, planejar as refeições e não ficava zangada ou discutia. Os

médicos, após ouvir as informações sobre a “melhora” da paciente, atestavam os benefícios da lobotomia, pois que antes ela era “terrivelmente desorganizada” e que possivelmente passaria o resto de sua vida no hospital se não tivesse sido operada (BRASLOW, 1997: 161, tradução minha).

A repartição desigual das cirurgias entre os sexos constatada por Braslow em 1997 não poderia ser atribuída à distribuição de gênero da população de pacientes ou àqueles com diagnóstico de demência precoce ou esquizofrenia (número inclusive maior entre os homens). O uso da cirurgia não respondia, então, a uma proporcionalidade numérica em relação ao número de internos ou do diagnóstico privilegiado.

O argumento central de Braslow é de que a racionalidade terapêutica que estruturou a psicocirurgia levou em consideração diferenças de gênero daquele contexto, o que resultou na distribuição quantitativa e qualitativa de sua aplicação em relação aos sexos. Na medida em que a terapia tinha como alvo principal a eliminação de sintomas aberrantes, os médicos tinham pouco a dizer sobre as violações masculinas a regras de gênero. Para o autor, os especialistas não percebiam nas condutas patológicas dos pacientes homens que eles estavam quebrando essas regras, mas apenas “empurrando mais uma fronteira” (com exceção aos comportamentos homossexuais). Os pacientes do sexo masculino estavam, na maior parte dos casos, sendo homens, mas de uma maneira mais destrutiva para si e para o entorno. Já no caso das pacientes, elas fugiram a essa fronteira de gênero, violando “uma série de regras e comportamentos culturalmente aceitáveis para as mulheres”, de ordem sexual ou no campo daquilo que se nomeava violência (BRASLOW, 1997: 158, tradução minha).

Os médicos do *Stockton State Hospital* não explicitavam o porquê da escolha por pacientes mulheres. Braslow encontrou apenas um relato relacionado a essa escolha. Este teria advindo de um médico do *New York Hospital*, que afirmara que o critério para a cirurgia era a escolha de pacientes crônicos que sofriam de distúrbios comportamentais e que as mulheres geralmente padeciam mais de tais distúrbios (BRASLOW, 1997: 153).

Dando continuidade aos estudos na área, Braslow e Starks analisaram novamente o uso da lobotomia sob uma perspectiva de gênero em 2005. Segundo os autores, com a introdução de drogas de efeito terapêutico semelhante no hospital a partir de 1954, os psicotrópicos foram utilizados em 75% da população internada (BRASLOW e STARKS, 2005: 274). Diferente do que havia acontecido com a lobotomia, utilizada em apenas 15%

dos pacientes homens, os médicos do *Stockton Hospital* não hesitaram em prescrever antipsicóticos para os internos do sexo masculino, que passaram a compreender 53% dos internos que fizeram uso de medicamentos associados ao eletrochoque a partir de 1953.

Assim, além de constatar o abandono abrupto da psicocirurgia em função da entrada dos antipsicóticos, os autores chamam atenção para a mudança de gênero operada junto à mudança de terapêutica, na medida que os homens foram tratados com medicação de maneira quantitativamente maior do que as mulheres (BRASLOW e STARKS, 2005: 276).

Os “efeitos da lobotomia levavam a graves e permanentes mudanças nas personalidades e capacidades dos pacientes”, mas tais mudanças não eram vistas da mesma forma para os pacientes dos dois sexos. Ao produzir aquilo que Walter Freeman nomeava de “infância cirurgicamente induzida”, a lobotomia provocava um efeito mais indesejado para homens, já que produziam neurologicamente uma espécie de “*castrated men*” [homens castrados]. As mulheres seriam então “melhores candidatas” à terapêutica, pois esse “retorno à infância” era mais condizente com o ideal de feminilidade (BRASLOW e STARKS, 2005: 276, tradução minha).

A conclusão dos autores nos remete ao pensamento do neurocirurgião norte americano Perival Bailey. Em 1933 (três anos antes da divulgação da primeira leucotomia pré-frontal), ele dizia

Eu hesitava antes de amputar um lobo frontal. Esse procedimento é sempre seguido de uma menor ou maior alteração do caráter e em defeitos de julgamento. Em uma lavadeira os resultados podem ser de pouca importância, mas quando o paciente é um homem de negócios, que deve tomar decisões que afetam várias pessoas, esses resultados podem ser desastrosos (BAILEY, 1933, como citado em VALENSTEIN, 1986: 91, tradução minha).

Na clássica historiografia sobre psicocirurgias, a obra *Last Resort* (1998) Jack Pressman analisou oitenta prontuários médicos de pacientes lobotomizados no *McLean Hospital* em Belmont/Massachusetts, entre os anos de 1938 e 1954. Nessa documentação, Pressman encontrou 14 casos de operação em pacientes homens e 66 em pacientes mulheres<sup>174</sup>. Uma hipótese que responderia à discrepância quantitativa seria, para ele, a maior quantidade de mulheres internada, segundo estimativa numérica de internações do

---

<sup>174</sup> Jack Pressman mobilizou para este estudo os registros clínicos de todos os oitenta pacientes que foram submetidos à cirurgia no hospital entre a data da primeira operação (1938) e da última (1954).

período. Contudo, essa justificativa permanece especulativa, uma vez que o autor informava faltar uma perspectiva demográfica a partir da qual ele pudesse embasar tal argumento. Pressman indicava, entretanto, algumas diferenças em relação à lobotomia feitas em homens e mulheres. Para eles, o tempo de internação até a cirurgia era em média de seis anos e meio, enquanto para as mulheres era de menos de dois.

Alguns dos casos citados por Pressman demonstram outros aspectos de gênero que compõem a documentação para além da questão quantitativa. Um dos casos diz respeito a uma paciente divorciada em fins de seus 30 anos de idade, com vários filhos pequenos, apresentada na descrição clínica como uma mulher amargurada e cínica que demonstrava desprezo “pelas regras e regulações segundo as quais o mundo operava”. Após a cirurgia os médicos presenciaram uma grande mudança na personalidade da paciente e seu “excelente comportamento”. A mãe da paciente noticiou alguns meses após a cirurgia que a filha se tornou mais cuidadosa e responsável, carinhosa com o marido (com quem se casou novamente) e que ela demonstrava interesse pelos trabalhos em casa e por cozinhar (PRESSMAN, 1998: 259-260, tradução minha).

Também Mical Raz (2013), ainda que não promova um estudo especificamente voltado para uma análise de gênero, faz observações relevantes nesse sentido. A autora pesquisou a troca de correspondências entre o médico americano Walter Freeman e pacientes por ele lobotomizados e/ou suas famílias entre os anos de 1930 e 1960, recorrendo também a registros médicos das cirurgias. Entre as pacientes operadas, encontramos o registro de uma interna de comportamento sexual considerado desviante – ela teria tido “contato sexual inapropriado” com seu cunhado –, diagnosticada com esquizofrenia catatônica (RAZ, 2013: 82, tradução minha). Em relação a uma outra paciente, Freeman ressaltou, no pós-operatório, que ela se apresentava bem vestida e bem maquiada, considerando esses elementos sinais de sucesso da cirurgia (RAZ, 2013: 85), já que de uma “mulher de meia idade doente mental” ela teria passado a se apresentar de maneira semelhante a uma “digna senhora” graças à lobotomia (RAZ, 2013: 86, tradução minha). Treze anos após ser lobotomizada, uma outra paciente teria escrito a Freeman considerando-se melhor por estar mais calma e por conseguir fazer suas tarefas domésticas (RAZ, 2013: 91).

Passemos agora aos outros dois países aqui nomeados, Portugal e França. Alguns apontamentos podem ser feitos no sentido de introduzir um olhar que problematize as

interrelações entre a psicocirurgia e questões de gênero.

Em 1954, Egas escreveu *A leucotomia está em causa*, onde discutiu textos publicados na França pela revista *Les Cahiers Laennec* que traziam a público as controvérsias em torno da técnica “polêmica”. Em especial, as críticas recaíam no fato de que as psicocirurgias produziam mudanças permanentes na personalidade de pacientes. Defendendo a leucotomia, Moniz insistia no bem-estar levado aos alienados graças ao procedimento, e citava casos de pacientes que voltaram a desenvolver atividades cotidianas após serem operados. Entre exemplos dos “curados”, ele cita um homem e três mulheres. Uma delas voltara a se ocupar da casa e dos filhos; a segunda havia feito estudos para assistente social; a terceira se casara e tornara-se mãe (MONIZ, 1954). Após a leucotomia, duas das três pacientes haviam se voltado para a tarefa da maternidade, o que comprovaria que estavam “curadas” a partir da noção de maternidade como realização do instinto feminino e, portanto, manifestação da normalidade (EGAS, 1931; BADINTER, 1985; TOLEDO e VIMIEIRO, 2018). A paciente que não se tornou mãe, passara a se dedicar ao cuidado do próximo, tarefa fortemente legada às mulheres a partir do século XIX, considerada como extensão da maternidade instintiva, e que contribuiu para a formação de campos profissionais femininos, como a enfermagem (PERROT, 1995).

Em relação ao paciente homem, a patologia que o acometera o havia impedido de trabalhar. Moniz relatava que esse paciente, que era antes “um homem de negócios”, foi “dominado pela ansiedade, receio de si próprio e dos que o rodeavam” e, em função disso, “perdeu toda a sua atividade”. Após a intervenção, contudo, “retomou progressivamente o trabalho, alcançando a diligência anterior, apenas guardando da sua doença uma longínqua lembrança” (MONIZ, 1954: 24).

O *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses* de Moniz, assim como as críticas lançadas à leucotomia na revista *Les Cahiers Laennec*, são evidências da notoriedade desse método cirúrgico na França. Embora a pesquisa historiográfica não tenha encontrado qualquer trabalho direto sobre o tema relacionado a gênero, foi possível encontrar junto à produção bibliográfica do período a obra *La Psychochirurgie frontale peut-elle se justifier? Ses buts, ses données anatomophysiologiques, ses résultats et sa portée philosophique* [A psicocirurgia frontal é justificável? Seus objetivos, dados anatomofisiológicos, resultados e aspecto filosófico]

(BARUK, 1952), com aspectos interessantes nesse sentido. Nela, Henri Baruk, problematizava os resultados da psicocirurgia em casos acompanhados por ele mesmo<sup>175</sup>, como o de uma paciente que, sofrendo de “alucinações” por acreditar que seu marido a traía, foi submetida a uma lobotomia em 1947. Quatro anos após a cirurgia, a doente “não incomodava mais seu marido” com ideias de ciúmes, mas não poderia mais ter uma vida social, pois seu intelecto havia sido reduzido. O marido estava satisfeito com os resultados, mas a mãe da paciente alegava que o genro havia encaminhado a filha para a lobotomia sem o seu consentimento. Ela alegava que ele teria traído sua filha e depois, por meio da cirurgia, havia “alterado sua personalidade” (BARUK, 1952: 407). Baruk fazia ainda severas críticas ao que ele considerava degradação parcial ou total da personalidade dos pacientes e afirmava que o avanço da psicocirurgia deveria preocupar não apenas aos médicos, mas também e principalmente aos filósofos e historiadores, por ser um problema relativo à “crise de uma civilização” (BARUK, 1952: 427).

Ao longo deste item, demonstramos que as categorias de gênero constroem e articulam o sentido de experiências de vida de homens e mulheres e dão significado aos processos científicos (SCOTT, 1990) o que a bibliografia internacional sobre o tema indicou. Para compreender tais sentidos dentro da racionalidade terapêutica da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, tivemos que procurá-los na própria ordenação da vida em sociedade em São Paulo da primeira metade do século XX.

### **4.3. São Paulo: relações de gênero presentes na organização social paulista**

Na década de 1980, os estudos de história das ciências convergiram para a compreensão de que a ciência, para além de uma prática discursiva, é também produzida a partir de práticas localizadas “na rotina do dia a dia”. Esse movimento conseguiu romper com a dicotomia “externo” e “interno” que vigorava sobre a compreensão da produção do conhecimento científico, sustentando uma visão da ciência como um processo que influencia e é influenciado por noções socioculturais, continuamente (SECORD, 2004). Assim, a atmosfera cultural na qual os médicos estavam imersos no período estudado e os espaços específicos em que a psicocirurgia encontrou lugar de uso, joga luz na forma como a terapia foi utilizada, uma vez que os psiquiatras, neurologistas e neurocirurgiões,

---

<sup>175</sup> Não cita o nome do hospital, porém informa que foi em um manicômio em Montpellier.

como “homens de seu tempo”, levaram em conta as diferenças vigentes em relação aos gêneros (PERRAULT, 2009: 50-51).

No último quartel do século XIX e início do século XX, a província de São Paulo passava por mudanças demográficas e urbanas que culminaram no paulatino controle de espaços públicos associado aos espaços privados (SOBRINHO, 2013: 231). Como centro articulador de bens e serviços e em função da atividade cafeeira, São Paulo despontava como “metrópole do trabalho” e crescia “em população e importância por meio da ‘modernidade’” (SOBRINHO, 2013: 233-34). Desse modo, diante de demandas de intervenção para o ordenamento das condições de vida, a higiene pública passaria a ter grande importância. Engenheiros e médicos tornam-se figuras centrais desse projeto que visava “disciplinar os espaços e os corpos”. A medicina, principalmente, desempenhou papel de destaque nesse empreendimento, no sentido de gerir espaços e aglomerações de pessoas que representavam, para as autoridades, o perigo de contaminações que levariam à degeneração da população (SOBRINHO, 2013: 213-14). A prefeitura de São Paulo chegou mesmo a instituir nesse período a forma como as casas deveriam ser construídas, assim como o número de cômodos de acordo com o tamanho da família e como deveria ser construída a cozinha (KOBAYASHI e HOCHMAN, 2016: 5). Essa organização da cidade rebatia, portanto, nas individualidades. Nas primeiras décadas do século XX no Brasil, em um contexto de crescimento do mercado editorial e de consumo, revistas como *O Cruzeiro*, *Manchete* e manuais de economia doméstica ressaltavam a centralidade do papel das mulheres na administração do lar sadio e moderno. Nesse movimento, enquanto as concepções sobre “o lugar da mulher” se transformavam no caminho em direção à educação e ao trabalho na esfera pública, essas publicações reafirmavam o lugar da “boa esposa” e da “boa mãe” que deveria ser gerente do ambiente doméstico, manipulando os “novíssimos artefatos químicos, plásticos, elétricos e eletrônicos, produtores de saúde e conforto” (KOBAYASHI e HOCHMAN, 2016: 3).

Ao mesmo tempo, o estado de São Paulo presenciava um intenso processo de urbanização – na década de 1920, superava o Rio de Janeiro no contingente de imigrações –, e grande parte dos trabalhadores fabris era constituído por mulheres e crianças. Mas na medida em que a industrialização avançava, em vários setores passava-se a privilegiar a força de trabalho masculina, o que foi acompanhado da valorização do trabalho masculino na esfera pública, em detrimento do feminino (RAGO, 2013: 581).

Ao lado disso, São Paulo presenciou um movimento de denúncias de médicos higienistas, juristas e jornalistas, que *descobriram* que a fábrica era “antro de perdição”, “bordel”, um lugar de ameaça à “honra feminina”. Nessa mudança, a trabalhadora das fábricas era vista como pessoa passiva e indefesa, o que reafirmava o trabalho feminino na esfera doméstica, ainda que as mulheres negras permaneceram como empregadas domésticas, cozinheiras, lavadeiras, segundo uma estrutura de trabalho já subsequente à Abolição<sup>176</sup> (RAGO, 2013: 585). Nesse sentido,

Muitos acreditavam, ao lado dos teóricos e economistas ingleses e franceses, que o trabalho da mulher fora de casa destruiria a família, tornaria os laços familiares mais frouxos e debilitaria a raça, pois as crianças cresceriam mais soltas, sem a vigilância das mães. As mulheres deixariam de ser mães dedicadas e esposas carinhosas, se trabalhassem fora do lar; além do que um bom número delas deixaria de se interessar pelo casamento e pela maternidade (RAGO, 2007, 585).

Junto ao trabalho, outras práticas sociais comuns, como o “flerte” e o namoro sofreram, naquele contexto, modificações relativas à ocupação dos espaços públicos por homens e mulheres. Mas ao mesmo tempo em que se vivenciava alguma visibilidade pela exposição do namoro na esfera pública, as mulheres estavam expostas a outros tipos de violência dentro desse reajustamento das fronteiras entre o público e o privado (BASSANEZI, 2007). Isso é evidenciado, já em fins da década de 1940, na fala da paciente, parda, solteira, diagnosticada com “esquizofrenia hebefreno-paranoide com elementos de personalidade psicopática”. Encaminhada do Hospital de Perdizes para o Juquery, ela havia antes trabalhado em uma fábrica de bombons em São Paulo, onde “tinha fama de ter namorados”. A paciente passou por uma lobotomia em 1945, saindo do hospital dois anos depois. No exame de reentrada da paciente ela dizia, segundo os médicos, que ao voltar para São Paulo estava decidida a “entregar-se ao primeiro homem com quem tivesse oportunidade”. Ela teria explicado aos psiquiatras que “o pessoal de sua terra falava que ela tinha namorados quando estivera em São Paulo, e que muitas pessoas a tinham visto passeando com homens, quando tal não aconteceu, e assim já que recebia culpa sem merecer, ia fazer o que tivesse vontade” (RG 29.244).

---

<sup>176</sup> O trabalho braçal, para Margareth Rago, era naquele período associado à escravidão e à incapacidade intelectual. Os trabalhos de costureira a operária eram associados à degradação moral, pois segundo um pensamento da elite, as mulheres que exerciam tais cargos não recebiam educação suficiente para se defenderem do mundo moderno (RAGO, 2007: 589).



As décadas de 1940 e 1950 presenciavam, assim, algumas mudanças no *status* social das mulheres, com maior participação no mercado de trabalho, especialmente no setor de serviços de consumo e por meio de mais oportunidades de emprego para enfermeiras, assistentes sociais e vendedoras, mas muitos preconceitos vigoravam ainda no imaginário social. Diante da incorporação das mulheres ao mercado de trabalho não doméstico e seu acesso à esfera pública, entraram também em pauta discussões relacionadas à sexualidade como o adultério, a virgindade, o casamento e a prostituição.

Em uma interessante passagem do *Jornal das Moças* em 1955, vemos um discurso que associa fortemente à mulher a papel de manutenção do casamento, em função do qual ela deveria muitas vezes se anular se não quisesse se encontrar sem marido:

Mais do que orgulho, o seu dever é mais forte [...]. Passe uma esponja sobre o desvio, *uma leviandade tão própria dos homens*<sup>177</sup>. Caso contrário, quando ele a abandonar, acha que seu *ataque de nervos*<sup>178</sup>, a sua crise de orgulho, secará suas lágrimas? (*Jornal das Moças*, 01/07/1955 como citado em BASSANEZI, 2007: 632).

Dessa maneira, as revistas femininas buscavam mediar conflitos domésticos atribuindo a responsabilidade de sua gerência às mulheres, reafirmando, ao mesmo tempo, a centralidade do casamento para suas vidas. As publicações definiam modelos de mulher “privada” e “pública”, separando aquelas que conseguiam se conter e administrar a vida em casal e em família daquelas que não teriam competência para tal e beirariam a “loucura”. Para o bem-estar da vida em sociedade “homens letrados” e as “rainhas do lar” paulistas se inquietavam com os comportamentos daquelas que não reproduziam parâmetros de gênero desejados, o que levou diversas mulheres “loucas” e “alcoólatras” a delegacias regionais (CAMPOS, 2007: 106-107). Segundo Rachel de Campos:

O ideal, afirmavam em uníssono os porta-vozes das “famílias de bem” que escreviam nos jornais, era enviar as loucas e as alcoólatras rapidamente *para o Juquery*<sup>179</sup>, onde receberiam tratamento adequado para que pudessem, quem sabe, se reintegrar à sociedade um dia, ou onde permaneceriam definitivamente isoladas junto dos seus pares (CAMPOS, 2007: 107).

Dentro desse ideal de moral, a ameaça do envio para o Juquery tinha ainda um caráter pedagógico, que visava a regulação dos comportamentos antes mesmo de serem essas mulheres consideradas acometidas por alguma doença (CUNHA, 1989). Ainda

---

<sup>177</sup> Grifo meu.

<sup>178</sup> Grifo meu.

<sup>179</sup> Grifo meu.

assim, várias delas fugiram aos padrões disseminados pela cultura como os defendidos nas páginas de jornais, revistas e tratados médicos. Muitas mulheres burlaram e criticaram essas delimitações e foram estigmatizadas em consequência de seus “comportamentos desviantes”, uma vez que seus “questionamentos e contestações colocaram em perigo as normas de comportamento” (BASSANEZI, 2007: 622). A muitas delas foi atribuído o estigma da loucura, uma vez que responderam com seus “ataques dos nervos” a modelos e regras que os periódicos femininos e de ampla circulação promoviam, por vezes amparados por discursos médicos. Assim, também, alguns homens não se enquadravam em um modelo de masculinidade hegemônica, ou ultrapassavam suas barreiras e apresentavam comportamentos intoleráveis para a vida em sociedade foram conduzidos para os hospitais psiquiátricos.

Retomar essa relação da medicina com os modelos de normalidade e anormalidade nas décadas de 1930 a 1950 interessa para investigar não apenas quem era direcionado para o Juquery, mas também o bom *candidato* para passar pela experiência da lobotomia.

Falando em candidatura à psicocirurgia, cabe uma reflexão sobre Mário Yahn, referenciado por Barretto (1944) como grande incentivador do uso da psicocirurgia no Juquery. Yahn foi chefe da Clínica Feminina entre 1947 e 1951 (*Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 27/10/1952: 4; FRALETTI, 1986-1987), o que nos permite concluir que ele era responsável pelo contingente de mulheres internadas no hospital e, enquanto entusiasta da terapêutica, promoveu tal prática entre as pacientes do sexo feminino. Mas se a autoridade médica de Yahn em espaços de tratamento feminino justificaria a escolha de pacientes mulheres, outros apontamentos se fazem necessários e, no mínimo, dão maior complexidade a tal proposição.

Analisei no segundo capítulo a relevância desse médico dentro do corpo médico do Juquery atestada por sua intensa participação em trabalhos sobre psicocirurgia e na Seção de Pintura do hospital. Vimos que foi Mário Yahn quem, em 1942, fundou o Centro de Estudos “Franco da Rocha”, cujas reuniões ele dirigiu naquele ano e em 1943. Presidindo a 13ª Sessão Ordinária do Centro, no discurso de abertura da sessão, ele declarou que

A Psiquiatria é feminina e, além de feminina, muito jovem. Por ser feminina é caprichosa e, às vezes, volúvel, por ser jovem, ainda não se conhece bem a si própria e se entretém maliciosamente com as nossas

dificuldades e dúvidas. Mas envelhecerá e a constância e a tenacidade dominarão os seus caprichos (AAPESP, 1943:152).

Na passagem acima notamos algumas características atribuídas por ele ao gênero feminino, aqui associado à psiquiatria: caprichoso e volúvel. Seria para ele inerente à “natureza” feminina um caráter por vezes inconstante, teimoso e resistente, justamente em um momento no qual ele se dedicava intensamente às indicações de psicocirurgia no Juquery.

Em 1942, em um estudo sobre os efeitos de outra terapêutica, a cardiazolterapia, Mário Yahn e Oliveira Neto afirmavam que as mulheres resignavam-se mais prontamente ao tratamento “depois de ver que alegações quase infantis como gravidez, menstruação, gripe, indisposição geral, não surtem efeito para dissuadir o terapeuta (...) (YAHN e OLIVEIRA NETO, 1942 como citado em TARELOW, 2013: 81).

Não apenas nas páginas de estudos médicos, mas na cultura geral do contexto, essas características atribuídas a atitudes e comportamentos femininos, não eram bem vistos nem ansiados para as boas moças. O “amadurecimento” deveria livrar-lhes de tais atributos.

Em 1953, Mário Yahn publicou a obra *Higiene Mental*, em um momento em que passara a trabalhar junto à divisão de Higiene Mental no Serviço de Centros de Saúde da Capital (São Paulo). Como passo inicial desse trabalho, Yahn relatou a criação de um curso que acabou por dar origem aos capítulos divulgados na obra. Esse curso foi voltado para a formação de educadoras sanitárias, e realizado em 1952. Sua importância residiu no fato de que o curso era dedicado à formação de noivas, o que era justificado pela “imperiosa necessidade de preparação das mães sobre a vida emocional dos filhos a fim de que estes não sejam traumatizados pela indiscutível incompreensão que os adultos têm das crianças, e estas dos adultos” (YAHN, 1953: 8).

A centralidade da tarefa materna na educação dos filhos foi, nesse sentido, colocada em evidência. Mais do que isso, em relação ao casamento – monogâmico e heterossexual – base da família, Yahn fazia relevantes apontamentos em relação à organização social daquele contexto em relação aos gêneros. Entre os fatores que afrouxariam a estrutura matrimonial no novo modelo de vida urbana, Mário Yahn cita “as frequentes seduções das mais variadas naturezas, a própria limitação da natalidade, facilitando as oportunidades para separação conjugal e, finalmente, o trabalho da mulher

na indústria ou no comércio”. Ao mesmo tempo, ele ressaltava a condição que o trabalho desempenhava na vida de algumas mulheres. Elas teriam duas formas de assumir “direitos morais” naquela nova conjuntura: abandonando o emprego em detrimento do casamento ou conseguindo sucesso profissional, desempenhando papel de *concorrente do homem*<sup>180</sup> e fazendo prevalecer sua opinião no meio social (YAHN, 1953: 101).

Essa assertiva pode parecer contraditória, mas acompanhava mudanças e resistências em voga naquele momento no que tangia às relações de gênero. Para um lugar de respeitabilidade na sociedade, as mulheres deveriam se dedicar ao casamento, ou seguir uma vida de “concorrência” que lhes permitisse a manifestação de suas ideias na esfera pública. Não obstante, e diante da conjuntura sociocultural na qual vivia, Yahn afirmava que

Para a mulher, muito mais do que para o homem, no nosso tipo de sociedade que ainda resente de influências de uma burguesia acanhada, o casamento é sempre desejável para uma maior estabilidade social, psicológica, econômica e moral (YAHN, 1953: 89).

Diante de toda a elucidação feita sobre aspectos socioculturais de gênero daquele contexto, não intenciono dizer que Mário Yahn tenha construído uma ideia de mulher e feminilidade ímpares, mas que ele compartilhava de um estilo de pensamento (FLECK, 2010) em voga em relação aos papéis de gênero. Lembremos que as primeiras operações no Juquery foram feitas em mulheres, em 1936, quando Yahn ainda era alienista substituto (PIMENTA, 1936, 265). Assim, ainda que sob sua chefia a Clínica Feminina a psicocirurgia tenha sido fortemente estimulada, esse médico esteve ao lado de outros profissionais da instituição que encontraram nela um tratamento proveitoso em relação à readaptação de pacientes a comportamentos socialmente ansiados, especialmente de mulheres.

Foi dentro desse contexto que a prática psicocirúrgica se situou no Juquery. É também, por meio dele, que as trajetórias de pacientes mulheres e homens operados se tornam mais acessíveis e nos permitem refletir sobre *histórias* da psicocirurgia que as quantificações não comportam.

---

<sup>180</sup> Grifo meu.

#### 4.4. Gênero e psicocirurgia no Juquery: um olhar ampliado por meio de estudos de caso

##### 4.4.1. Primeiros indícios: psicocirurgia e gênero nas publicações médicas

Em 1949 Mário Yahn, Stanislaw Krynski<sup>181</sup>, A. Mattos Pimenta e Afonso Sette Junior publicaram o artigo “Leucotomia pré-frontal em menores”<sup>182</sup> e atestavam que

o resultado mais interessante foi o da paciente da observação 5 (personalidade psicopática tipo perverso com componente oligofrênico), cujos sintomas principais eram vulgaridade, espírito autoritário, excitabilidade psicomotora, tendência à fuga de casa, perversidade instintiva e insubordinação. Operada, a paciente começou a apresentar melhoras globais sensíveis, conseguindo sair com licença, em franca remissão, 6 meses depois do ato cirúrgico (YAHN et al., 1949: 365).

De maneira geral, eles consideram a leucotomia uma terapêutica auspiciosa quando à “turbulência, insubordinação, agressividade, perversidade, excitabilidade, que são básicos para que se origine a incapacidade para a vida social” (YAHN et al., 1949: 368). Jovens moças cuja sexualidade era considerada desviante ou anormal também acabaram por ser lobotomizadas.

É o caso de Maria do Carmo, “preta”, brasileira, solteira, 15 anos, internada em 1945. Na descrição dos antecedentes dessa paciente, que representava bem “a síndrome amoral ou perversa” (YAHN et. al., 1951: 212), os autores informavam que ela não era o modelo da moça do lar, pois que:

Amoral, aos 13 anos fugiu com um homem que aos 14 a deflorou e passou a viver maritalmente com ela. Voltando para a casa, forçou o irmão a manter relações sexuais com ela. Masturbava-se. Praticou libidinagem com vários homens. (...) Era amoral. Masturbava-se, rolava pelos bancos, ficava agitada por não poder satisfazer os seus instintos

---

<sup>181</sup> Stanislaw Krynski sucedeu a Vicente Baptista na direção do Pavilhão Infantil do Juquery na década de 1940 e foi o primeiro presidente da Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Infantil. Disponível em <http://www.abenepi.org.br/sobre/historia-2/>. Também citado como “posiblemente el psiquiatra infantil más influyente en Brasil” entre as décadas de 1950 e 1970. Em *Historia De La Psiquiatria Infantil Y Del Adolescente*. Disponível em <https://docplayer.es/90737447-Historia-de-la-psiquiatria-infantil-y-del-adolescente.html>. Acesso em 9 de jun. 2018.

<sup>182</sup> O trabalho foi apresentado no ano anterior no 1º Congresso Internacional de Psicocirurgia em Lisboa, e no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, realizado em São Paulo-Rio de Janeiro (YAHN et al, 1951).

sexuais exaltados (YAHN et. al., 1951: 211).

Ao fim do relato os médicos afirmavam: “Parece-nos que, não só por este caso, mas em face de outros e daquilo que consta na própria bibliografia, que essa síndrome [*amoral*] encontra uma possibilidade auspiciosa de remissão nesse novo processo terapêutico que é a leucotomia” (YAHN et. al., 1951: 212).

Chama-nos atenção, no entanto, que a experiência tenha sido feita de forma sistemática apenas em jovens do sexo feminino. Entre os casos de meninos internados os médicos não teriam encontrado sintomas similares? Recorrendo aos prontuários médicos do Juquery vemos que sim, mas que haveriam limites distintos de tolerância em relação aos menores do sexo masculino.

Um dos pacientes, branco, internado aos seis anos de idade e diagnosticado com psicose epilética, era descrito como “agressivo” e “perigoso”. Aos quatorze anos, segundo sua documentação, apresentava “desvio de conduta sexual”, não dando “trégua aos meninos menores”. Além do risco de violência sexual contra terceiros, o rapaz apresentava impulso de esganar e furar os olhos de outros pacientes. Contudo, as indicações para a leucotomia só figuram dos registros médicos quando o paciente tinha vinte e dois anos de idade, apesar do histórico de violência constante durante todos os anos de internação (RG 41.462). Nesse caso, não pudemos nem mesmo confirmar se a operação foi feita. Outro paciente, branco, internado aos treze anos de idade, diagnosticado com encefalopatia infantil e apresentando um comportamento anormal, com “instinto perverso” como “pederasta passivo”, só passou pela cirurgia também aos vinte e dois anos (RG 26.709).

Em relação aos pacientes adultos, alguns casos publicados confirmam o que encontramos na documentação primária. Um deles é o da paciente Angelina N., branca, solteira, 26 anos, internada em 1945, paciente “ vaidade exagerada, aliada à tagarelice e exibicionismo marcantes: pintava-se demais, usava vestidos curtos, decotados e namorava muito” (YAHN, 1951: 151). Diagnosticada com esquizofrenia de forma hebefrênica em personalidade psicopática amoral, a paciente passou por tratamento de choque e voltou para a casa onde “não tardou a voltar à sua antiga conduta, com fatos novos ainda, pois começou a beber, chegando à embriaguez, e passou a manter relações sexuais com os namorados”, o que motivou sua segunda internação (YAHN, 1951: 152). Diante da resistência dos sintomas a outros tratamentos (insulina, eletrochoque), os

médicos optaram, então, pela leucotomia. O primeiro exame psiquiátrico pós-operatório janeiro de 1947 revelou que a paciente estava bem orientada globalmente, ambientada, mostrando interesse pelo trabalho.

Segundo os médicos, a paciente:

pede-nos alta, pois sente saudades do seu âmbito familiar. Nega com veemência as passagens amorosas e sexuais de sua vida pregressa. É perfeitamente lúcida e apresenta inteligência regular. Tem boa modulação afetiva, mas ainda apresenta risos forçados. A afetação, o maneirismo, persistem, continuando vaidosa e faceira. Consideramo-la melhorada, dependendo sua alta de nova revisão (YAHN, 1951: 152).

Em segunda revisão, foi constatada a remissão completa da paciente, sendo que “a perversão dos sentidos éticos”, com a qual sofria de 1939 a 1945, teria sido curada pela cirurgia. A paciente recebeu alta em 1947 (YAHN et. al., 1951: 152).

O que a publicação não nos conta é uma longa história de contestação, por parte da paciente, a qual temos acesso, parcialmente, pelo registro clínico. O prontuário dessa paciente contém longuíssima folha psiquiátrica. Na primeira internação ela pedia alta, pois queria, segundo os médicos, “passear, sair pelos campos, (...) de charrete, e com quem fazia “brincadeiras” (*sic*). Ela teria dito aos médicos que havia “combinado” com um rapaz, um vaqueiro, cuja casa frequentava. Teria ainda confessado que bebia Whisky e praticava com o mesmo “brincadeiras feias”, mas afirmava que ainda era virgem (RG 32.277).

Algumas passagens do prontuário nos remetem às pressões que a imposição do casamento para as mulheres poderia representar naquele contexto. Angelina teria dito que por “passatempo” teve vários namorados, pois que ainda não havia encontrado homem nenhum “digno para seu marido e além de achar bem mais folgada a vida de solteira”. Confessava ter “medo das responsabilidades de casada”, dizia que gostava de crianças, mas que elas davam “muito trabalho”. Por isso ele preferia “continuar solteira, trabalhando e indo “sossegadamente às suas matinês”. Ela falava repetidamente do fato de respeitar seus irmãos e namorados e sobre as “desvantagens que leva sendo mulher”. Considerada vaidosa e faceira, teria apanhado muito do pai (RG 32.277).

Percebemos também que a não realização de atividades domésticas foi fonte de atenção nos relatos. É o caso de Tereza M. C., branca, brasileira, casada, 30 anos, internada em 1945, considerada muito nervosa e de “gênio exaltado” que apresentava

desinteresse “pelo asseio corporal e afazeres domésticos” (YAHN, 1951: 154). Maria de L. C. de B., parda, brasileira, casada, 28 anos, internada em 1940 também preocupava os médicos com o “desinteresse pelos seus deveres de esposa e mãe” (YAHN, 1951: 166). No relato sobre Olga M., branca, brasileira, casada, 27 anos, internada em 1945, os médicos informam que a paciente “desinteressou-se pelos afazeres domésticos”. Sua moléstia a condicionava ainda a uma “atitude erótica extravagante” (pois que, nas palavras dos médicos, ela levantava as vestes e se “oferecia sexualmente”) (YAHN et. al., 1951: 162).

Ainda que menos representativos quantitativamente na massa documental de psicocirurgias, não podemos negligenciar seu uso em pacientes do sexo masculino. Recorro aqui à única publicação que encontramos de trabalho realizado por médicos no Hospital Central do Juquery em homens<sup>183</sup>. O artigo “Subcorticotomia no lobo orbitário e distúrbios instintivos” foi apresentado no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental em Salvador, em 1958, pelos médicos Spartaco Vizzoto, Isaias Melsohn, Afonso Sette Junior, Aloysio Mattos Pimenta, Paulo Mangabeira Albernaz F.<sup>184</sup>, Roberto Tomchinsky<sup>185</sup> e Luiz J. A. Fiore, na Bahia. Com exceção de Mattos Pimenta e Paulo Albernaz, então Neurocirurgiões da Escola Paulista de Medicina, os demais eram médicos do Juquery (TANCREDI e PIMENTA, 1958: 202). A origem da técnica, segundo os autores, derivava de investigações de Kleist e Aníbal Silveira, aplicadas em trabalhos anteriores de Vizzotto e Mattos Pimenta. Em linhas gerais, os autores explicavam que o fundamento teórico dessa variação residia na psicofisiologia do lobo orbitário estabelecida por Kleist, que explicam nos seguintes termos:

Em linhas gerais, a síndrome do lobo orbitário traduz-se por exaltação instintiva nas esferas sexual, nutritiva e impulsiva. Apresentam os pacientes liberações de impulsos sexuais da mais variada espécie — atentados ao pudor, perversões, aumento da atividade genésica, ciúmes mórbidos, ideias prevalentes de fundo sexual — hiperatividade motora, hiperfagia. (...) A leucotomia standard de Freeman, usada em alguns destes casos, *determinou a piora da conduta em virtude do déficit intelectual consequente à intervenção*. Na Europa, especialmente nos países nórdicos, tem sido feita a castração dos pacientes, também com

---

<sup>183</sup> O outro estudo com 76 pacientes homens operados, citado no capítulo anterior, é de utilização em pacientes internados no Manicômio Judiciário do Juquery (TANCREDI e PIMENTA, 1949).

<sup>184</sup> Médico brasileiro, um dos fundadores da Escola Paulista de Medicina, em 1933, onde ensinou até 1966, recebendo do então presidente Castelo Branco a medalha da Ordem do Mérito Médico (ALBERNAZ, 2012: n.p.).

<sup>185</sup> Em 1959, era psiquiatra do Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, ex-psiquiatra do Hospital do Juquery (TOMCHINSKY, 1959: 182).



resultados precários (VIZZOTO et. al., 1959).

O primeiro paciente citado no estudo, branco, 47 anos, apresentava tendência de liberação de impulsos sexuais e agressivos, sofria de disgenesia do sistema nervoso central. Com a operação em 1952 teriam “desaparecido inteiramente os impulsos sexuais anormais” (masturbava-se em excesso desde os sete anos), mas nada foi relatado em relação à agressividade, que manifestava por vezes, contra seus familiares. O segundo paciente, branco, 18 anos, constituía “grave problema para a família em virtude de práticas homossexuais pouco discretas, causando conflitos com os vizinhos”. Após a cirurgia em 1953 e acompanhamento que durou até 1958, os médicos afirmam que “Nunca mais os pais tiveram conhecimento de práticas homossexuais por parte do paciente, cuja capacidade de trabalho melhorou, talvez por atitude mais perseverante e atenciosa. Sua agressividade se manifestava apenas quando provocado” (VIZZOTTO, 1959: 204).

Apesar de o componente agressivo figurar em todos os relatos, além dos de ordem sexual, nos dois últimos casos esse fator é ainda mais forte. As conversações do terceiro paciente, diagnosticado com esquizofrenia hebefrênica autista, branco, de 33 anos e romeno (único estrangeiro entre os quatro), girariam quase sempre em torno de tema sexual. Apesar de ser considerado “o paciente mais perigoso que passou pelo pavilhão nos últimos dez anos, tendo praticado inúmeras e graves agressões”, passou pelas primeiras cirurgias apenas cinco anos após sua entrada. Depois de passar por duas operações pela técnica de Freeman e Watts em 1953, sem resultado, foi operado no mesmo ano pela subcorticotomia. Os resultados mostraram-se “excelentes”: apesar de não ter sofrido nenhuma alteração no aspecto sexual, nunca mais praticou agressões, e recebeu alta (VIZZOTO et. al. 1959: 204).

O quarto último caso era de um paciente de 16 anos, branco, que manifestava atos agressivos e atentados sexuais que resultaram em “prisões e expulsões de instituições correcionais”. Os médicos afirmavam que ele “era pederasta ativo, desrespeitando vizinhas, criadas e, inclusive, sua irmã” e foi diagnosticado com personalidade psicopática amoral e perversa. O paciente foi operado em 1956 e não foram mais observadas práticas sexuais anormais. Contudo, de licença após a cirurgia, envolveu-se em uma briga e, segundo os médicos, um amigo, preocupado que ele fosse atingido na cabeça (pois que seria fatal, em virtude da cirurgia recente), “passou-lhe uma faca com a qual o paciente acabou por assassinar outro menino”. Por esse motivo, retornou ao

Juquery, e depois à Colônia de Itapira, onde executava tarefas que o obrigavam a viajar e às quais se integrou bem. Voltou então a residir na casa dos pais, e lá passou a apresentar crises convulsivas e deu-se ao hábito da maconha e de bebidas alcoólicas, sendo que em estado de embriaguez praticava atos agressivos. Voltou ao Juquery, mas os médicos atestam que sua conduta era “normal” (VIZZOTO et. al. 1959: 205).

Notamos nesse estudo – posterior aos demais, publicados entre meados da década de 1940 a 1952 – a existência de uma indicação da psicocirurgia para tratamento de fatores de ordem sexual e de agressividade também em pacientes do sexo masculino. Nele, contudo, chama-nos atenção o fator “homossexualidade”, considerada como sintoma a ser tratado pela terapêutica, além do alto nível de agressividade dos pacientes. Esse último aspecto tem ainda mais destaque se comparado àquilo que considerada agressividade nas pacientes mulheres (não apenas nos relatos dos periódicos, mas, e principalmente, nos prontuários médicos). Notamos que mesmo no caso de extrema violência que envolveu o quarto paciente – que “acabou por assassinar outro menino” – os médicos preocuparam-se em justificar ou, ao menos, explicar de maneira pormenorizada o que levou o paciente a tal ato, sobretudo por considerá-lo melhorado após a cirurgia. Os médicos também consideraram melhorado o paciente cujo teor sexual não havia sofrido alteração e aquele que só se apresentava agressivo quando o provocavam, o que indica uma tolerância diferente em relação a comportamentos semelhantes em pacientes do sexo feminino.

Nos prontuários médicos há alguns relatos considerados representativos desses dois sintomas: agressividade/agitação e sexualidade. Consideramos que o caráter agressivo de alguns pacientes homens era mais consentido do que os apresentados pelas mulheres e só efetivamente transformava-se em justificativa para a psicocirurgia em casos extremos, como daqueles pacientes que iam com frequência para a rotunda por agredirem outros pacientes e enfermeiros. A violência como apanágio da noção de masculinidade corrente somente tornava-se um elemento que requeria a intervenção cerebral quando os homens agiam de maneira destrutiva para si e para o entorno (BRASLOW, 1997) e mesmo assim a tolerância aos atos agressivos ainda pode ser notada. No caso das mulheres, a agressividade raramente ganhava contornos tão drásticos, mas elementos de insubordinação nesse sentido eram menos toleráveis por não serem condizentes com o padrão de feminilidade.

#### **4.4.2. Gênero e psicocirurgia nas páginas dos dossiês médicos**

A partir de alguns registros clínicos, este capítulo passa agora a um olhar aprofundado sobre o uso da psicocirurgia no que diz respeito a indicações de uso e apreciação dos resultados segundo padrões de gênero. Esses casos “permitem tirar interseções e interações entre cultura, prática psiquiátrica e doença em um determinado momento histórico” (APPIGNANESI, 2008: 9).

É preciso ter em mente que as leituras aqui propostas partem de documentos institucionais que privilegiam informações de um grupo específico (o corpo médico). Ainda assim, podemos, por meio deles, fazer algumas inferências sobre como os pacientes se sentiam ou a natureza de sua interação com os psiquiatras, mas sempre com um olhar crítico que nos impeça de considerar que os registros indicam o que “realmente aconteceu”. Como bem destaca Peter Burke (1982), as fontes históricas, de caráter oficial ou não, não devem ser lidas literalmente, mas compreendidas em suas entrelinhas, diante do contexto social e histórico no qual são elaboradas. Devem ser vistas como representações do que aconteceu e não como registros objetivos da realidade. Isso posto, e em meio à vasta série documental encontrada, selecionei alguns dos prontuários médicos que compilam informações representativas em torno de duas vertentes sintomatológicas que se destacam nas indicações das psicocirurgia: noções de sexualidade desviante e comportamentos de ordem da violência/agressividade. Recorro ainda, eventualmente, a trechos de outros prontuários com a mesma intenção: demonstrar que os percursos que levaram pacientes mulheres e homens a serem submetidos à psicocirurgia demonstram que um ordenamento de gênero está presente, para além de questões quantitativa, na dinâmica qualitativa da terapêutica.

##### **4.4.2.1. Psicocirurgia, gênero e sexualidade**

Acerca da primeira internação de uma paciente de 24 anos de idade<sup>186</sup>, que havia dado entrada em 1945, a documentação informa que ela não era mais “donzela” e que falava sobre suas relações sexuais “com naturalidade, sem demonstração do menor

---

<sup>186</sup> Não há informação no tópico “cor” do prontuário.

sentimento de pudor”. Segundo ela mesma, “Ainda criança [aos seis anos de idade], antes mesmo de entrar no grupo, foi deflorada e desde então começou a ser nervosa”. Depois disso teria “comportado-se bem até quando já moça feita”. A partir de então, ela teria principiado uma “história de relações sexuais com vários homens”, pois que andava “muito sem vergonha” (*sic*). Não queria mais trabalhar, ficava sempre na rua ou na casa de vizinhos e devido ao seu “mau comportamento” esteve presa uma vez em sua cidade natal. Os psiquiatras informavam ainda que ela dizia ser nervosa, e que chegava a agredir as pessoas quando a “aperreavam”, mas que afirmava não ser louca. Foi, nessa internação, diagnosticada como psicopata amoral e em seguida foi encaminhada para a leucotomia em três tempos (RG 31.798).

Operada em junho de 1946, nas observações da folha de psicocirurgia constava que ela já havia passado por outros tratamentos e que o que motivou a operação “foram os desvios de conduta dependentes de clara falha e inibição dos instintos”. É muito significativo que no relato pós-cirúrgico o médico explicasse que a paciente tinha ido ao Juquery após passar a noite com um soldado na rua e que ela teria tido vários namorados com os quais mantinha relações sexuais. Como resultado da operação, o médico analisa: “Feita a lobotomia, a paciente informa que se sente curada, que embora a irrite não fica mais nervosa, e que, na fala, ela nota a diferença, está mais calma. A paciente quer ir embora para casa da mãe para trabalhar e começar (uma) vida diferente da anterior” (RG 31.798).

Foram feitas três avaliações da paciente após a cirurgia. Na primeira, informavam que passava bem e que trabalhava, e que ela acreditava que a cirurgia havia diminuído seu estado nervoso. Na segunda, os médicos atestaram seu bom comportamento, pois ela não apresentava mais comportamento agressivo e manifestava desejo de ir embora. Na terceira revisão foi considerada com remissão social e saiu em agosto de 1947” (RG 31.798).

Cinco anos mais tarde, contudo, essa paciente foi reentrada, dessa vez diagnosticada com episódio esquizofrênico em personalidade psicopática. Segundo os médicos, a paciente teria se tornado perigosa após a saída, ameaçando matar as pessoas da família, e não possuía sentido de crítica ou de pudor. Ficou internada no hospital até 1960, quando faleceu de hemorragia intestinal. Apesar de ter recebido alta, a paciente, cinco anos após a operação, apresentou-se ainda mais agressiva (sendo utilizado o termo

“perigosa”) e os médicos alegam que ela mantinha o sintoma de “falta de pudor” (RG 31.798).

Outra paciente, branca, casada, doméstica e de instrução primária, foi internada no Hospital de Perdizes em 1941, ocasião sobre a qual consta o seguinte registro médico: “Vida de vagabunda, mora no Albergue Noturno, a sua internação é necessária”. No “exame no ato da entrada” naquele hospital o médico responsável afirmava a “sensível baixa de senso crítico e moral” da paciente, o que provavelmente a “fazia cometer atos de desatino ou de revolta”. No mesmo exame, em relato sobre o estado psíquico detalhado, as informações narradas pela paciente, segundo o relato médico, merecem aqui ser citadas:

(...) conta-nos que o seu sofrimento começou com o casamento. Foi obrigada pelos pais a casar-se, contra sua vontade, com um homem por quem não sentia a menor afeição. Ficou somente um dia com o marido e depois separou-se; algum tempo após prostituiu-se, começando então a levar uma vida cheia de prazeres. Era moça bonita e todos a procuravam. Chegou a ganhar algum dinheiro e já esteve em Portugal a passeio. Com o correr do tempo, os anos iam se passando e então começou a desiludir-se da vida que vivia. Já não era procurada com tanta assiduidade, sendo preciso procurar um emprego para poder sustentar-se (RG 29.298).

No decurso de sua internação, o médico constatou em 1944 que seu estado caminhava “progressivamente para o pior” e em dezembro daquele ano ela foi transferida para o Hospital Central de Juquery, aos 48 anos de idade. Em relação ao seu estado mental, a descrição médica é de que a moça estava deprimida, mas orientada em relação ao meio e lugar. Vinha com diagnóstico de neuro-lues atribuído no Hospital Psiquiátrico de Perdizes, mas essa hipótese foi afastada na internação no Juquery, onde atestaram que a paciente sofria de “personalidade psicótica amoral”. Os médicos alegavam que ela “prostituiu-se vivendo uma vida irregular, cheia de prazeres”, a qual contava “com certa ênfase”. Ao analisar seu histórico, os médicos informavam que após prostituir-se, começou a trabalhar como arrumadeira em várias casas, mas os patrões não gostavam de seu serviço. Assim, desgostosa dessa forma de trabalho, foi para um albergue noturno. Esteve ainda internada duas vezes no Ambulatório de Higiene Mental. Durante sua passagem pelo Juquery apresentava-se obediente, dormia e alimentava-se regularmente, distraía-se com serviços leves de costura. No entanto, mostrava-se às vezes “revoltada contra tudo e todos”, além de denotar “certa indiferença” e deixar transparecer em suas explanações “visível baixa do senso crítico e moral” (RG 29.298).

Ao longo de cinco anos de internação, os médicos consideraram que seu quadro configurava um caso de típica síndrome de esquizofrenia paranoide, que transparecia no contraste entre “seu aspecto de senhora já idosa e a coquetterie exagerada”. Apesar da mudança de diagnóstico para um quadro esquizofrênico, foi mantido o caráter de “personalidade pré-psicótica de psicopata amoral”. O cunho sexual sintomático foi, assim, conservado, por meio da ideia de que em “toda a conversação há sempre um fundo sexual velado, não sendo, entretanto, pornográfica” (RG 29.298).

Em julho de 1953 (ano da operação) reafirmou-se o diagnóstico de personalidade psicótica amoral. Até o momento da indicação da psicocirurgia, ela já havia passado por tratamentos com tônicos reconstituintes, insulino-terapia, sintomáticos e labor-terapia. Em setembro daquele ano foi realizada a leucotomia transorbitária bilateral, sem que conste na ficha da cirurgia qualquer relato sobre o pós-operatório. “Calma”, trabalhava ainda na Seção de Pintura e em 1956 o médico responsável afirmava que a paciente sofria de “delírio persecutório erótico”, que traduzia em conversas, solilóquios e numa intensa produção pictórica, uma vez que seus quadros eram “quase sempre de tonalidade sombria e com motivos sexuais” (RG 29.298).

Notamos ainda que no quadro clínico dessa paciente, como no da paciente anterior, não sobressaíam atitudes consideradas agressivas, prevalecendo apenas comportamentos desviantes de ordem sexual. De maneira diferente da paciente citada anteriormente e de Angelina N., cujo tratamento com a psicocirurgia foi relatado na obra *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (YAHN *et al.*, 1951), segundo os relatos dos técnicos, os sintomas de cunho sexual não cederam com a operação. Ela faleceu no hospital, em 1959.

Outra paciente, branca, casada, com diagnóstico de personalidade psicopática, dizia, segundo os médicos, que era nervosa e que não podia viver com o marido, rasgava roupas e gritava. Na primeira internação da paciente, quando foi operada aos 25 anos, seu marido alegava que ela tinha alucinações e concedeu a autorização para a leucotomia. Saída com licença após a operação, seu marido informou que ela passava bem e os médicos lhe deram alta, mas ela voltou para o hospital cerca de 6 meses depois. Eles registraram, nessa nova entrada, que ela havia deixado o marido, “pois não se casou por livre e espontânea vontade” e que não gostava do mesmo. Um mês depois, ela teria “dormido com vinte homens”. Teria ainda começado a gostar do proprietário da casa onde

morava e começado a ter relações com ele. Nas palavras da paciente, segundo os médicos, ela explicava: "nunca me interessei por isso, porém desde estes dias, meu desejo aumentou muito". Contava que não "tinha prazer com seu marido, porém com outros homens sim" (RG 40.610).

Esse caso nos remete à operação solicitada pelo marido para a esposa “ciumenta” citada por Baruk, cirurgia essa que teria gerado sérios prejuízos à paciente. Já essa paciente do Juquery, quando deu reentrada no asilo, foi descrita como portadora de “déficit acentuado de senso moral”, o que os médicos avaliavam que poderia ser uma “consequência da leucotomia”. Operada por causa dessa “deficiência”, os médicos acreditavam que a psicocirurgia não apenas não havia agido sobre o “sintoma”, mas que o teria agravado (RG 40.610). Para as mulheres adultas, era principalmente a sexualidade não monogâmica e fora do casamento que se constituía em algo aberrante, sobretudo quando o relatavam sem parecer demonstrar sentido crítico e pudor.

Exemplificando um caso de um paciente do sexo masculino, encontramos o registro do paciente, branco, internado em 1943, aos treze anos de idade. Esse paciente foi diagnosticado com “perversões do caráter e da moral”, cuja etiologia provável era atribuída a uma herança neuropática materna (RG 26.709).

Seu prontuário informava que ele sofria de crises convulsivas desde os sete anos de idade e que aos quatorze começara a ter ataques convulsivos, mantendo-se inteligente e com capacidade de “fácil apreensão das coisas”. Manifestava, contudo, desvio de conduta, tendo agredido a progenitora e a irmã, segundo o pai que o internara. Suas crises, então quase diárias, eram acompanhadas de graves perturbações de caráter e de comportamento. Além do temperamento impulsivo e violento, cometeria atos imorais, apresentando erotismo exagerado e linguagem pornográfica: “sua única preocupação” era vinculada a “coisas que se relacionam com sexo”. Masturbava-se frequentemente, “mesmo na frente das encarregadas da vigilância” e induzia os companheiros, segundo os médicos, “a práticas pederastas”. Foi considerado “pederasta passivo” e portador de “instinto perverso” (RG 26.709).

Em 1952, o médico responsável afirmou que, apesar de provocador, o paciente não era agressivo, fugindo às lutas. Contudo, seu histórico marcado por evasões e tentativas de fuga (que o fizeram ser enviado à rotunda por diversas vezes), além de seu

comportamento considerado imoral e pederasta, fizeram com que a leucotomia fosse indicada em caso de consentimento da família. Até então tratado com medicamentos, o interno da 5ª Colônia teria passado pela leucotomia transorbitária bilateral pela técnica de Freeman em setembro daquele ano. Não há qualquer informação sobre os resultados da cirurgia, o que nos indica que a folha de psicocirurgia pode ter sido preparada e a cirurgia não ter sido realizada. O paciente evadiu em 1953 e foi recuperado no mesmo ano, falecendo na 8ª Colônia em 1959 (RG 26.709).

Percebemos que no caso do paciente do sexo masculino, ainda que os fatores de agressividade e insubordinação estivessem presentes – sobretudo em relação às tentativas de fuga – existe também a preocupação constante dos médicos com o comportamento “imoral” que o paciente apresentava em relação à sexualidade. Nesse sentido, a centralidade de temas de cunho erótico e pornográfico, a masturbação frequente e os atos pederastas figuram como elementos alarmantes.

É difícil conceber quantas pessoas receberam o tratamento psicocirúrgico por motivo de “desvios sexuais”. Nos três casos aqui expostos, contudo, mesmo que estes não sejam os únicos sintomas apresentados, notamos sua relevância na indicação da psicocirurgia. Assim, mesmo que nossa sequência documental não nos permita traçar esquemas comportamentais representativos de todos os pacientes lobotomizados, “a sexualidade – ou moralidade segundo as palavras empregadas na época – é um elemento importante de enquete” (PERREAULT, 2012: 218-19, tradução minha).

Ressalto ainda que por volta de 1947, médicos de hospitais dos Estados Unidos que faziam uso da intervenção cirúrgica em seus pacientes, elaboraram um dossiê com indicações e restrições para a psicocirurgia que Moniz aprovou em sua obra *Confidencias de um investigador científico* (1949). Não conseguimos saber se essa obra chegou até os médicos do Juquery ou se teve ali algum impacto, mas nela consta como grupo que não deveria ser considerado propício para a leucotomia o de “Homossexuais e outras perversões sexuais” (MONIZ 1949: 492). Essa delimitação surgiu, possivelmente, em resposta a aplicações feitas nesses casos e vemos no Juquery que argumentos de ordem sexual surgem diluídos em meio a sintomas de quadros clínicos como os de esquizofrenia, sem que sejam explicitamente avaliados no pós-operatório.

Em relação à sexualidade dos pacientes homens operados, os médicos destacavam comportamentos “pederastas” e que afetavam a rotina da família. A preocupação com a



sexualidade que perpassa esses discursos nos indica uma moralidade distinta em relação à sexualidade feminina. O caráter homossexual exprime, nesse sentido, uma preocupação de caráter patológico na medida em que representa uma incoerência entre o gênero e corpo sexuado, fugindo à prática sexual “normal” e ferindo o princípio ético de preservação da espécie (MEDRADO e LIRA, 2002: 69).

Diante ainda no quadro geral dos prontuários e segundo os relatos aqui expostos, mesmo que o elemento “masturbação” esteja presente como sintoma em alguns pacientes homens e mulheres operados, é recorrente que ele venha acompanhado de indicações de práticas homossexuais e pederastas no caso de pacientes do sexo masculino. Além disso, para os homens, um comportamento de mesma natureza (masturbação), era preocupante em outra medida. No artigo que cita as operações feitas em quatro pacientes homens na década de 1950 (VIZZOTTO et al., 1959), um deles masturbava-se “em excesso” desde os sete anos, mas a internação da qual resultou a operação só aconteceu quarenta anos mais tarde.

Notamos, assim, que os comportamentos que motivavam o uso dessa terapêutica colocavam em xeque a organização familiar, hospitalar e social. Se considerarmos essa tecnologia terapêutica experimental (CASCAIS, 1991; PINA e CORREIA, 2012), que poderia gerar sequelas como ataxia e queda da intelectualidade, a sua história nos permite compreender quais elementos patológicos eram essencialmente graves para motivar a operação. Assim como Joel Braslow, é possível distinguir no Juquery que a racionalidade da terapêutica “ditava que comportamentos desordeiros eram doença” (BRASLOW, 1997: 111, tradução minha). No sentido de transformá-los em patologias tratáveis pela cirurgia, “o comportamento aberrante providenciou a marca mais confiável” (BRASLOW, 1997: 135, tradução minha).

Ressalto, este outro aspecto específico da racionalidade terapêutica que permeia as publicações e os prontuários médicos: o caráter agressivo/violento dos pacientes. Ainda que outros casos citados já tenham explicitado a relação entre psicocirurgia e agressividade, recorro aqui aos registros médicos de pacientes leucotomizados/lobotomizados que explicitam como este aspecto também comporta nuances de gênero.

#### 4.4.2.2. Psicocirurgia, gênero e agressividade

Levada pela irmã e pelo “amigo” (consta na sua ficha de entrada que “é amasiada”), a paciente de RG 32.714, branca, solteira, foi levada da capital para ser internada no Juquery em 1946, aos 42 anos de idade. Ela ouviria vozes que a diziam que era louca e não saía de casa. De acordo com os médicos, conversava e compreendia bem, apresentava-se calma e desconfiada e reconhecia, “ter ficado “fraca do juízo” em “consequência de tantos desgostos...”. Chegou da Rússia ao Brasil com 22 anos de idade, casou-se e o marido bebia muito e a maltratava. Apartaram-se após oito anos e cinco meses. Depois se casou com outro homem, com quem vivia há 3 anos (também russo). A paciente dizia que preferia “apanhar fisicamente a ser “xingada”, ofendida, como tem vivido...”. Julgava que por isso enfraqueceu do juízo e “passou a ter insônia, inapetência, sentia angústia, medo da própria casa, saía de casa sem rumo, tinha vergonha não sabia do que...”. Chorava facilmente, receava estar grávida e dizia que sempre procurara evitar filhos, tendo feito oito abortos. Manifestava sentimento de culpa e foi diagnosticada com episódio depressivo com personalidade psicopática. Após uso de Cardiazol, foi considerada em remissão completa (RG 32.714).

Na segunda internação, em 1948, manifestava-se calma, apática, deprimida, bem orientada e com capacidade discursiva normal. Ela confirmava, segundo os médicos, que apresentava alucinações auditivas que a impeliam a se ajoelhar e pedir perdão aos médicos e encarregados. Informava a paciente que havia se amigado com três homens, tendo três filhos (dois já falecidos) com o primeiro marido, um com o segundo e o um com o terceiro. Um dos médicos responsáveis escrevia que:

Parece que os 3 abusavam de bebidas alcoólicas e a maltratavam, mas ela os suportava para ter sustento e moradia. Apresenta sentimentos de culpa por sua vida passada, por estas uniões e pelos abortos praticados; além disso sente-se infeliz, maltratada – nem mesmo sentia prazer nas relações sexuais e muitas vezes era levada a satisfazer-se masturbando-se 2-3 vezes em seguida – e julga a sua internação como um alívio contra as “judiações” do amante (RG 32.714).

Nessa passagem pelo hospital, foi diagnosticada com episódio com colorido depressivo em personalidade psicopática, passou por sessões de eletrochoque, recebeu licença de prova a pedido do “marido” (consta entre aspas), e teve alta posteriormente, no mesmo ano.

Na terceira internação, em 1949, queixava-se do homem com quem vivia e tinha uma “vida irregular”. Foi, então, diagnosticada com episódio em personalidade psicopática com provável psicose degenerativa de Kleist, posteriormente modificado para “Esquizofrenia – estado final”, não se sabe se antes ou depois da cirurgia (RG 32.714).

Um relato à mão, possivelmente feito por funcionário da enfermagem, relatava que a paciente dizia sofrer muito com os maridos, que um chegava a lhe dar pontapés e socos, a maltratava e a jogava da cama. Esse relato informa ainda que a paciente “tinha vontade de trabalhar, mas o marido não a deixava”, dizendo que ela “ia atrás de machos na rua”. Dizia ainda a paciente que “o marido a internou no Hospital do Juquery, mas ela não sente nada a não [ser] um nervoso e não doença nenhuma, diz que gostou daqui e da comida e que nunca desprezou comida nenhuma” (RG 32.714).

A paciente, nessa entrada, passou por dois tempos de leucotomia segundo a técnica de Freeman e Watts. Na folha de psicocirurgia sobre o primeiro tempo, apenas consta nas observações preliminares que ela se apresentava “Agitada, rebelde, chorona”. No segundo tempo da cirurgia, os médicos informam que a paciente implorava para não ser operada, mas que se submeteu com “relativa facilidade”. As informações sobre seu estado após a cirurgia atestam que:

A paciente após a leucotomia tornou-se deprimida, presa de excitação psicomotora. É eufórica, canta o tempo todo. Continua delirante. Não é agressiva. A licença foi dada por pedido insistente da família (RG 32.714).

Em função da mudança de comportamento após a cirurgia, o diagnóstico foi novamente modificado para episódio delirante com excitação psicomotora em personalidade psicopática e a paciente ficou no hospital até e em 1990, quando foi removida para outra divisão de saúde (RG 32.714).

O que nos chama a atenção no quadro clínico dessa paciente é que, durante as várias internações pelas quais passou, ela não apresentou qualquer quadro de agressividade que a fizesse ser considerada violenta. Constantemente deprimida, segunda a filha que preencheu seu questionário, a mãe teve com os três maridos “uma vida repleta de sacrifícios e sofrimentos”. Ela era possuidora de “sinal de anormalidade” que, segundo o artigo de Yahn e colaboradores, inseria-se no grupo de sintomas “passivos”: a depressão. Esse sintoma não seria tão beneficiado com a leucotomia quanto os de ordem “ativa” (como os “desvios de conduta”), ainda que houvesse essa possibilidade (YAHN,

et al., 1949: 364-65). Por outro lado, a masturbação e o a união com três companheiros, além dos abortos, podem ter sido os elementos que motivaram a “personalidade psicopática” em seu diagnóstico. Seu caso destoa do restante da documentação precisamente porque na maioria deles prevalecem sintomas de caráter “ativo”, que aparecem, em geral, em termos como agitação, inquietação e ansiedade –, os mais frequentes nos casos de pacientes do sexo feminino que culminaram no uso da terapêutica.

Um desses casos é o de uma paciente entrada em 1945 aos 19 anos de idade, solteira, que apresentava “carga afetiva exagerada, de teor negativista” e “nível intelectual rural”. Diagnosticada como débil mental com episódio psicopático, passou primeiro por eletrochoque. Em 1946, considerada “desassossegada, ansiosa, inquieta, com conversa dispersiva”, dizia que não desejava ser operada, mas nas conversas sobre sua permanência no hospital não demonstrava, segundo os médicos, interesse por sua situação. Por ter passado por outras terapias “sem resultado” ela foi, então, indicada para a leucotomia em três tempos. Após o primeiro tempo, em abril de 1946, os médicos atestam que a “melhora da ansiedade se deu por completo”. Ao receber visitas quis se arrumar, estando muito mudada e deixando que a preparassem. Contudo, não trabalhava, continuava “medrosa”, “tímida” e por isso foi dada como apenas “melhorada” (RG 31.950). Fez o segundo tempo da cirurgia em julho de 1946. No pós-operatório o médico relata:

Há pouco mais de 15 dias novos índices de ansiedade. Quando recebe visita não quer colocar o vestido e quando chamada para dentro do pavilhão “fica pálida de medo” e diz “não devo”, mas não explica o porquê. “Depois da 1ª operação desejava ser operada a 2ª vez, mas agora recusa ser operada pela 3ª vez. Ao lhe sugerirmos isso fala: “Não devo ser operada” (RG 31.950).

O terceiro tempo foi, entretanto, realizado em novembro de 1946. No pós-operatório ela estaria “calma, sem apresentar os episódios de agitação anteriores”. O estado mental mantinha-se, contudo, inalterado. Em avaliação global no ano seguinte foi “considerada melhorada em vias de remissão”. Após licença seguida de reintegração, o médico responsável orientava que, caso ela fosse novamente internada, deveria ser encaminhada para as colônias. Foi o que aconteceu. O último registro em seu prontuário é a necropsia, que data de dez dias após a concessão da licença, e acusava falecimento da paciente por edema cerebral (RG 31.950).

As indicações e os resultados da psicocirurgia nessa paciente são bastante representativos de um estado de “rebeldia” considerado para as pacientes do sexo feminino. Neles vemos que a inquietação e ansiedade eram sintomas a serem curados, e que expressões como “calma” e “obediente” são explicitamente usadas pelos médicos para concluir quadros de benefício da cirurgia. Ainda que nos casos de pacientes homens, haja também a intenção de supressão de comportamento agressivo, essa agressividade carrega um conteúdo mais intenso que o “desassossego” apresentado por essa paciente, e remetem ao controle de condutas mais violentas para a rotina hospitalar e familiar.

Exemplo disso é o registro de um paciente entrado em 1942, solteiro, branco. Então com 18 anos, foi diagnosticado com “síndrome comicial de etiologia a apurar”. Segundo o exame de entrada, estava orientado globalmente, apresentava um quadro de prolixidade, viscosidade, memória comprometida, sem ideias delirantes e de nível mental rebaixado. Dizia que havia brigado algumas vezes, revidava agressões que havia sofrido e informava também sobre seus ataques epiléticos (RG 23.598).

Há uma folha datilografada (sem referência do médico ou funcionário que a produziu), que diz que o paciente se tornou "malvado" em 1942, matando gatos, galinhas, passarinhos, e que um dia matou um gato que dormia a marteladas, chamou o pai e prometeu fazer o mesmo com toda a família (RG 23.598). O pai o teria enviado ao hospital dizendo que ele estava indo para uma “viagem”. Descobrimo a verdade, o paciente teria enviado uma carta ao pai pelo chofer, dizendo que se submeteria ao tratamento. Três dias depois, informavam os médicos, o pai havia se matado desgostoso, pois o filho lhe era de "grande estimação". No questionário preenchido por um parente relatava-se que seus atos de violência (quebrar coisas, querer agredir parentes) era contra a sua vontade e motivadas por suas crises. No prontuário há indicações de internação na rotunda (RG 23.598).

Há um outro fator representativo da massa documental nesse registro: ele é um caso de indicação da cirurgia pelo qual não podemos ter certeza se ela foi realizada ou não. A indicação da cirurgia desse paciente, em outubro de 1951, obedecia aos seguintes termos: “Tem apresentado crises convulsivas no pavilhão e frequentemente tem atritos com outros doentes (...). Caso no qual há indicação para leucotomia, seletiva alta” (RG 23.598). Outro fator que chama a atenção é que várias pacientes epiléticas foram operadas, ainda que fora de um contexto de agressividade similar. Em 1952, o paciente teria procurado os médicos para pedir alta, oportunidade na qual eles registraram que,

com frequência, era necessário conter o paciente em quarto forte em função de sua “grande agressividade dirigida contra o contorno”. Afirmavam ainda que eles haviam sido chamados por uma pessoa da família que solicitava a “operação de leucotomia”. Nesse caso, a cirurgia aparece como solução para o comportamento patológico do paciente inclusive solicitado pelos familiares. Mesmo após a intervenção familiar, não há comprovação de que o paciente tenha sido operado.

A agressividade e a violência quando motivam a indicação para a psicocirurgia em mulheres, tornam-se sintomas ainda mais aberrantes. É o que vemos em relação à paciente entrada em 1945, aos 23 anos, solteira. Descrita no começo da internação como apática, indiferente e desorientada, responderia às perguntas de maneira incoerente e reagia violentamente à medicação. Seu quadro era de “síndrome esquizofrênica, forma hebefrênica” e ela passou por tratamento com cardiazol com o qual melhorou, tornando-se mais expansiva (RG 31.957).

Em 7 de dezembro de 1948 a paciente ficou na rotunda e segundo o médico que a avaliava, não apresentava modificação da conduta. Ele constatava ainda que

Às vezes é agressiva e impulsiva, avançando contra os encarregados, etc. Foram feitas experiências antes de vir para Rotunda, com que passou temporadas no 5º Pav. e no 4º Pav. sempre sem o menor resultado. Por esse motivo indicamos, nesta (...) [data? Ilegível] leucotomia frontal esquerda (RG 31.957).

Após ter passado por terapia com cardiazol, eletrochoque e tratamento endócrino, ela foi operada do primeiro tempo da leucotomia frontal em 1948. Depois da operação o médico a reavaliou e constatou que o quadro mental não foi alterado, “mas o comportamento da paciente já [ilegível] muito bom, motivo pelo qual promovemos sua remoção para o 4º PM”. Ali, contudo, recidivou, apresentando embotamento afetivo e rindo cinicamente ao confessar ter arrancado os olhos de uma companheira (RG 31.957).

Feito o segundo tempo da operação, os médicos consideram seu caso muito “intermitente” e que, por isso, requeria maior avaliação para que fosse indicado o terceiro tempo da cirurgia. De acordo com os médicos, ela falava e atendia “como se na realidade fosse homem”, dizia se chamar Cristóvão e querer casar-se com eles. Em 1951 os médicos constatavam estado de agitação psicomotora e em 1958 informava que se tratava “de uma paciente perigosa” que deveria permanecer na rotunda. Não há mais registros sobre a paciente, que faleceu 6 anos depois, sem registro de obituário (RG 31.957).

A Imagem I<sup>187</sup>, referente a essa paciente, nos permite fazer relevante apontamento em relação à ordenação de gênero que estrutura a racionalidade terapêutica da psicocirurgia no Hospital do Juquery. A ficha catamenial presente em seu prontuário indica a crença na influência do ciclo menstrual sobre seu comportamento de agitação e excitação. Ao mesmo tempo, outro elemento em relação ao gênero é o tratamento endócrino, único caso no qual encontramos referência a essa terapêutica. É possível que esse tratamento tenha sido utilizado para tentar “corrigir” alguma manifestação de não adequação de gênero da paciente mesmo antes da leucotomia e de sua identificação como Cristóvão (RG 31.957). Sabemos que, naquele contexto, médicos como Leonídio Ribeiro analisavam a relação entre algumas glândulas e “distúrbios de caráter sexual”. Na década de 1930, ele acreditava que hipotireoidismo produziria uma “parada no desenvolvimento genital, com hipoplasia não só dos grandes lábios, do útero e dos ovários, como ainda dos seios e do testículo” (RIBEIRO, 2010: 504).

Ao mesmo tempo, o padrão de agressividade narrado pelos médicos nesse caso nos remete aos descritos sobre alguns dos pacientes homens e não encontrei descrições semelhantes em relação a outra paciente do sexo feminino. Vimos, anteriormente, que esse mesmo “sintoma” estava presente em um dos pacientes que tinha o impulso de esganar e furar os olhos de outros internos. Ou ainda, nos relatos publicados, que demonstram a operação em casos de violência extrema por parte dos homens – como no paciente considerado o mais perigoso do pavilhão nos últimos 10 anos, ou ainda daquele que assassinou um rapaz para evitar que fosse atingido na cabeça durante uma briga (VIZZOTTO et al, 1959).

Por fim, cito um dos casos emblemáticos para elucidar os limites diferentes de indulgência para com a agressividade de homens e mulheres: o de uma paciente considerada não influenciada no capítulo sobre a leucotomia em três tempos (YAHN et al., 1951). A paciente parda, casada, diagnosticada com esquizofrenia com elementos de personalidade psicopática, foi operada em 1945, cerca de um ano após sua internação. Apesar de ser um caso publicado como não melhorado, no seu prontuário os médicos escrevem que “Seu comportamento é bom, melhor do que antes da lobotomia, pois costumava agitar-se, xingando as companheiras” (RG 28.374). Algo contrastante se comparado à agressividade apresentada por alguns homens operados.

---

<sup>187</sup> Para a ficha catamenial ver Imagem I, em Anexos, pág. 295.

Como prática terapêutica que intencionava sanar problemas patológicos de ordem comportamental, a psicocirurgia no Juquery esteve também amparada por noções de gênero vigentes. Seguiriam um modelo de masculinidade, que para Pierre Bourdieu “impõe a cada homem o dever de afirmar em toda circunstância a sua virilidade”, expressa como natural, por meio do exercício da violência. Em contraposição, a violência se expressava contrária ao modelo de virtude e honra feminino (BOURDIEU, 1998: 75-76).

#### **4.5. Psicocirurgia e gênero no Juquery: um balanço geral**

No capítulo anterior, elucidei aspectos quantitativos presentes na documentação clínica encontrada sobre a psicocirurgia no Juquery. Um desses aspectos foi a diferença entre a quantidade de mulheres e homens que passaram pela operação. Defendi a aproximação das mulheres da psicocirurgia, no sentido físico e terapêutico, pois que elas se encontradas internadas no Hospital Central, lugar onde se aplicava, efetivamente, essa e outras terapias. Esse contingente de mulheres, em grande parte consideradas crônicas e incuráveis, contaram por vezes com duas opções finais após a internação: a leucotomia ou o envio para as colônias. Por vezes, ambas se concretizaram. Uma vez operadas, com bons ou maus resultados, eram enviadas à Colônia Feminina que funcionava como um anexo ao Hospital Central. Além disso, diferente das colônias masculinas, aquele espaço não era voltado para o aproveitamento da laborterapia, o que geraria menos problemas em relação às sequelas possíveis das operações.

Sistematizei outros argumentos que explicam essa prevalência pela figura de Mário Yahn, reconhecido incentivador da terapêutica, e que teria praticado a cirurgia até onde sua jurisdição permitia, justificando o grande número de pacientes do sexo feminino. Esse argumento, por sua vez, deve ser somado a outros fatores, como o do pensamento médico à luz de seu contexto sócio histórico.

Nesse capítulo, com o objetivo de compreender a relação psicocirurgia/gênero de forma mais aprofundada, recorri a explicação de fatores contextuais e à bibliografia que observou parâmetros de gênero na história da terapêutica em outros locais. Ao recorrer aos prontuários segundo um olhar ampliado, notamos que as aplicações da psicocirurgia no Juquery conversam com os resultados de autores como Braslow e Starks (2005), para quem os efeitos das cirurgias seriam considerados, pelos médicos, menos devastadores



para as mulheres. Assim, para além do número de mulheres, procurei contar aqui quais as expectativas de gênero organizavam a vida social do período e de que forma estiveram presentes nas indicações e resultados das cirurgias.

Acredito, por isso, que apenas a chefia de Mário Yahn na Clínica Feminina não é fator suficiente para compreendermos a quantidade operações em mulheres e que mesmo que ele tivesse coordenado a clínica masculina, a ordenação terapêutica para os homens barraria um avanço da psicocirurgia no mesmo nível em que se deu para as internas do sexo feminino. Ainda nessa perspectiva, vemos que Aníbal Silveira, outro médico envolvido com publicações sobre a psicocirurgia, chefiava a clínica de pacientes do sexo masculino (FRALETTI, 1986-1987). Contudo, não encontramos nas publicações e nos prontuários um número de homens operados proporcional ao de mulheres. Para além disso e talvez o ponto mais importante nesse capítulo: ainda que todos esses fatores estejam por trás da prevalência de mulheres operadas, a questão de gênero se mostrou, independente da questão numérica, presente na forma como os médicos enxergavam a patologia mental que deveria ser tratada pela psicocirurgia.

A racionalidade que organizou essa terapêutica, “Diferentemente de qualquer outra intervenção no corpo”, “enraizou firmemente a doença psiquiátrica e sua cura dentro cérebro”. Ela teria, nesse sentido, postulado uma representação anatômica para o comportamento patológico (...) e a solução terapêutica para essa anatomia (BRASLOW, 1997: 138-39, tradução minha). Ao ligar o domínio do corpo sobre o comportamento, ela teria sido mais contundente em relação ao sexo feminino, *locus* somático privilegiado para as tentativas de cura de condutas impróprias.

Essa perspectiva torna-se mais evidente quando encontramos casos como o da paciente parda, casada, doméstica de 32 anos de idade, internada em 1941 e diagnosticada com delírio alucinatorio crônico. Operada em 24 de novembro do mesmo ano, (pouco mais de um mês após a entrada) foi considerada como caso de remissão completa. Os transtornos iniciados em sua 6ª gestação (alucinações nervosas, perturbações cenestésicas, certa indiferença pela família), teriam desaparecido após a cirurgia e ela “pôs-se a pensar muito nos filhos e nos outros parentes”, como o marido. O desfecho do caso dessa paciente, com atestada melhora do quadro clínico após a cirurgia interfere mesmo em seu diagnóstico que é modificado para “episódio delirante com evolução arrastada em personalidade psicopática” (RG 23.074). Na concepção dos médicos, um

distúrbio psicológico originado de um processo biológico, a gravidez, foi curado pelo tratamento no cérebro.

Tal racionalidade terapêutica pressupunha, assim, que era possível restituir a “feminilidade” das pacientes por meio da psicocirurgia (BRASLOW, 1997:160). Voltada principalmente para a readequação de comportamento dos pacientes, as intervenções psicocirúrgicas visaram especialmente aquelas que “violaram toda uma série de regras e comportamentos culturalmente aceitáveis para as mulheres” (BRASLOW, 1997: 15, tradução minha). Contudo, ainda que pareça haver uma menor tolerância com comportamentos considerados agressivos ou mesmo de sexualidade “exagerada” para pacientes do sexo feminino, pudemos ver que a terapêutica não se impôs sem resistência.

Houve, primeiramente, a resistência daquilo que se considerava “sintoma” e que por vezes, parece não ter cedido à operação. Uma paciente internada pelo irmão em 1948 e operada um ano depois com diagnóstico de excitação maníaca foi reinternada após a cirurgia apresentando o mesmo quadro de “grandeza”, ideias persecutórias e eróticas. Ela contava para os médicos que se divertiu muito no carnaval e que era “gostoso dançar-se com quem se gosta”. No momento da reentrada estaria noiva, visto que, em suas palavras, não podia viver sem homem “dado a sua natureza forte” (RG 42.214). Outra paciente branca, solteira, internada em 1951 com “neurose em personalidade com tara psicopática”, foi operada após eletrochoque e insulinoaterapia por apresentar-se “agitada, agressiva, com graves desvios de conduta”. Ela teve alta após a cirurgia, mas recidivou e voltou a ser internada pelo marido. Na reentrada, grávida, os médicos constataram a permanência de desvios de conduta em função de relações extraconjugais contadas “sem crítica e frieza afetiva” (RG 44.477).

Houve também a resistência contra a operação, manifestada, por exemplo, pela paciente de conduta “pervertida” para quem foi solicitada leucotomia “de urgência” e que rasgou a folha de psicocirurgia “num gesto de revolta” (RG 20.891). Sobre essa paciente, não pudemos concluir se foi, posteriormente, operada. Uma outra interna, antes de fazer o segundo tempo da cirurgia “quebrou todos os vidros do quarto em represália”, pois “não queria operar-se” (RG 34.874). Ela, contudo, passou pela operação.

Podemos notar, ainda, que as poucas esperanças de aproveitamento social dos pacientes após a operação (LONGO, 1949. CARDOSO, 2017: 127), refletia expectativas diferente para homens e mulheres. Um exemplo é a descrição médica de uma paciente de

26 anos, antes de ser operada: “não tem trabalho nem vida fora do hospital” (RG 31.957). Acredito que esse caso represente uma despreocupação no sentido de retorno ao lar da paciente, uma vez que ela não era casada, não tinha filhos e, segundo os médicos, não trabalhava.

Por outro lado, encontramos no caso de um paciente do sexo masculino com diagnóstico de personalidade psicopática uma carta<sup>188</sup> enviada por seu irmão ao diretor do Hospital Central, em 1950. Nela, o familiar relatava as modificações do ex-paciente após a operação:

Bebe às vezes; quando sente que no dia seguinte pode ficar em casa sem necessidade de perder dias de trabalho, mas em compensação toma conta da minha escrituração fiscal, faturamento, correspondência e uma infinidade de serviços de responsabilidade, onde se faz mister boa concentração de pensamento. Tornou-se um bom observador, gosta de leitura e de conversar, conseguiu amizades e já é capaz de fitar os olhos das pessoas com quem fala. Era um imprestável, um inútil e agora tem uma capacidade de trabalho muito mais do que qualquer funcionário da loja” (RG 43.215).

Fica explícito o entusiasmo com os resultados da operação, pois a ela foi atribuída a nova capacidade para o trabalho do ex-interno. Seu irmão lamentava que os médicos não pudessem ver de perto a transformação que o havia tornado um “elemento útil”. Sua mãe não se cansava de “elogiar o trabalho realizado” pelo hospital e pedia em suas orações que “outros débeis” tivessem a sorte do seu filho (RG 43.215). Não devemos generalizar a terapêutica nos pacientes do sexo masculino por esse prontuário, mas é significativo que a preocupação com os resultados por parte da família e do hospital tenha sido encontrada em um dos casos de cirurgia em homens no Hospital Central. E ainda: que o bom resultado seja marcado, necessariamente, por seu novo poder de concentração, aptidão para o trabalho e maior gosto intelectual.

A trajetória desse paciente difere da de uma interna “de pouca inteligência”, também diagnosticada com personalidade psicopática, branca, considerada melhorada depois da cirurgia feita em 1943. Com comportamento bom na seção ela não poderia, contudo, voltar para a casa por causa do marido – por quem ela sentia, nas palavras dos médicos, “medo” ou “ódio. A incompatibilidade com o esposo dificultava a possibilidade de lhe concederem alta e nenhum outro familiar foi buscá-la. Os médicos informavam

---

<sup>188</sup> Foi o único documento que encontrei com relato de familiares sobre os resultados da cirurgia. Para a carta: ver Imagem II, em Anexos, pág. 296.

que após a cirurgia ela estava mais “conformada”: desejava sair do hospital, mas encontraria as coisas tão desorganizadas e o seu marido tão ciumento (ele é alcoolista) que tem receio de voltar” (RG 22.649).

Diante do caráter experimental e imprevisível que a terapêutica comportava, podemos considerar, a partir desses casos, não apenas uma menor preocupação com os resultados nas mulheres, mas, conseqüentemente, sua grande vulnerabilidade em relação às cirurgias. A paciente acima citada, ainda que tida como melhorada, estava impossibilitada de sair do hospital e cometeu suicídio dois anos depois, ainda internada.

Não posso, ainda, deixar de refletir também sobre os registros que indicam os maus tratos pelos quais as pacientes teriam passado e que exerceram grande influência na configuração do seu estado mental. Mesmo os sintomas descritos como alucinações teriam, em alguns casos, relação com fatores como violências sofridas dos parceiros.

Gostaria também, em função desses relatos, de ressaltar uma potencialidade que a história da psicocirurgia possui enquanto história de uma terapêutica psiquiátrica: ela nos lembra que a “loucura” é algo contextual, e que cada época tem suas fobias, seus medos, suas paranoias (e que elas respondem também a noções de gênero). Uma paciente internada em 1942, diagnosticada com encefalite pós-tífica, teria apresentado melhora do seu quadro de agitação depois de ser leucotomizada pela técnica de Moniz em 1943. Após a cirurgia persistia, contudo, seu “medo de homem”, “o medo de engravidar sem casar”. Seu pai teria tanto insistido no assunto que, segundo os médicos, a paciente desenvolveu “uma verdadeira fobia por homem” (YAHN et al, 1951: 193-94). Uma das pacientes cujas obras foram enviadas para a *Exposição de Arte Psicopatológica de Paris*, em 1950, foi operada em 1949, aos 29 anos, com o diagnóstico de epilepsia e quadro de agressividade. Ela teria assim descrito uma de suas obras feita antes da operação: “No quadro “mulher e marido”, a mulher está com cara feia porque o marido ficou brabo com ela, porque ela saiu contra a sua vontade” (RG 16.641).

Certamente, aquilo que foi registrado pelos médicos não pode ser tomado como um discurso neutro e há muito além das avaliações clínicas. Mas ainda que essas narrativas se encontram na superfície das vidas dos pacientes, podemos ter acesso à uma parte delas por meio dos processos que os conduziram à internação e, em nosso caso, à psicocirurgia.

É preciso, igualmente, atentar para aspectos da psicocirurgia em pacientes do sexo masculino que repercutiram padrões de manutenção da masculinidade. Se a violência parece ter sido mais tolerada para os homens, não podemos deixar de analisar a tentativa de controle de comportamentos categorizados como homossexuais/pederastas nesses casos. Nesse sentido, também os pacientes do sexo masculino estariam rompendo uma fronteira de gênero, não a partir de um exagero sexual, mas de uma “inversão” do que se considerava a norma (TOLEDO, 2015).

Como Charles Rosenberg (2002) defende em relação à história das terapêuticas, a análise histórica da psicocirurgia nos permite conceber como também ela promoveu definições específicas às patologias que visava tratar. A racionalidade terapêutica que predeterminou essas intervenções encontrou sua plausibilidade no espaço hospitalar aqui analisado, delimitando contornos distintos acerca dos comportamentos considerados psicopatológicos para homens e mulheres. Nessa tecnologia terapêutica, encontramos um objeto histórico que nos permite conceber como visões de masculino e feminino emolduraram discursos e práticas médicas segundo um modelo de diferença sexual.

## II. Considerações finais

Há alguns anos, dois textos sobre a psicocirurgia no Brasil me inquietaram profundamente e determinaram o começo do projeto de tese. O primeiro, o artigo *A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros* (MASIERO, 2003) ressaltava a relevância do Hospital Psiquiátrico do Juquery para o investimento dessa terapêutica no país e informava que os trabalhos dos médicos daquela instituição tinham sido elaborados a partir de operações feitas “quase todas em mulheres” (MASIERO, 2003: 561). O segundo, o livro *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)* (Yahn et al., 1951a), primeira fonte que serviu ao projeto, acusava a realização de 700 intervenções cirúrgicas feitas no hospital ao longo daquele período, todas em pacientes do sexo feminino.

Para compreender a relação entre psicocirurgia e mulheres que motivou o começo da minha investigação, precisei, contudo, ampliar o escopo da tese. O que era, afinal, a psicocirurgia? As noções populares sobre a terapêutica não bastavam para a minha compreensão do tema e a leitura de publicações médicas e prontuários mostrava uma complexidade de técnicas, conceitos e diagnósticos que haviam participado da racionalidade terapêutica que a orientou. Não era possível compreender a psicocirurgia no Juquery sem primeiro, elucidar os princípios científicos e terapêuticos sobre os quais ela havia sido criada.

A historiografia sobre o tema e as publicações da época apontavam principalmente para três elementos da psicocirurgia: ela foi uma terapêutica experimental mobilizada em diversos países como tratamento de último recuso para pacientes de caráter disruptivo. Mas mais do que isso, pude ver que a psicocirurgia fez parte do anseio da psiquiatria em se afirmar medicina, respondendo a critérios de localização orgânica das patologias. O cérebro, *locus* das doenças mentais segundo o princípio organicista que regia a prática psiquiátrica daquele momento, poderia finalmente ser operado e investigado por meio de um procedimento cirúrgico nascido na neurologia: a leucotomia pré-frontal. Por meio da circulação dessa técnica, em um contexto de amplas possibilidades de experimentação terapêutica, a psicocirurgia se transformou em verdadeira tecnologia terapêutica, desdobrada em vários métodos cirúrgicos e teorias de funcionamento cerebral ao redor do mundo.

A elucidação do quadro epistemológico que permitiu a criação e difusão da psicocirurgia mostrou seu caráter interdisciplinar e transnacional. O estudo da circulação da terapêutica em nível internacional, confirmava, ao mesmo tempo, a importância e a especificidade da prática psicocirúrgica no Hospital Psiquiátrico do Juquery. Para entendê-la melhor, precisei também me voltar para a Assistência a Alienados do Estado de São Paulo e àquilo que o hospital representava dentro dela e no país. Sua localização no contexto da psiquiatria brasileira possibilitou, por sua vez, compreender que o caso do Juquery corrobora o que Jack Pressman (1998) afirmou há cerca de dez anos: a terapêutica não se encontrava na marginalidade da psiquiatria, mas em centros renomados de prática psiquiátrica.

Além disso, a partir da prática desse procedimento no Juquery, pudemos compreender o caráter interpessoal dessa prática médica por meio da relação entre Egas Moniz e os médicos paulistas. Mais do que isso: podemos ver em torno dela um intenso fluxo de trocas científicas que possibilitou seu amplo alcance internacional e que contou ativamente com os profissionais brasileiros. Em um primeiro momento, essa atuação se deu no investimento dos médicos brasileiros na candidatura de Egas Moniz ao prêmio Nobel pelo desenvolvimento da terapêutica, em 1948. Em um segundo momento, essa participação se deu pelo reconhecimento internacional da psicocirurgia realizada no hospital, o que podemos ver nos trabalhos do I Congresso Internacional de Psiquiatria, realizado em Paris em 1950.

Dessa forma, nos dois primeiros capítulos da tese, procurei contribuir com um movimento analítico que consiste no distanciamento de um modelo de produção de ciência baseado em proposições formais e descobertas, e que caminha sobretudo em direção de uma compreensão de ciências como “construção, manutenção, extensão, reconfiguração do conhecimento, focalizando igualmente aspectos materiais, instrumentais, corpóreos, práticos, sociais, políticos e cognitivos” (RAJ, 2013: 341, tradução minha). Nesse sentido, o exemplo do uso da psicocirurgia no Juquery contribui ao debate acerca da circulação das práticas e a capacidade de contextos locais transformá-las. A história da psicocirurgia no Juquery sugere que ela foi negociada e contingente, geográfica e historicamente situada, e que habilidades, práticas, métodos e instrumentos adquiridos e produzidos naquela instituição fizeram parte da construção dos saberes em torno dessa tecnologia terapêutica. Situa-la na configuração física e científica do Juquery

e no contexto histórico da sociedade paulista foi também um processo analítico que nos permitiu assimilar aspectos históricos relativos à rápida mobilização da terapêutica na instituição, onde ela adquiriu um caráter inovador tendo à frente Mário Yahn, chefe da Clínica Feminina. Por sua vez, toda essa notoriedade, no caso paulista, se deu como resultado do uso da psicocirurgia em uma população de origem econômico-social vulnerável cujo perfil procurei traçar por meio do estudo dos prontuários médicos.

Momento mais complexo da pesquisa, o estudo feito a partir da documentação clínica procurou responder sobre quem foi operado e porque, traçando um primeiro mapa geral da psicocirurgia no hospital. Todavia, para além de elucidar o perfil geral da população operada, a estatística elaborada permitiu também vislumbrar os resultados das operações do ponto de vista clínico, possibilitando-nos capturar os esforços terapêuticos que impulsionaram as tentativas operatórias no Juquery.

Pelo processo de quantificação, conseguimos notar o investimento dos médicos em casos de esquizofrenia e epilepsia, algo que as publicações médicas já indicavam. Em todos os diagnósticos, contudo, a maior preocupação foi a supressão de sintomas considerados “turbulentos” ou de caráter amoral. Isso talvez fique evidente em outro diagnóstico sobre o qual incidiu parte considerável das operações: a personalidade psicopática, que justificou a cirurgia em grande número pacientes do sexo feminino. Com incidência representativa em mulheres pardas e negras, destoando do perfil de pacientes brancas, as cirurgias nesse grupo responderam também a princípios racialistas do contexto. A pesquisa mostrou ainda que os homens foram operados, em geral, com os mesmos diagnósticos, mas em número muito menor. E ao mesmo tempo em que confirmava a maior quantidade de operações em mulheres, por meio da análise dos prontuários começamos a compreender melhor as indicações e os resultados em função de demandas do contexto sócio histórico que revelaram especificidades de gênero.

Tarelow constatou que a partir de 1933 as mulheres passaram a ter um papel preponderante nas terapias de choque do Hospital do Juquery. Ainda que dentro desse recorte temporal os homens representassem 75% das internações, 48% das aplicações dessas terapêuticas foram feitas em mulheres. Entre os anos de 1939-40, excluindo-se a lobotomia (que não foi analisada pelo autor), essa porcentagem subiu, segundo seus



resultados, para 80% das utilizações dos tratamentos biológicos mobilizados no hospital (TARELOW, 2013).

Considerando a leitura dos prontuários que gerou esses dados, Tarelow compreendeu que tal disparidade poderia ser explicada pelo fato de que essas terapêuticas eram primeiramente aplicadas em mulheres antes de serem aplicadas em homens. Se para o autor uma das justificativas para essa discrepância era o menor número de mulheres no hospital e, conseqüentemente, a possibilidade de maior atenção médica a esse grupo, isso também pode ser visto como um reflexo do modelo institucional que dedicava maior vigilância e controle médico às mulheres. Considerando-se esses resultados, a psicocirurgia pode ser relacionada à crescente hospitalização de mulheres no Juquery desde fins da década de 1920, que se tornaram a maior parte das internações do Hospital Central – ao mesmo tempo em que “zombavam” dos esforços dos psiquiatras, nas palavras de Pinto César (1943: 67).

Para compreender esses fatores, fez-se necessária uma investigação histórica de aspectos sociais ligados às demandas de internação e intervenção terapêutica, considerando-se parâmetros de diferenciação sexual correntes no contexto. Para tal, elenquei elementos contextuais associados principalmente às falas dos profissionais envolvidos nas indicações das cirurgias. Podemos também ler um trecho representativo da organização de gênero daquela conjuntura nas palavras de Pacheco e Silva em 1936 – ano em que ele orientou as primeiras lobotomias aplicadas no Hospital:

A mulher brasileira ainda permanece em situação social mui particular. Entre nós, as mulheres ainda não participam na concorrência vital, levam vida calma, o que as torna menos expostas à sífilis e a outras causas adjuvantes da paralisia geral. Mas o feminismo vai fazendo grandes progressos e, à medida que as brasileiras vão conseguindo nivelção social com os homens, vão também pagando maior tributo à doença de Bayle (PACHECO e SILVA, 1936: 5 como citado em TARELOW, 2013: 63).

A “nivelção social” com os homens que nas palavras de Pacheco vinha sendo alcançado pelas demandas feministas, cobrou, contudo, mais do que “tributos” ligados à paralisia geral progressiva. Ela cobrou também a privação de liberdades segundo a lógica da patologia mental. Diferentemente das terapias biológicas analisadas por Tarelow, o uso da lobotomia nos chama especialmente atenção por seu caráter invasivo, as possibilidades de sequelas e resultados irreversíveis. Em um trabalho de Mário Yahn em 1946, momento em que a psicocirurgia alavanca no hospital, ele expunha que:

“Infelizmente não conhecemos o mecanismo da ação terapêutica e temos que nos guiar exclusivamente pelos conhecimentos recolhidos na prática clínica com atitude predominantemente empírica” (YAHN et al., 1951a: 18). Yahn recordava ainda que a leucotomia não compreendia apenas o problema das intervenções cirúrgicas nos alienados, mas também outro “mais delicado”: “é o decorrente da interferência na própria vida psíquica do pacientes, pois ela se ocupa de um órgão, como é o cérebro, que serve de base à personalidade” (YAHN et al., 1951a: 20). Diante dos riscos de sequelas das operações, seus efeitos limitadores, de ordem intelectual ou física, seriam, então, menos preocupantes em relação às mulheres.

Por meio das análises dos prontuários, pudemos ver que boa parte dos pacientes do sexo masculino operados se encontravam sobre a direção de outra instituição do Complexo Hospitalar: a “Divisão Colônias do Juquery”. Voltada para a laborterapia, essa divisão do hospital concentrava, na época, a maior parte das internações de pacientes homens. Mas a psicocirurgia para esses pacientes chegou em casos extremos de incompatibilidade com o meio, enquanto, no caso das mulheres internadas no Hospital Central, lugar de aplicação das terapêuticas de choque a lobotomia, estas passaram mais facilmente pela psicocirurgia. No caso dessas pacientes consideradas sem esperança terapêutica, a operação visou, especialmente, adequá-las a um perfil “calmo” e “obediente” antes que fossem enviadas à Colônia Feminina. Reduto das pacientes crônicas, a colônia feminina não obedecia à lógica de trabalho produtivo das colônias masculinas, voltadas para produção agrícola e pecuária, mas para ocupações internas, como a costura e o bordado, em consonância com visões de gênero correntes do período.

Os relatos clínicos evidenciavam a preocupação constante dos médicos com comportamentos considerados disruptivos em relação à agitação, à agressividade e à sexualidade, estimados suficientemente graves à ordem social e hospitalar para justificarem a psicocirurgia, terapêutica psiquiátrica mais invasiva naquele contexto. E ainda que homens e mulheres estivessem sujeitos a essa avaliação, houve um diferente grau de tolerância em relação a esses comportamentos por parte dos médicos e da família, segundo padrões de gênero. Haveria, nesse sentido, menor controle sobre a agressividade dos pacientes homens, tanto os do Hospital Central quanto os das colônias, o que explicaria a menor incidência da cirurgia em homens. O que os casos analisados sob o viés de gênero demonstraram foi, para além de uma questão quantitativa, o amparo da

psicocirurgia no Juquery em princípios de diferença sexual. Para as mulheres, um menor grau de tolerância com relação à expressão de sua agressividade e sexualidade; para os homens, uma rigidez menor, estando o controle maior de condutas voltado especialmente para aqueles classificados como “pederastas” e “onanistas”.

O processo de quantificação resultou, ainda, em uma resposta inesperada e muito importante: a possível interferência local de debates sobre os direitos humanos e ética na pesquisa médica em fins da década de 1940, refletida na necessidade de autorizações para a realização das cirurgias. Isso foi evidenciado em debates de médicos envolvidos na sua aplicação, a partir de 1949. A saída de um desses médicos da instituição, em 1951 – Mário Yahn, figura central do estímulo à terapêutica no Juquery –, somada a um controle mais rígido para o uso da psicocirurgia naquele momento, resultou em uma queda significativa das operações em um período anterior à utilização dos psicotrópicos no hospital.

O início da década de 1950 foi marcado, nesse sentido, pelo começo de “uma nova sensibilidade” ideológica, científica e humana em relação à loucura que contribuiu para a marginalização da terapêutica. As críticas à psicocirurgia, que anteriormente baseavam-se principalmente em aspectos científicos, passaram a ganhar contornos éticos em meio à construção de uma nova visão das doenças mentais (PARADA, 2016: 63-69).

De fato, após esse período, esse tratamento foi cada vez mais varrido das práticas psiquiátricas. No Japão, por exemplo, diante de uma eminente retomada da psicocirurgia na década de 1970, denúncias de “má prática médica” foram feitas a partir de casos realizados no país nos anos de 1950. Isso culminou na alegação da *Japanese Society for Psychiatry and Neurology*, em 1975, de que a terapêutica “não deveria ser praticada como medicina” (NUDESHIMA e TAKAOMI, 2017: 3, tradução minha). Também em 1980, em vista de um “renascimento” da psicocirurgia nos Estados Unidos (JOHNSON, 2013), o professor de Direito americano Larry Gostin, especializado em Saúde Pública, publicou um artigo sobre o problema ético envolvendo a terapêutica. Ele criticava a falta de posicionamento de autoridades de saúde e da profissão psiquiátrica, que se silenciavam sobre os casos nos quais a psicocirurgia foi realizada em pessoas vulneráveis que não poderiam consentir em seu uso. Gostin afirmava, ainda, que a psicocirurgia era feita em casos de agressividade nos quais era mesmo difícil identificar com nitidez qualquer sólida noção médica de psicopatologia (GOSTIN, 150-151).

Na década de 1990, inserido no contexto em que o *National Institute of Mental Health* anunciou nos Estados Unidos a “década do cérebro”, Andrew Scull (1995) chamava a atenção para o risco de se localizar a doença mental exclusivamente no orgânico, retomando parte da história das terapêuticas somáticas, com atenção à lobotomia. Diante do trabalho de Pressman (1998), que situava a terapêutica na “boa medicina” do contexto, encontrando nela um dos pilares da sustentação da psiquiatria científica, Scull atentava para alguns perigos dessa abordagem, recorrendo sobretudo ao trabalho do neurologista Elliot Valenstein (1986). Com isso, ele intencionava chamar atenção para a falta de controle sobre a terapêutica experimental e o “mal irreparável” que teria causado a tantos pacientes psiquiátricos.

A hostilidade de Scull foi explícita em “Somatic treatments and the historiography of Psychiatry” (SCULL, 1994). Em resposta, atores da comunidade médica reagiram, como foi o caso do psiquiatra britânico Harold Merksey, que no mesmo ano respondeu à Scull com o artigo “Somatic treatments, *ignorance*, and th historiography of Psychiatry” (MERSKEY, 1994). A crítica de Merskey girava em torno da ignorância de Scull em relação aos benefícios das terapêuticas por ele citadas e criticadas (malarioterapia, eletrochoque e leucotomia) e pelo fato dele não reconhecer que elas caíram em desuso em função de “avanços” na área. A leucotomia era utilizada ainda e nas palavras de Merskey a “moderna psicocirurgia” era capaz de garantir bons resultados em pacientes com depressão, agorafobia, neurose obsessiva e certos aspectos da esquizofrenia. Apesar de apresentar ponderações sobre o tema, afirmando que as indicações para a prática eram “sempre um problema para discussão em medicina” e que algumas operações não deveriam ter sido feitas, Merskey censurava a argumentação de Scull por torná-las todas injustificáveis (MERSKEY, 1994: 390, tradução minha).

É necessário levar em consideração que conceitos de saúde e doença são históricos e contingentes e que as avaliações éticas sobre as práticas médicas também estão diretamente ligadas a influências do seu tempo. Também não podemos olhar as terapêuticas do passado segundo uma visão de eficácia corrente. Nem mesmo pretende-se negar que Moniz e seus seguidores pretenderam contribuir com o tratamento e cura daquilo que se concebia doença mental e, conseqüentemente, com os indivíduos que padecessem dela. Devemos, contudo, refletir sobre dois pontos centrais levantados por Scull: os fatores que tornam os pacientes psiquiátricos expostos a terapêuticas experimentais e o significado de “eficácia”. Esses fatores responderam a características

de uma instituição, de uma cultura local e da origem social dos pacientes. A “vulnerabilidade” da qual nos fala Scull, nesse sentido, está ligada não apenas ao estatuto do paciente com diagnóstico de doença mental, mas também a especificidades do perfil da população e da instituição asilar, de onde muitos não saíram.

Assim como Carlos Parada, considero que o estudo da psicocirurgia nos serve como uma “lupa” que amplia questões sobre o aspecto epistemológico da psiquiatria do contexto, trazendo “representações da loucura, da doença e dos papéis dos psiquiatras e da ciência aplicada ao homem com uma rara clareza (PARADA, 2016: 23, tradução minha)”. Mais do que isso, elas nos permitem entender algumas das implicações dessas noções para homens e mulheres segundo a noção de “loucura”. Falar da psicocirurgia no Juquery é, a meu ver, falar também sobre a vulnerabilidade de pacientes segundo seu sexo e sexualidade, parte intrínseca da racionalidade da terapêutica naquela instituição psiquiátrica.

Na resenha da obra recente de Luke Dittrich, *A story of memory, madness and family secrets* (2016), Scull (2017) aborda alguns pontos que, de alguma forma, dialogam com o trabalho que procurei apresentar aqui. O livro de Dittrich se baseia principalmente no caso do Henry Molaison, operado por Bill Scoville nos Estados Unidos em 1953, por sofrer de crises convulsivas. Em função da grave perda de memória ocasionada pela cirurgia, o “paciente H.M.”, como ficou conhecido na literatura médica, se tornou um importante caso de estudo na história da ciência cerebral. Mas para Dittrich, neto de Scoville, “o anúncio do nascimento do paciente H.M. foi também o obituário de Henry Molaison”.

O que Scull defende diante deste trabalho, é que ainda que seja necessário reconhecer que a psicocirurgia pôde ser aplicada a largos passos por cerca de vinte anos graças ao seu contexto científico, é também preciso ter cuidado com relativizações em torno da prática diante dos resultados imprevisíveis que ela pode gerar.

Outro ponto da análise de Dittrich diz respeito à sua avó, esposa de Scoville. Após descobrir que seu marido a traía, ela teria começado a manifestar alucinações e tentado suicídio. Em função disso, ela foi internada no *Institute of Living* na década de 1940, hospital onde Scoville realizou a maior parte de suas lobotomias. Essa história se aproxima de diversas outras que pudemos acompanhar nos prontuários médicos e que dizem respeito, majoritariamente, à vida de mulheres. Ela é significativa de processos de

adoecimento condicionados por noções de gênero que foram visadas pela psicocirurgia. Quando comecei a história da psicocirurgia no Juquery eu estava atenta aos comportamentos desviantes que a intervenção da terapêutica visaria tratar, mas conheci também um outro lado da história desses pacientes: a forma como violências de gênero foram produtoras de grande sofrimento mental.

O conteúdo de muitos prontuários me afetou profundamente durante a pesquisa em função dos sofrimentos e vulnerabilidades dos pacientes e de diversos aspectos subjetivos que a documentação trazia em alguns momentos. Infelizmente, não pude tratar detalhadamente deste aspecto da documentação, o que certamente figura como um trabalho futuro. Gostaria, por ora, que todas as trajetórias de pacientes expostas ao longo da tese servissem para algo além da compreensão histórica da psicocirurgia: que ela servisse também à reflexão sobre o que é doença mental, que tipo de violências produzem aquilo que nomeamos como sofrimento mental e que estratégias estão sendo debatidas e elaboradas não apenas para o seu tratamento, mas no sentido de tratar as questões sócio históricas diretamente implicadas nos processos de adoecimento.

Em 1980, Thomas Szasz questionava sobre aquilo em que consistia a prática psiquiátrica: “ouvir e falar, ou prescrever drogas, psicocirurgia e confinamento para pessoas rotulada como “doentes mentais”?” (SZASZ, 1980: 17). Ele atentava, com essa indagação, para o perigo de se interpretar comportamentos que fugiam a certos padrões psicossociais e éticos como patologias mentais por meio de um viés biologizante. Para ele a “doença mental” não deveria ser entendida como uma doença física, “havendo uma clara distinção entre uma doença do cérebro como defeito neurológico, e problemas existenciais causados por necessidades pessoais conflitivas, aspirações sociais e valores, entre outros” (SZASZ, 1980: 113). Por meio da ação terapêutica – daquilo que Szasz denominava “tecnologia da conduta” –, indivíduos poderiam ser, no limite, privados de suas liberdades individuais.

Isto não queria dizer, por outro lado, que a “infelicidade pessoal” não existisse no caso daqueles sujeitos internados no asilo, mas sim que tal sofrimento havia sido categorizado como doença (SZASZ, 1980). Isso nos permite ampliar esses debates para questões ainda muito atuais, e que dizem respeito a visões patologizantes de indivíduos cuja identidade de gênero ou orientação sexual não se adequam à “biologia” dentro de uma organização social heteronormativa. Ou ainda, de maneira mais ampla, a formas de

violência e de sofrimento mental às quais tantas pessoas estão expostas segundo sua origem étnica, socioeconômica e padrões de gênero. Vemos ainda, de maneira recorrente, mulheres que padecem com violências físicas e psicológicas em função de noções hierárquicas que regem as relações entre os gêneros (muitas vezes produzidas por homens que recorrem à patologia mental como abrandamento para comportamentos agressivos, uma tecnologia de conduta que, nesses casos, ameniza noções de caráter moral). É preciso, portanto, trazer à luz e discutir os diferentes aspectos da vida que produzem representação de doenças por trás de tantos sofrimentos produzidos pela sociedade. É ainda uma oportunidade para repensar o processo de medicalização do viver.

Em dado momento, ao receber a apreciação de uma professora sobre o projeto, fui questionada se queria “novamente mostrar que mulheres sofrem”: “que elas sofrem, já sabemos, há muito trabalho sobre isso em relação aos séculos XIX e XX”. Não é bem isso, embora ela estivesse certa: mulheres têm sua especificidade na sociedade, o que afeta de modo particular sua maneira de viver, de sentir e, também, de sofrer. O que eu espero é que, ao final desse trabalho, eu consiga ter demonstrado que o estudo histórico da psicocirurgia no Juquery não pode ser dissociado do estudo de gênero. Não acredito que este tema seja um “apêndice curioso”, mas sim parte essencial da lógica da racionalidade terapêutica que permitiu seu uso, que a sustentou no Juquery. Penso, ainda, que trabalhos que comportam uma noção de gênero na crítica histórica das ciências são extremamente caros, já que esta é uma sociedade que naturaliza atribuições hierárquicas para os sexos e que banaliza a violência (de diversos tipos) contra as mulheres e homossexuais.

Reforço a proposta de Donna Haraway de que uma epistemologia na qual a parcialidade – e não uma visão ilusória de universalidade neutra – é um caminho promissor de produção de conhecimento racional, de busca por uma objetividade corporificada. A meta dessa epistemologia “são melhores explicações do mundo, isto é, ciência” (1995: 32).

Gostaria, por fim, de chamar atenção para meu objetivo analítico, sobretudo em um momento no qual a psicocirurgia tem atraído grande atenção da mídia e de debates historiográficos em nível internacional<sup>189</sup>. A divulgação do uso da terapêutica para

---

<sup>189</sup> Em relação ao Brasil: Sobre as cirurgias psiquiátricas e o acompanhamento exigido pelo Conselho Federal de Medicina para o seu uso, no jornal Folha de São Paulo em 28 de setembro de 2003: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2809200301.htm>. Sobre seu uso no Sistema Único de Saúde,

controle de agressividade de um paciente na Santa Casa de Montes Claros (Minas Gerais) gerou, recentemente, grande mobilização nas mídias sociais<sup>190</sup>. Isso contradiz a perspectiva de que a história da “lobotomia” é simplesmente “um exemplo da ascensão e queda de uma tecnologia médica” (ÖGREN, e SANDLUND, 2005: 365, tradução minha). A história da psicocirurgia é uma história ainda viva e vivida por pacientes que foram submetidos à terapêutica e por seus familiares. Elucidativo nesse sentido, é o episódio de contestação do prêmio de Moniz por familiares de pacientes leucotomizados que apresentaram sequelas após a operação. Eles organizaram, em 2005, uma campanha que solicitou ao Comitê do Nobel a revogação do prêmio concedido a Egas Moniz e exigia a remoção de um artigo no site da Fundação Nobel que elogiava o médico<sup>191</sup>.

Em relação aos pacientes citados na tese, não podemos saber, na grande maioria dos casos, quais foram os impactos da psicocirurgia em suas vidas. Temos raramente acesso a suas falas ou de suas famílias, que quando surgem na documentação, é apenas de forma parcial e em meio aos escritos dos médicos. Falta-nos, assim, uma parte muito importante dessa história. Mas apesar de todas as limitações com as quais me deparei na escrita da tese, ela nasceu do esforço de elaboração de reflexões históricas sobre uma tecnologia médico-científica que demonstrassem que um dos passos em direção a melhores “ciências” é se considerar os pressupostos socioculturais que as embasam e que eles devem ser sempre debatidos em prol do melhoramento da vida e do bem-estar dos indivíduos.

---

na Revista Galileu. 187, Fev, 2007: <http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT669589-1940-3,00.html>. Sobre solicitação de mãe para o uso de psicocirurgia em seu filho que se tornou disputa judicial no estado de São Paulo, no Portal IG em 20-08-2008: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/primeiro-pedido-de-psicocirurgia-vira-disputa-judicial-em-sao-paulo/n1237651519770.html>. Paulo Niemeyer Filho sobre psicocirurgia em alguns casos de depressão, <http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2014/08/paulo-niemeyer-filho-explica-o-combate-algumas-formas-de-depressao-com-psicocirurgia.html>. Sobre a defesa da cirurgia por médicos no começo dos anos 2000: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2809200305.htm>.

<sup>190</sup> PSICOCIRURGIA: Santa Casa realiza procedimento cirúrgico para controlar agressividade. *Gazeta Norte Mineira*, 6 jan. 2018. Disponível em: <https://gazanortemineira.com.br/noticias/saude/psicocirurgia-santa-casa-realiza-procedimento-cirurgico-para-controlar-agressividade>. Acesso em 19 fev. 2019.

<sup>191</sup> O comitê justificou que, quando o médico português foi premiado, não havia tratamento psiquiátrico alternativo ao que ela propunha. Em: Campanha para retirar Nobel a Egas Moniz, *RTP Notícias*, 20 de jul. 2005. Disponível em [https://www.rtp.pt/noticias/pais/campanha-para-retirar-nobel-da-medicina-a-egas-moniz\\_n14020](https://www.rtp.pt/noticias/pais/campanha-para-retirar-nobel-da-medicina-a-egas-moniz_n14020). Acesso em 23 jan. 2019.



### **III. Referências bibliográficas**

#### **1) Fontes primárias**

##### **A) Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)-Juquerí**

Complexo Hospitalar Do Juquerí

Av dos Coqueiros, - Centro - Franco da Rocha, SP - CEP: 07850-320

- Dossiês clínicos de 1937 a 1956.

##### **B) Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM)**

Estr. Rodrigues Caldas, 3400 - Taquara, Rio de Janeiro, CEP: 22713-375

Mapas estatísticos:

- Estatística nosográfica de doentes saídos da Divisão Hospital Central – 1956

- Entrados – grupo de idades / Divisão Hospital Central (em anos) – 1956

- Distribuição de doentes admitidos (1ª entrada) segundo diagnóstico, nacionalidade e sexo / Divisão Hospital Central – 1956

- Movimento de doentes Divisão Hospital Central / Distribuição de doentes admitidos 1ª entrada (Segundo grupos de idade e cor) – 1956

- Entrados – grupo de idades (em anos) / Divisão Hospital Central – 1955

- Censo hospitalar / Divisão Hospital Central – 1955

- Distribuição de doentes admitidos (1ª entrada) segundo diagnóstico, nacionalidade e sexo / Divisão Hospital Central – 1955

- Distribuição de doentes admitidos (1ª entrada) segundo diagnóstico, nacionalidade e sexo / Divisão Colônias do Juquery – 1955

- Movimento de doentes Divisão Hospital Central / Distribuição de doentes admitidos 1ª entrada (Segundo grupos de idade e cor) – 1955

- Movimento de doentes Divisão Colônias do Juquery / Distribuição de doentes admitidos 1ª entrada (Segundo grupos de idade e cor) – 1955

- Estatística nosográfica de doentes saídos da Divisão Hospital Central – 1954

- Entrados – grupo de idades (em anos) / Divisão Hospital Central – 1954

- Estatística nosográfica de doentes saídos da Divisão Hospital Central – 1953
- Distribuição de doentes admitidos (1ª entrada) segundo diagnóstico, nacionalidade e sexo / Divisão Hospital Central – 1953
- Movimento de doentes Divisão Hospital Central / Distribuição de doentes admitidos 1ª entrada (Segundo grupos de idade e cor) – 1953
- Entrados – grupo de idades (em anos) / Divisão Hospital Central – 1952
- Estatística nosográfica de doentes saídos da Divisão Hospital Central – 1952
- Distribuição de doentes admitidos (segundo cor)/ Divisão Hospital Central – 1952
- Distribuição de doentes admitidos (segundo cor)/ Divisão Colônias do Juquery (apenas homens) – 1952
- Distribuição de doentes admitidos / Divisão Colônias do Juquery (apenas homens) – 1952
- Movimento de doentes Divisão Hospital Central / Distribuição de doentes admitidos 1ª entrada (Segundo grupos de idade e cor) – 1952
- Movimento de doentes/ Divisão Colônias do Juquery (apenas homens) – 1952
- Distribuição de doentes admitidos (1ª entrada) segundo diagnóstico, nacionalidade e sexo / Departamento de Assistência a Psicopatas Divisão do Juquery – 1950
- Movimento de doentes Divisão Colônias do Juquery / Distribuição de doentes admitidos 1ª entrada (Segundo grupos de idade e cor) – 1950
- Movimento de doentes durante o ano no Hospital do Juquery – 1938
- Classificação de moléstias (Existentes em 1/1/1937) (por sexo)
- Movimento de doentes durante o ano no Hospital Central do Juquery – 1937

### C) Periódicos na Hemeroteca Nacional Digital

*A Manhã*. V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, 8 de novembro de 1948, p.5. Disponível na Hemeroteca Digital Nacional em <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=116408&pasta=ano%20194&pesq=m%C3%A1rio%20yahn>. Acesso em 10 dez 2019.

*Correio Paulistano*. A “Casa de Portugal” e suas realizações no intercâmbio cultural de nossos países, 28 de janeiro de 1950, p. 4. Disponível na Hemeroteca Digital Nacional. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=090972\\_10&pesq=M%C3%A1rio%20Yahn&pasta=ano%20195](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=090972_10&pesq=M%C3%A1rio%20Yahn&pasta=ano%20195). Acesso em 6 de nov. 2018.

*Ciência para todos*, “Egas Moniz, Prêmio Nobel de Medicina pelo Dr. Paulo Niemeyer”, em 27 de novembro de 1949, p.11. Disponível em: [http://memoria.bn.br/pdf/085782/per085782\\_1949\\_00021.pdf](http://memoria.bn.br/pdf/085782/per085782_1949_00021.pdf). Acesso em 6 de agosto de 2018.

*Correio Paulistano*. Impressões do Dr. Adauto Botelho, diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, do Rio, sobre o Hospital Colônia de Juquerí, 7 de novembro de 1941, p.3. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=090972\\_09&pesq=Impress%C3%B5es%20do%20Dr.%20Adauto%20Botelho&pasta=ano%20194](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=090972_09&pesq=Impress%C3%B5es%20do%20Dr.%20Adauto%20Botelho&pasta=ano%20194). Acesso em 20 jan. 2019.

*Correio Paulistano*. Má administração, principal responsável pelas irregularidades no Hospital Juquerí. 26 de julho de 1951, p.12. Disponível em [http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=090972\\_10&pesq=M%C3%A1rio%20Yahn&pasta=ano%20195](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=090972_10&pesq=M%C3%A1rio%20Yahn&pasta=ano%20195). Acesso em 19 fev. 2019.

*Diário Oficial do Estado de São Paulo*. 148ª Sessão Ordinária Legislativa, da 2º Legislatura, em 27 de outubro de 1952. Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, p.4-5. Disponível em: [http://www.imprensaoficial.com.br/DO/GatewayPDF.aspx?link=/1952/executivo/outubro/28/pag\\_0041\\_7C91F6JBU0GUKe4L4CMS2UUE050.pdf](http://www.imprensaoficial.com.br/DO/GatewayPDF.aspx?link=/1952/executivo/outubro/28/pag_0041_7C91F6JBU0GUKe4L4CMS2UUE050.pdf). Acesso em 15 de fev. 2019.

*Eu Sei Tudo*. Lobotomia, cirurgia da angústia., 34º ano, outubro de 1950, p.17-18. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=164380&pasta=ano%20195&pesq=lobotomia>. Acesso em 4 fev. 2019.

*Le Temps Numéro spécial: Le Brésil – L’État de São Paulo*. São Paulo: Œuvres Sociales. , 8 de setembro 1937, n.p. Disponível em <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k263326j/f15.image.r=juquery?rk=21459;2>. Acesso em 06 fev. 2019.

*O Jornal*. Uma visita ao Juquerí, 25 de junho de 1943, p.4. Disponível na Hemeroteca Digital Nacional em: [http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523\\_04&pesq=M%C3%A1rio%20Yahn&pasta=ano%20194](http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=110523_04&pesq=M%C3%A1rio%20Yahn&pasta=ano%20194). Acesso em 10 dez 2018.

## **D) Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil - CPDOC**

BOTELHO, Adauto. *Relatório do SNDM*. Arquivo Gustavo Capanema. Ministério da Educação e Saúde – Saúde e Serviço Social, 1943, n.p. Série h, Classificação GC h 1934.08.03. Data: 03/08/1934 a 19/09/1945. 143 documentos, 943 páginas. Disponível em [http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=ARQ\\_GC\\_H&pasta=GC%20h%201934.08.03](http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=ARQ_GC_H&pasta=GC%20h%201934.08.03). Acesso em 26 jan.2019.

### **2) Fontes secundárias**

#### **A) Publicações em periódicos sem autoria**

Atas do Centro de Estudos “Franco de Rocha”, resumo das Atas de abril a agosto de 1943. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. VIII, Set-Dez, nº 3-4, 1943, p.201-268.

Assistência aos doentes mentais, Atas do Centro de Estudos “Franco de Rocha”, resumo das Atas de abril a agosto de 1943. Vol. VIII, Set-Dez, nº 3-4, 1943, p.201.

14ª sessão do Centro de Estudos, Atas do Centro de Estudos “Franco de Rocha”, resumo das Atas de novembro de 1943 a março de 1944. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. IX, Set-Dez, nº 3-4, 1944, p.250.

Atas da Sessão Extraordinária 13-III-1944, presidida por Francisco Tancredi. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. IX, Set/Dez, nº 3-4, 1944, p.281.

Livros novos: Psychiatrie Morale, Expérimentale et Sociale, de Henri Baruk. *Arquivos do Departamento da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XVIII, Jan-Dez, nº único, 1953, p.157.

Prof. Paulino W. Longo. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 96-100, June 1954. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1954000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1954000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 6 Fev. 2019.

Relatório Geral enviado ao Snr. Secretário da Saúde Pública e Assistência Social, pelo Diretor Geral do Departamento de Assistência a Psicopatas. *Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XVI, Jan-Dez, nº único, 1951, p.79-89.

Relatório do Hospital Central do Juquerí. *Arquivos do Departamento de Assistência de Assistência do Estado de São Paulo*, Vol. XVI, Jan-Dez, nº único, 1953, p.151-156.

Sessão Extraordinária realizada pelo Centro de Estudos “Franco da Rocha” em 13 de março de 1944, Impressões da viagem aos Estados Unidos. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. IX, Mar-Jun, n1-1 1944, p.281.

#### **B) Artigos e obras científicos por autoria**

ALBERNAZ, José Geraldo. I Congresso Internacional de Neurocirurgia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 307-310, Dez. 1957. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1957000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1957000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 3 Fev. 2019.

ASENJO, Alfonso et al . La lobotomia prefrontal como tratamiento de algunas psicosis. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, Santiago, v. 49, n. 3, p. 225-240, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272011000300002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000300002&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 08 Jan. 2018.

AUSTREGESILO, A.. Histeria e síndrome histeroide: comunicação à Sociedade de Psiquiatria e Neurologia. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 586-595, Dez. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702010000600020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Fev. 2019.

BARRETTO, Antonio Carlos. Atas do Centro de Estudos Franco da Rocha. Psicocirurgia: seleção e reeducação de doentes. *Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XII, Jan-Dez, nº único, 1947, p. 302.

BARRETTO, Antonio Carlos. Leucotomia pré-frontal a Egas Moniz: Técnica. Resultados imediatos e tardios em 100 casos. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 2, n. 3, p. 248-254, Set. 1944 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1944000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1944000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Nov. 2018.

BARRETTO, Antonio Carlos. Lobotomia pré-frontal. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 420-427, Dec. 1945. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1945000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1945000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Nov. 2018.

BARUK, Henri. La médecine mosaïque et la lobotomie. *Histoire de la médecine hébraïque*, 8 avril 1951.

BARUK, Henri. *Les thérapeutiques psychiatriques*. Paris : Presses Universitaires de France, 1955.

BENNETT A.E., KEEGAN J.J., WILBUR C.B. Prefrontal lobotomy in chronic schizophrenia. *Jama*, 123(13), 1943, p.809-813

BOTELHO, Adauto. Dados sobre a Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. IX, Set-Dez, 1944, p.162-176.

BOTELHO, Adauto. Dados sobre a Assistência Psiquiátrica no Brasil. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. IX, nº 3-4, set/dez 1944, pp.161-176.

BUCY, Paul C.. Egas Moniz: A Portuguese Pioneer - His Contributions to Neurology and Psychiatry. In: *Egas Moniz Centenary Scientific Reports*, Comissão do Centenário do Nascimento do Prof. Egas Moniz, 1977, p.9-17.

CAMARGO, Oswaldo. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1949, p.270-279.

CAMARGO, Oswaldo. Assistência aos psicopatas em Goiás, Triângulo Mineiro e Estado de São Paulo. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1943, p.621-750.

CARVALHO, Henrique Marcos de. Considerações sobre a Seção de Esquizofrenia. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. VIII, Mar-Jun, nº 1-2, 1943, p.155-196.

CARVALHO, Henrique Marcos de. Considerações sobre o tratamento das esquizofrenias. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XIII-XIV, Jan/Dez, nº único, 1948-49, p.233-247.

CÉSAR, Edgard Pinto. Em torno do movimento do Hospital Central do Juquery em 1939. *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. V, Set-Dez, nº 3-4, 1940, p.443-460.

CÉSAR, Edgard Pinto. Alguns aspectos da incidência das moléstias mentais no estado de São Paulo. *Arq. Assist. Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. VIII, nº 3-4, 1943, p.299-333.

CÉSAR, Edgard Pinto. Assistência aos doentes mentais no estado de S. Paulo. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 62-69, June 1943. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1943000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1943000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Jan. 2019.

CÉSAR, Edgard Pinto. Oligofrenias. *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. IX, Set-Dez, nº 3-1, 1944, p.291-293.

CÉSAR, Edgard Pinto. O Congresso de Neuro-Psiquiatria da Sociedade de Neurologia e Psiquiatria de Buenos. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. X-XI. Jan-Dez, nº único, 1945-46, p.I-IX.

CÉSAR, E. P e D'ALAMBERT, J. P..G. Efeitos de hiperinsolação entre doentes mentais hospitalizados In: Associação Paulista de Medicina: atas das reuniões realizadas em 1942. São Paulo, s/ed, 194, p. 290.

CORRIA, Ramirez. Frontal decortication in “oligophrenic eretics” (children with aggressive asocial behaviour). In proceedings from *Psychosurgery 1st International Conference* (August 4th–7th 1948) Lisbon, 321. Walter Freeman and James Watts Papers, 1918–1988, Collection MS0803, Series 1.4 Publications, 1918–1972, Box 14, Folder 42. GWU Archives, Washington, DC, USA.

DUBOIS, Anne-Marie. *De l'art des fous à l'œuvre d'art*. Volume 3 : 1939-1950 – Une collection venue d'ailleurs. Paris: Éditions Édite, 2009.

FERNANDES, Barahona. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 75-86, Mar. 1953. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1953000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1953000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12 Nov. 2018.

FERREIRA, Luzitano A leucotomia na agressividade dos esquizofrenicos / por Luzitano R. Ferreira. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil, 1954. 114p.

- FEUILLET, C.. Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de la langue française*. Paris, Masson, 1950, p.450.
- FOLLIN, S. La psychochirurgie à son déclin. *La Raison. Cahiers de psychopathologie scientifique*, nº. 5, 1952, p.39-42.
- FRALETTI, Paulo. Juquery : Passado, presente, futuro. *Arq. Saúde Mental - Estado de São Paulo*. Vol. XLVI, 1986-87, p.156-177.
- FREEMAN, W. e WATTS, J. W. Schizophrenia in childhood. Its modifications by prefrontal lobotomy. *Digest of Neurol. a. Psychiatr. Inst. Of Living*. Apr.(15), 1947, p.202-19.
- FREEMAN, W. Transorbital Lobotomy. *Am. J. Psychiatr.*, Vol. 105: 1949, p.734-9.
- FREEMAN, Walter. O vagaroso desenvolvimento da leucotomia pré-frontal em Portugal. In: Centenário de Egas Moniz, vol. 2, Lisboa, Comissão Executiva das Comemorações do Centenário do Nascimento do Prof. Egas Moniz, 1978, p.423-445.
- FURTADO, Diego. Réflexions sur la lobotomie (Discussion du rapport de H. Krayenbühl et W. Stoll dans CE 4ème Congrès International de Neurologie, Paris, septembre, 1949). *Separata do Jornal do Médico, XIV (351) 398, 1949*. Costa Carregal: Porto, 1949.
- GRANÉS, RR.; TORRES, DR.; REIS, AL.. Psicocirurgia nos distúrbios de comportamento. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* (São Paulo), Vol. 35, nº 3, Set. 1977, p.210-217.
- HEUYER, G. ; LEOVICI, S. ; FELD, M. Essais de leucotomie et de topectomie préfrontale em psychochirurgie infantile *Congrès des médecins aliénistes et neurlogistes de France e de langue française*, Paris, Masson, 1948. p.311-322.
- JENKINS RL; HOLSOPPLE JQ; LORR M. Effects of prefrontal lobotomy on patients with severe chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*. Aug; 111(2), 1954, p.84-90.
- KEHL, R. *Psicologia da personalidade: guia de orientação psicológica*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1941.
- KRETSCHMER, E. *Constitución y Carácter: investigaciones acerca del problema de la constitución y de la doctrina de los temperamentos*. Madri: Editorial Labor, S. A, 1947.
- KRYNSKI, Stanislau; MILETTO, Aldo, Experiência com “mysoline” em epiléticas. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. XXI, janeiro a dezembro, 1955, n. único, p.111-118.
- LE BEAU, J. De la Leucotomie d’Egas Moniz à la Psychochirurgie Frontale Selective. In: *Egas Moniz Centenary Scientific Reports*, Comissão do Centenário do Nascimento do Prof. Egas Moniz, 1977, p.173-184.
- LEVY JUNIOR, Maurício. Conceito de desagregação em psiquiatria. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 8, n. 2, p. 171-177, Jun. 1950 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1950000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1950000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 fev. 2019.

LONGO, Paulino W.; ARRUDA, Joy; ARMBRUST FIGUEIREDO, J.. Lobotomia transorbitária: resultados obtidos em 54 pacientes tratados em hospital privado. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 14, n. 4, p.273-284, Dez. 1956 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1956000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1956000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 01 dez. de 2016.

LONGO, Paulino W.; PIMENTA, A. Mattos; ARRUDA, Joy. Lobotomia pré-frontal. Resultados clínicos em hospital privado. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 7, n. 2, p.126-140, Junho 1949 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1949000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1949000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 nov. 2018.

MARQUES, Juvenal Silva Marques. Egas Moniz e o Brasil. *Seara Médica*, 11 (1-2), 1956, p.37-57.

MEDEIROS, Maurício. Últimas aquisições da medicina depõem os grandes nomes da medicina brasileira. 8. A Psiquiatria II Os milagres da psiquiatria moderna pelo Prof. Dr. Maurício de Medeiros. *Ciência para todos*, 27 de fevereiro de 1949, p.3. Disponível na Hemeroteca Digital Nacional em <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=085782&pasta=ano%20194&pesq=maur%C3%ADcio%20de%20medeiros>. Acesso em 03 fev. 2019.

MESSIMY, Robert. Sur les troubles sensitifs et sensoriels observés après lobotomie ou topectomie préfrontales. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 10, n. 3, p. 305-314, Sept. 1952 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1952000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1952000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 de novembro de 2016.

MONIZ, Egas. A leucotomia está em causa. In: CARVALHO, Joaquim de (Org.). *Revista Filosófica*, n. 2, maio. Coimbra: Atlântida, 1954.

MONIZ, Egas. *A Vida Sexual – Fisiologia e Patologia*. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1931.

MONIZ, Egas. *Confidências de um investigador científico*. Lisboa: Ática, 1949.

MONIZ, Egas. *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*. Paris: Maisson & Cie Éditeurs – Librairies de l'Académie de Médecine, 1936.

MONIZ, Egas; FURTADO, Diogo. Essais de traitement de la schizophrénie par la leucotomie pré-frontale. *Annales Médico-Psychologiques*, ano XCV, tomo 2, p.298-309, 1937.

MYERSON, A. e MYERSON P.G. Prefrontal leucotomy or lobotomy. *Digest of Neurology and Psychiat.* Inst. of Living, Apr.(15), 1947, p.200.

PACHECO e SILVA, Antônio Carlos. *Egas Moniz – Sábio e Escritor*. Separata nº 86 da Revista da Academia Paulista de Letras. São Paulo: 1976, p.133-148.

PACHECO e SILVA, Antônio Carlos. Egas Moniz – Sábio e Mestre, grande amigo do Brasil. *Memórias da Academia das Ciências de Lisboa*. Classe de Ciências, tomo XIX. Lisboa, 1976, p.117-127.



PACHECO e SILVA, Antônio Carlos. *Psiquiatria Clínica e Forense*. Imprensa: São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1940, 584p.

PEÑA, Milton. Relatório enviado ao Sr. Secretário da Saúde Pública e da Assistência Social. *Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XVII, Jan/Dez, 1952, nº único, p. 151-156.

PIMENTA, Aloysio de Mattos. Leucotomia cerebral: a psicocirurgia de Egas Moniz. *Arquivos de Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*, 1936, p.259 -266.

PUECH et al. *Introduction à la psycho-chirurgie. Préface du Prof. A. Baudouin*. Paris : Masson, 1950, 68p.

QUINTILIANO FILHO. Aspectos médicos legais dos leucotomizados. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1955, p.146-147.

RIBEIRO, Leonídio. Ciência homossexualismo e endocrinologia. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 498-511, Set. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26 Dec. 2018.

ROXO. Henrique. *Jornal do Brasil*, Como evitar a superlotação nos asilos de alienados, pelo Dr. Henrique, 28 de setembro de 1947, p.3. Disponível em: [http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=030015\\_06&pasta=ano%20194&pesq=lobotomia](http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=030015_06&pasta=ano%20194&pesq=lobotomia). Acesso em 21 fev. 2019.

RUSSIANO, Ubirajara. Resumo da História da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XIII-XIV, Jan-Dez, nº único, 1948-49, p.7-18.

SETTE JR., Afonso (relator). Physiopathologie du Lobe Frontal à la lumière de la Leucotomie Prefrontale. *Arquivos do Departamento da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XVI , Jan/Dez, nº único, 1951, p.5-8.

SETTE JR., Afonso. Lobotomia pré-frontal (Indicações, Técnicas, Cuidados, pré e pós-operatórios): Jaime Viana. Tese de doutoramento. Fac. Med. Univ. Bahia, 1946. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 6, n. 3, p. 275-277, Sept. 1948 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1948000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1948000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 3 Jan. 2019.

SILVEIRA, Aníbal. *Lesões casuais e lesões sistemáticas do cérebro nas doenças mentais*. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Ano II, 2º trimestre, nº 2, 1937, p.191-207.

SILVEIRA, Aníbal. O problema da Assistência Pública aos doentes mentais. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional: 1949, p.625-629.

SODRÉ, Paulo. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1945, p.319-326.

TANCREDI, Francisco; PIMENTA, A. Mattos. Leucotomia pré-frontal em esquizofrênicos, epilépticos e psicopatas. Observações sobre 76 casos operados. *Arq.*

*Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 7, n. 2, p. 141-155, June 1949 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1949000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1949000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 fev. 2019.

TRAPÉ, Caetano. Sobre um caso de esquizofrenia paranóide, Atas do Centro de Estudos “Franco da Rocha, resumo das Atas das sessões ordinárias de outubro de 1944 a setembro de 1945. *Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XII, Jan/Dez, nº único, 1947, p.302.

VIZZOTTO, S. et al.. Dados Preliminares sobre os resultados obtidos com a clorpromazina em psiquiatria (71 casos). *Arquivos do Departamento de Assistência e Psicopatas do Estado de São Paulo*. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.. Vol. XXII, 1955, p.21-49.

YAHN, M. Leucotomia prefontal em tries tempos. *Actas luso esp. de Neuro-Psych.*, vol. VII, nº 4, 1948, p.319-324.

YAHN, M., MATTOS PIMENTA, A., SETTE, A. Parietal leucotomy. Results in 22 cases. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, 1948, 6/3, p.226-33.

YAHN, M., MATTOS PIMENTA, A., SZTERLING, L., GUINSBERG, A.M. Leucotomie Temporale. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. I, nº. 9, 1951b, p.65-73.

YAHN, Mário *Higiene Mental*. São Paulo: Edições Artes Gráficas, 1953.

YAHN, Mário. Discussion sur le thème III Anatomo-Physiologie à la lumière des lobotomies et des topectomies. *Arquivos do Departamento da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XVI, Jan-Dez, nº único, 1951, p.9-14.

YAHN, Mário. Comentários sobre a Classificação Brasileira de Doenças Mentais. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XV, Jan-Dez, nº único, 1950, p.137-146.

YAHN, Mário. Exposição de Arte Psicopatológica no 1º Congresso Internacional de Psiquiatra de Paris. *Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XVI, Jan-Dez, nº único, 1951, p.23-32.

YAHN, Mário; A. MATTOS, Pimenta; JUNIOR, Afonso Sette Jr. Sobre a Leucotomia de Freeman e Watts em três tempos. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XIII-XIV, Jan/Dez, nº único, 1948-1949, p.125-232.

YAHN, Mário; A. MATTOS, Pimenta; JUNIOR, Afonso Sette Jr. *Tratamento cirúrgico das moléstias mentais (leucotomia)*. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina, 1951a., 293p.

YAHN, Mário; ARRUDA, J. A glicemia no coma pelo tratamento insulínico. *Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. II, nº 2, 1937, p.179-189.

YAHN, Mário; BARROS, Paulo F. de. Eletrochoqueterapia. *Arquivos de Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XII, Jan-Dez, nº único, 1947, p.233-272.

YAHN, Mário; KRYNSKI, Stanislaw. Leucotomie pré-frontale chez les enfants et les adolescents. *Arquivos do Departamento da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XVI, Jan/Dez, nº único, 1951, p.15-18.

YAHN, Mário; KRYNSKI, Stanislaw; PIMENTA, A. Mattos ; SETTE JUNIOR, Afonso. Leucotomia pré-frontal em menores. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 7, n. 4, p. 349-370, Dec. 1949 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1949000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1949000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 fev. 2019.

YAHN, Mário; OLIVEIRA NETO, E. M. Consideração sobre 400 casos tratados pelo método de Von Meduna. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. VII, Set-Dez, nº 3-4, 1942, p.331-361.

YAHN, Mário; OLIVEIRA, Geraldo. Resumo da História a Psicopatas no Estado de São Paulo. *Arquivos de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, Vol. XIII-XIV, Jan/Dez, nº único, 1948-49, p.19-33.

### 3) Bibliografia

Ademar de Barros. Verbete CPDOC. Disponível em [https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/ademar\\_de\\_barros](https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/biografias/ademar_de_barros). Acesso em 07 fev. 2019.

Entrevista com Isaías Melsohn – Transferência. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 41(75), Dez. 2008, p.11-23. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v41n75/v41n75a02.pdf>. Acesso em 04 fev. 2019.

Ernst von Feuchtersleben. Verbete da Biblioteca Nacional da França. Disponível em [https://data.bnf.fr/fr/12142272/ernst\\_von\\_feuchtersleben/](https://data.bnf.fr/fr/12142272/ernst_von_feuchtersleben/). Acesso em 21 dez. 2018.

Gustavo Capanema. Verbete CPDOC. Disponível em [https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/gustavo\\_capanema](https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/gustavo_capanema).

*História da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e Profissões Afins*. Disponível em <http://www.abenepi.org.br/sobre/historia-2/>. Acesso em 06 fev. 2019.

*História da Escola Paulista de Medicina*. Disponível em: <http://www.neurocirurgiaepm.com.br/sobre/historia/>. Acesso em 09 dez. 2019.

*Historia De La Psiquiatria Infantil Y Del Adolescente*. Disponível em <https://docplayer.es/90737447-Historia-de-la-psiquiatria-infantil-y-del-adolescente.html>. Acesso em 9 de jun. 2018.

José Ayres Netto, Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <https://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/156/BIOGRAFIA-JOSE-AYRES-NETTO.pdf>. Acesso em 07 de fev. 2019.

José Leme Lopes. Academia Nacional de Medicina. Disponível em [http://www.anm.org.br/conteudo\\_view.asp?id=487](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=487). Acesso em 07 fev. 2019.

Mário Yahn, Biografia da Academia de Medicina de São Paulo, disponível em <https://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/188/BIOGRAFIA-MARIO-YAHN.pdf>. Acesso em 02 fev. 2019.

Silva, Antônio Carlos Pacheco e., Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – CPDOC. Disponível em <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/silva-antonio-carlos-pacheco-e>. Acesso em 02 fev. 2019

*Tratado médico filosófico sobre a alienação mental ou a mania* Phillipe Pinel. Tradução de Joice A. Galli Porto Alegre: Ed. da UFRGS, [1800-1801] 2007, 272p.

ACKERKNECHT, Erwin H. *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848* (Baltimore, Johns Hopkins Press, 1967); *La médecine hospitalière à Paris, 1794-1848*, trad. fr. F. Blateau, (Paris, Payot, 1986).

ALBERNAZ, Pedro Luiz Mangabeira. Prof. Paulo Mangabeira Albernaz: *Algumas notas sobre meu pai*. Disponível em <http://pedromangabeira.blogspot.com/2012/05/prof-paulo-mangabeira-albernaz.html>. 2012. Acesso em 9 Jan. 2019.

ALBUQUERQUE, Aline. Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 412-422, Dec. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 Fev. 2019.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1982.

AMIEL, P., “Code de Nuremberg” : texte original en anglais, traductions et adaptations en français. Em: *Des cobayes et des hommes : expérimentation sur l'être humain et justice*. Paris: Belles Lettres, 2011, appendice électronique <http://descobayesetdeshommes.fr/Docs/NurembergTrad>. Disponível em [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm\\_CodeNuremberg\\_TradAmiel.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_CodeNuremberg_TradAmiel.pdf), Acesso em 06 Jan 2019.

ANTUNES, Lobo. Egas Moniz. Uma biografia. Lisboa: Gradiva, 2010.

APPIGNANESI, Lisa. *Mad, bad and sad. A history of women and the mind doctors from to the present*. London: Virago, 2008.

ARZY, Shahr; DANZIGER, Shlomo. The Science of Neuropsychiatry: Past, Present, na Future. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 26:4, Fall 2014, p.392-395.

ASSIS, José Lamartine de. A Escola Neurológica de São Paulo. In: REIMÃO, Rubens (Org.). *História da Neurologia no Brasil*. São Paulo: Lemos-Editorial, 1999, p.205-211.

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado – O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BALCELLS, M. Historia de la lobotomia. *Neurosciences and History*, 3(3), 2014, p.130-135.

BARROS, A Escola dos Annales: considerações sobre a História do Movimento. *Revista História em Reflexão*: Vol. 4 n. 8 – UFGD - Dourados jul/dez 2010.

BARROS, S e BICHAFF R. (Org.). *Desafios para a desinstitucionalização. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo*. SP: FUNDAP, 2008.

BASSANEZI, Carla. Mulheres dos Anos Dourados. In: PRIORI, Mary Del (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2007. p. 607-639.

BASTOS, Othon. Primórdios da psiquiatria no Brasil. *Rev. Psiquiatr. RS*, 29(2), 2007, p.154-155. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a04.pdf>. Acesso em 24 de novembro de 2016.

BERRIOS, German E.. Psicopatologia descritiva: aspectos históricos e conceituais. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 171-196, Mar. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142012000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 4 jan. 2019.

BERRIOS, German. E. The Origins of Psychosurgery: Shaw, Burckhardt and Moniz. *History of Psychiatry*, vol. 8, no. 29, Mar. 1997, p.61–81.

BERTOLLI FILHO, C. . Prontuários médicos e a memória da saúde pública brasileira. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde* , v. 38, 2006 p. 11-14.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. *Hist. ciênc. Saúde-Manguinhos*, 3(1), mar.-jun. 1996, p.173-80.

BOURDIEU, Pierre. *La Domination masculine*. Paris: Éditions du Seuil, 1998.

BRASLOW, J. T., & Starks, S. L. The making of contemporary American psychiatry, part 2: Therapeutics and gender before and after World War II. *History of Psychology*, 8(3), 2005, p.271-288.

BRASLOW, Joel. *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. University of California Press, 1997.

BRASLOW, Joel. Therapeutics and the History of Psychiatry. *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 74, No. 4, 2000, p.794-802.

BURGUIERE. André Histoire d'une histoire: la naissance des *Annales*. *Annales*, 34-6, 1979, p.1347-1359.

BURKE, Peter. Problemas das fontes. Problemas da explicação. Problema da síntese. In: \_\_\_\_\_. *A escrita da história – novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1982.

CABRAL FILHO, Guilherme; GUSMÃO, Sebastião; SILVEIRA, Roberto Leal. Egas Moniz e a neurocirurgia brasileira. *Arquivos Brasileiros Neurocirurgia*. 19(3), 2000, p.136-139.

CAIRE, Michel. Antonio Caetano de Egas Moniz. Disponível em <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/anme/moni.htm>. Acesso em 30 de out. de 2018.

CAMPOS, Raquel Discini de. *Mulher e crianças na imprensa paulista (1920-1940)*. Tese de doutorado. Unesp/Araraquara, 2007.

CAMPOS, Raquel Discini. *Mulheres e crianças na imprensa paulista (1920-1940): representação e história*. Tese (Doutorado em Educação Escolar) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2007, 216f.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 95-103, Fev. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Nov. 2016.

CAROL, Anne. A virilidade diante da medicina. In: CORIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges (Org.). *História da virilidade – Vol. III: A virilidade em crise? Séculos XX-XXI*. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 35-81.

CASCAIS, António F.. De Egas Moniz à engenharia genética: um questionamento bioético. *Sociologia: problemas e práticas*, n. 9 (1991), p.57-76.

CASEY, Brian P. The Surgical Elimination of Violence? Conicting Attitudes towards Technology and Science during the Psychosurgery Controversy of the 1970s. *Science in Context*, 28, 2015, p. 99-129.

CASSÍLIA, Janis Alessandra Pereira. *Doença mental e Estado Novo: a loucura de um tempo*. 2011. 199 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

CERQUEIRA, Ede Conceição Bispo. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: Debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano*. Vol. 1, *Artes de fazer*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012.

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. *Anais do 16º Seminário Nacional de História da Ciência e da Técnica*. UFCG/EEPB, Campina Grande - Paraíba, outubro 2018.

CLEMINSON, Richard; SOUTO, Luís Souto. Traces of Eugenic Thought in the Work of Egas Moniz. *Portuguese Studies*, vol. 28, no. 1, 2012, pp. 63–76. Disponível em: [www.jstor.org/stable/10.5699/portstudies.28.1.0063](http://www.jstor.org/stable/10.5699/portstudies.28.1.0063). Acesso em 3 jan. 2019.

COFFIN, Jean-Christophe. Sexe, hérédité et pathologies. In: GARDEY, Delphine; LÖWY, Ilana. *L'invention du Naturel: Les sciences et la fabrication du féminin e du masculin*. Paris: Éditions des archives contemporaines, 2000. p. 159-186.

COLLINS, Brianne M.; STAM, J. Henderikus. A Transnational Perspective on Psychosurgery: Beyond Portugal and the United States. *Journal of the History of the Neurosciences*, 23, 2014, p.335-334.

CORREIA, Manuel. Egas Moniz e os seus colegas no Brasil: a arquitetura de um Prêmio Nobel. *ComCiência*, Campinas, n. 164, Dez. 2014. Disponível em <[http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-76542014001000009&lng=pt&nrm=iso](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542014001000009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 de novembro de 2016.

CORREIA, Manuel. *Egas Moniz e prêmio Nobel*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

COUTO, R.C.C de M. *Eugenia, loucura e condição feminina*. Tese de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. USP, 1994.

CRAIG, B. L. The role of records and of recordkeeping in the development of the modern hospital in London, England, and Ontario, Canada, c. 1890-c. 1940. *Bulletin of the History of Medicine*, 65(3), 1991, p.376-397.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do Mundo: Juquery, a História de um Asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DIAS, Allister. *Arquivos de Ciências, Crimes e Loucuras: Heitor Carrilho e o debate criminológico do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1940*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015, 465 f.

DUARTE, Constância Lima. Feminismo e literatura no Brasil. *Estud. av.*, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 151-172, Dec. 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142003000300010>.

DUARTE, Maristela Nascimento. *De “ares e luzes” a “inferno humano”: concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1956-1970. Estudo de caso*. (tese). Orientadora: Magali Engel. Programa de Pós-Graduação em História, UFF, 2009.

ENGEL, Magali Gouveia. Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 173-190, 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 fev. 2019.

ENGEL, Magali. *A loucura na cidade do Rio de Janeiro: ideias e vivências (1830-1930)*. 1995. Tese (doutorado em História). IFCH/Unicamp, Campinas.

ENGEL, Magali. *Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

ENGEL, Magali. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2001.

ENGEL, Magali. Psiquiatria e Feminilidade. In: PRIORI, Mary Del (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2007, p.322-362.

ESTELLITA-LINS, Carlos. Visibilidade e conhecimento: Investigando a Semiologia Psiquiátrica. In: Adriano C. T. Rodrigues et. AL (Org). *Psicopatologia Conceitual*. São Paulo: Roca, 2012, p.72-102.

FABRÍCIO, André Luiz da Conceição A assistência psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930- 1945). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro) - Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009, 137 f.

FACCHINETTI, C. ; VENANCIO, A. T. A. . Da psiquiatria e de suas instituições: um balanço historiográfico. In: Luiz Antonio Teixeira; Tânia Salgado Pimenta; Gilberto Hochman. (Org.). História da Saúde no Brasil. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2018, v. 1, p. 356-402.

FACCHINETTI, C. Júlio Pires Porto-Carrero: a psicanálise como ferramenta para a Idade de Ouro no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade. (Org.). *Médicos intérpretes do Brasil*. 1ed, 2017.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 17, supl. 2, p, Dec. 2010, p. 527-535.

FACCHINETTI, Cristiana; REIS, Cristiane de Sá. O Hospício Nacional: arquitetura, política e população (1852-1902). In: A. M. Jacó-Vilela; F. T. Portugal (Eds.), *Clio-Psyché. Instituições, História, Psicologia*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2014, p. 95-123.

FEINSTEIN, Anthony. Psychosurgery and the child prodigy: the mental illness of violin virtuoso Josef Hassid. *History of Psychiatry*, 8(29), 1997, p.55–60.

FERLA, Luis. *Feios, sujos e malvados sob medida: do crime ao trabalho, a utopia médica do biodeterminismo em São Paulo – 1920-1945*. Tese (Programa de Pós-graduação em História Econômica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FERREIRA, Antonio Celso e LUCA, Tania Regina. “Medicina e práticas médicas em São Paulo: uma introdução”. In: MOTA, André e MARINHO, Gabriela S.M.C. *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011, p.17-36.

FLECK, Ludwik. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FLECK, Ludwik. On Medical Experiments on Human Beings. *Science, Technology, & Human Values*, 41(3), 2016, p.534–546.

FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nísia Trindade. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005, p. 27-58.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. Brandão, João Carlos Teixeira. *Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal, 2013.



- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Clínica*. Forense Universitária: Rio de Janeiro, 1977.
- FRAISSE, Genevière; PERROT, Michelle. Introdução (Modernidades). In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Org.). *História das Mulheres no Ocidente*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Oct. 2016. Epub Apr 26, 2012.
- GAVROGLU, Kostas. *O Passado das Ciências como História*, Coleção História e Filosofia da Ciência, nº 11. Porto: Porto Editora, 2007.
- GAY, Peter. *A experiência burguesa da Rainha Vitória a Freud: O cultivo do ódio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- GHERARDI, S., NICOLINI, D. To Transfer is to Transform: The Circulation of Safety Knowledge. *Organization*, 7(2), 2000, p.329–348.
- GIVISIEZ, G.H.N. Introdução a métodos de estimativas e interpolação populacionais. In: RIANI, J.L.R.; RIOS-NETO, E.L.G. (Org.). *Introdução à Demografia da Educação*. Campinas: ABEP; 2004. p.45-70.
- GÓIS, Jr., Edivaldo. *Movimento higienista e o processo civilizador: apontamentos metodológicos*. X Simpósio Internacional Processo Civilizador, Campina São Paulo, 2007.
- GONÇALVES, Monique de Siqueira. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan /jun 2013, p.60-77. Disponível em file:///C:/Users/Neiva/Downloads/sbhc%202013\_1%20Monique%20de%20Siqueira%20Goncalves%20(1).pdf. Acesso em 24 de novembro de 2016.
- GORENSTEIN, Clarice; SCAVONE, Cristóforo. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Rev Bras Psiquiatr*, 21 (1), 1999, p. 64-73.
- GOSTIN, Larry O.. J. *Ethical considerations of psychosurgery: the unhappy legacy of the pre-frontal lobotomy*. *Med Ethics*, Sep;6(3), 1980, p.149-54.
- GRAVUS, Delia. 'Making Bad Boys Good': Brain Surgery and the Juvenile Court in Progressive Era America. In: *Technological Change in Modern Surgery: Historical Perspectives on Innovation*. SCHLICH, T.; CRENNER, C. (Ed.). NY: Rochester University Press, 2017: p.71-99.

GUSMÃO, Sebastião Silva; SOUZA, José Gilberto de. *História da Neurocirurgia no Brasil*. São Paulo: Câmara Brasileira Do Livro, 2008.

GUZZO, Raquel Souza Lobo. O significado de uma vida: a história e o presente na Psicologia de São Paulo. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas , v. 1, n. 2-3, p. 89-93, 1997 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85571997000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85571997000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 de novembro de 2016.

HACKING, IAN. Making Up People. In: BIAGIOLI, Mario (Ed.). *Thee Science Studies Reader*. London: Routledge, 1999, p.161-171.

HAUCK FILHO, Nelson; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira; DIAS, Ana Cristina Garcia. Psicopatia: o construto e sua avaliação. *Aval. psicol.*, Porto Alegre , v. 8, n. 3, p. 337-346, dez. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712009000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 fev. 2019.

HAUSTGEN, T., & SINZELLE, J. Emil Kraepelin (1856–1926) – III. Les grandes entités cliniques. *Annales Médico-psychologiques*. *Revue psychiatrique*, 168(10), 2010, p.792-795.

HENRIQUES, Rogério Paes. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 12, n. 2, p. 285-302, Jun. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142009000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Fev. 2019.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, 2005, p.127-141.

HUERTAS, Rafael. Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatria: posibles acercamientos metodológicos. *FRENIA - Revista de Historia de la Psiquiatria I*, no 2, 2001, p.7–37.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JABERT, Alexander; FACCHINETTI, Cristiana. A experiência da loucura segundo o espiritismo: uma análise dos prontuários médicos do Sanatório Espírita de Uberaba. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 513-529, Sept. 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000300008&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Feb. 2019.

JADOSKIA, R.; MOSTARDEIROA, S.R.; EXTERKOETTERA, J.A.; GRISARDA, N.; HOELLER, A.A. O consentimento livre e esclarecido: do código de Nuremberg às normas brasileiras vigentes. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, 29 n. 2, 2017, p.116-126.

JĘCZMIŃSKA, Kinga. History of lobotomy in Poland. *History of Psychiatry*, 29(1), 2018, p.3–21.

JASPERS, Karl (1913). *Psicopatologia Geral*, 2 volumes. RJ, Ed. Atheneu, 1973.

JOHNSON, Jenell. *American Lobotomy, A Rethorical History*. University of Michigan, 2014.

KAZAMEL, Mohamed. The Split between Neurology and Psychiatry: Historical Overview. *Neurology* 90 (15 Supplement), 2018, P5.305.

KELLY, Brendan. Searching for the patient's voice in the Irish asylums. *Medical Humanities*, 42, 2016, p.87-91.

KETZER, Alessandra Berezowska Rodrigues. *Campus Fiocruz da Mata Atlântica: a interlocução social como estímulo ao desenvolvimento local integrado e sustentável na busca pela promoção da saúde*. Monografia (Pós-Graduação em Engenharia Urbana)-Rio de Janeiro: COPPE / UFRJ, 2010, 42p.

KNORR-CETINA, K. *The Manufacture of Knowledge*. Oxford: Pergamon Press, 1981.

KOBAYASHI, Elizabete Mayumy; HOCHMAN, Gilberto. De patológicos a higiênicos: os lares modernos e a imprensa no Brasil pós-Segunda Guerra Mundial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 967-979, dez. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14142832016000400967&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14142832016000400967&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 7 out. 2016. Epub 29-Ago-2016.

KOTOWICZ, Z. Psychosurgery in Italy, 1936—39. *History of Psychiatry*, 19(4), p.476-489, 2008.

LAMBE, Jennifer. *Madhouse: psychiatry and politics in Cuban history*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2017.

LAQUEUR, Thomas. *La fabrique du sexe – Essai sur le genre em Occident*. Paris: Gallimard, 1992.

LARSON, Kate. *Rosemary: The Hidden Kennedy*. New York: Mariner, 2016.

LATOUR, Bruno. 2004. Redes que a razão desconhece: laboratórios, bibliotecas, coleções. In: PARENTE, André (Org.). *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. (Trad. Marcela Mortara) Porto Alegre: Sulina, p.39-63.

LATOUR, Bruno. Give Me a Laboratory and I will Raise the World. In: KNORR-CETINA, Karin; MULKAY, Michael (Ed.). *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*. London and Beverly Hills: Sage, 1983, p.141-170.

LEÃO, Igor Zanoni Constant Carneiro. O Conceito de Tecnologia em Ruy Gama. *Economia e Tecnologia* . Ano 02, Vol. 06 – Jul. /Set, 2006, p.143-152.

LEDERER, Susan. *Subjected to Science: Human Experimentation in America before Second World War*. Hopkins University Press, 1995.

LICHTERMAN, B.L. On the history of psychosurgery in Russia. *Acta Neurochir (Wien)*, 125, 1993, p.1-4.

LONGMAN, José. In memoriam - Prof. Anibal Silveira. 1902 - 1979. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 37, n. 4, p. 454-457, Dec. 1979 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000482X1979000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000482X1979000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 fev. 2019.

LÖWY, Ilana. Pour en finir avec la nature. In: GARDEY, Delphine; LÖWY Ilana (Dir.), *L'Invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p.9-28.

LÖWY, Ilana. The best possible intentions: Testing prophylactic approaches on humans in developing countries. *American Journal of Public Health*, 103(2), 2013, p.226-237.

LÖWY, Ilana. The Experimental Body. In: COOTER, Roger; PICKSTONE, John. *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. London and New York: Routledge Taylor and Francis Group, 2003.

MACIEL, Maria Eunice. A eugenia no Brasil. *Anos 90*, Porto Alegre, n. 11, jul. 1990.

MARGARIDO, Manuel. *Egas Moniz – Grandes Protagonistas da História de Portugal*. Lisboa: Planeta DeAgostini, 2005.

MARKS, Harry M. Trust and mistrust in the marketplace: statistics and clinical research, 1945-1960. *Hist. Sci.*, 38(3), 2000, p.343–355.

MARQUES, João Gama; TELLES-CORREIA, Diogo. Barahona Fernandes e o seu Contributo para a Psicopatologia. *Psilogos*, vol. 13, n. 1, junho 2015, p.52-65.

MARQUES, Rita de Cássia. *A imagem social do médico de mulheres no século XX*. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, agosto 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702003000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702003000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em 03 ago. 2014.

MASSARANI, Luisa *A divulgação científica no Rio de Janeiro: Algumas reflexões sobre a década de 20*. Rio de Janeiro: UFRJ/ECO, 1998, 127p.

MATHIAS, Cátia Maria. O Pavilhão de Observação na psiquiatria do Distrito Federal: a gestão de Henrique Roxo (1921-1945). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde)-Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017, 205 f.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Produzindo sentidos sobre o masculino: da hegemonia à ética da diversidade. In: ADELMAN, Miriam; SILVESTRIN, Celsi Brönstrup (Org). *Coletânea Gênero Plural*. Curitiba: Editora UFPR, 2002.

MELO, W. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. *Mnemosine*, 5, 2009, p.30-52.

MELO, M.T.V.B. Arquivos de cientistas como fontes para a história das ciências. In: MOLLO, H. M. (Org.). *Biografia e história das ciências: debates com a história da historiografia*. 1ed.Ouro Preto: EDUFOP/PPGHIS , v. 1, 2012, p.116-135.

MERSKEY, H. Somatic Treatments, Ignorance, and the Historiography of Psychiatry. *History of Psychiatry*, vol. 5, no. 19, Sept. 1994, p.387–391.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Terapias Biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. *Saeculum*, nº 31, jul/dez, 2014, p.203-220.

MISSA, Jeen-Noël. La psychochirurgie: histoire d'une pratique experimentle. Partie I: l'époque des pionniers (1935-1954). *Médecine/sciences*, 13, 1997, p.1370-1374.

MONTEIRO, Marko. Analisando a representação na ciência: práticas de produção de evidências. Anais ESOCITE, 2011. Disponível em <https://www.google.com/search?q=Analisando+a+representa%C3%A7%C3%A3o+na+ci%C3%A2ncia:+pr%C3%A1ticas+de+produ%C3%A7%C3%A3o+de+evid%C3%A2ncia&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjtn4z8tdDgAhXEIbkGHQmpDEYQBQgqKAA&biw=1366&bih=608>. Acesso em 2 fev. 2019.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 14, n. 4, p. 728-768, Dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em Jun 2017.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina e Psiquiatria em São paulo nos anos de 1930-1940: o caso das Mulheres do Juqueri. In: *História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica* / André Mota e Maria Gabriela S.M.C.Marinho (Org.). São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012.

MUNIZ, Diva do Couto Gontijo. *Sobre gênero, sexualidade e “O Segredo de Brokeback Mountain”*: uma história de aprisionamentos. In: STEVENS, Cristina Maria Teixeira; SWAIN, Tania Navarro (Org.). *A Construção dos Corpos: perspectivas feministas*. Florianópolis: Mulheres, 2008.

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.

NEVES, Afonso Carlos. Construção do corpo psiquiátrico. In: MOTA, André; MARINHO, Gabriela S. M. C. (Org.). *História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012.

NEVES, Afonso Carlos. *O emergir do corpo neurológico paulista: Neurologia, Psiquiatria e Psicologia em São Paulo a partir dos periódicos paulistas (1889-1936)*. Tese de doutorado pela USP. São Paulo, 2008.

NEVES, Margarida de Souza. O grande mal no Cemitério dos Vivos: diagnósticos de epilepsia no Hospital Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.293-311.

NOLL, Richard. Styles of psychiatric practice, 1906-1925: clinical evaluations of the same patient by James Jackson Putnam, Adolph Meyer, August Hoch, Emil Kraepelin and Smith Ely Jelliffe. *History of psychiatry*, 10.38, 1999, p.145-189.

NORMANDO, David; ALMEIDA, Marco Antonio de Oliveira; QUINTAO, Cátia Cardoso Abdo. Análise do emprego do cálculo amostral e do erro do método em pesquisas científicas publicadas na literatura ortodôntica nacional e internacional. *Dental Press J. Orthod.*, Maringá, v. 16, n. 6, p. 33-35, Dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-94512011000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512011000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 6 jan. 2019.

NOSEK, Leopold. *Albúm de Família - Imagens Fontes e Ideias da Psicanálise em São Paulo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

NUDESHIMA, Jiro; TAKAOMI, Taira. A brief note on the history of psychosurgery in Japan. *Neurosurgical Focus* 43 (3): E 13, 2017, p.1-5.

NUNES, Laura Marinha. Sobre a psicopatia e sua avaliação. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 39-48, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 fev. 2019.

NUNES, Sílvia Alexim. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.373-389.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, set.-dez. 2005, p.983-1010.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-179, Dec. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 03 de dezembro de 2016.

ÖGREN, K.; SANDLUND, M.. *Psychosurgery in Sweden 1944-1964*. *J Hist Neurosci*. Dec. 14(4):353-67, 2005, p.353-67.

ÖGREN, K.; SANDLUND, M. Lobotomy at a state mental hospital in Sweden. A survey of patients operated on during the period 1947-1958. *Nord J Psychiatry*, 61(5), 2007, p.355-62.

OLIVEIRA, Carmen Lucia Montechi Valladares de. Trajetórias da psicanálise paulista. *Analytica*, São João del Rei, v. 3, n. 4, p. 59-87, jan. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2316-51972014000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972014000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 fev. 2019.

OLIVEIRA, Kleydson Thyago Araujo de; MAGALHÃES, Mirella Rocha; ARAÚJO, Suzane Batista de. A Assistência aos Psicopatas em Pernambuco: as psicocirurgias no Estado na década de 1940. *V Colóquio de História: perspectivas históricas*. Unicap, nov.

2011. Disponível em <http://www.unicap.br/coloiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/5Col-p.967-980.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2018.

PARADA, Carlos. *Toucher le cerveau, changer l'esprit*. PUF, 2018.

PASTORELLO, Thierry. La stigmatisation particulière du pédéraste passif dans les enquêtes de médecine légale dans la première partie du XIX<sup>e</sup> siècle », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 03.1, 2009. Disponível em : <http://journals.openedition.org/acrh/1850>. Acesso em 29 dez. 2018.

PATINO CM; FERREIRA JC. What is the importance of calculating sample size? *J Bras Pneumol*, 42(2), 2016, p.162.

PEREIRA, Lygia Maria de França. Modelos e Finalidades da Terapêutica Psiquiátrica na primeira metade do Século XX - Uma História do início do uso dos Neurolépticos no Estado de São Paulo. In: *História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica*. André Mota e Maria Gabriela S.M.C.Marinho (Org.). São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 685-691, Dec. 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142007000400010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400010&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Feb. 2019.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 12, n. 2, p. 379-386, Jun. 2009 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142009000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 fev. 2019.

PERREAULT, Isabelle . Esprits troublés et corps déviants: les fonctions de la psychochirurgie à Saint-Jean-de-Dieu, 1948-1956. In: Sylvie Frigon (Ed.). *Corps suspect, corps déviant*. Montréal, Éditions du Remue-ménage, 2012, p.205-227.

PERREAULT, Isabelle. Psychochirurgie et homosexualité. Quelques cas à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à la mi-XXe siècle. In: *La régulation sociale des minorités sexuelles. L'inquiétude de la différence*, ed. P. Corriveau and V. Daoust, PUQ, 2011, p.27-44.

PERROT, Michelle. Sair. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Org.). *História das Mulheres no Ocidente*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

PESSOTI, Isaías. Sobre a teoria da loucura no século XX. *Temas em Psicologia*. Vol. 14, nº 2, 2006, p.113 – 123.

PICCININI, Dr. Walmor J. Piccinini. Darcy de Mendonça Uchôa (1907-2003). *Psychiatry on line Brasil*, Jan.2017 - Vol.22 - Nº 1. Disponível em <https://www.polbr.med.br/ano17/wal0117.php>.

PICCININI, Dr. Walmor J. Piccinini. Franco da Rocha: vida e obra. *Psychiatry on line Brasil*, Abril de 2003 - Vol.8 - Nº 4. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano03/wal0403.php>.

PIMENTA, Luiz Henrique Mattos. Aloysio de Mattos Pimenta 1913 - 1987. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 218, June 1988, p. 218-218. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1988000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1988000200015). Acesso e 23 de novembro de 2016.

PINA, Madalena Esperança; CORREIA, Manuel. Egas Moniz (1874-1955): cultura e ciência. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, , junho 2012, p.431-450. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702012000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 de novembro de 2016.

PINTO, Céli Regina Jardim. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PIOZZI, Patrizia. A reinvenção da felicidade: uma breve nota sobre o cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Educ. Soc.*, Campinas , v. 19, n. 65, p. 181-184, Dec. 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301998000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 fev. 2019.

PIZZOLATO, Pier Paolo Bertuzzi. *O Juquery: sua implementação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção*. USP: 2008. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16138/tde-20012010-152813/pt-br.php>.

PORTER, Roy. The Patient's View: Doing Medical History from below. *Theory and Society*, 14(2). 1985, p.175-198.

PORTER, Theodore. *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton University Press, 1996.

PRADO, Roberto; MACEDO, Philippe. Enjolras Vampré: a pioneer of Clinical Neurology in South America. *Neurology*, 90 (15 Supplement), 2018, P5.306.

PRESSMAN, Jack. *Last Resort: Psychosurgery and the limits of Medicine*. Cambridge: University Press, 1998.

PUSSETTI, Chiara. Identidades em Crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.1, 2010, p.94-113.

QUEIROZ, Alírio. *A Recepção de Freud em Portugal (1900-1956)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009.

RAGO, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In: PRIORI, Mary Del (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2007. p. 578-606.

RAJ, Kapil. Beyond Postcolonialism ... and Postpositivism: Circulation and the Global History of Science. *Isis* 104, nº. 2 , 2013, p.337-47.

RAZ, Mical. *The Lobotomy Letters – The Making of American Psychosurgery*. University of Rochester Press, 2013.

RIBEIRO, Paulo Silvino. Um médico, uma ideia e um hospital: Dr. Franco da Rocha e a concepção do Juquery. In: MOTA, André; MARINHO, Gabriela S. M. C. (Org.). *História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina:



UFABC, Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p. 145-158.

RISSE, G. B., & Warner, J. H. Reconstructing clinical activities: patient records in medical history. *Social History of Medicine*, 5(2), 1992, p.183-205.

ROCHA, Ilana Peliciari. *Imigração internacional em São Paulo: retorno e reemigração, 1890-1920*. Dissertação (Mestrado em História Econômica) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RODRIGUES, Jaime; MIRANDA, Marcia Eckert; BOTELHO, Denilson. O acervo de prontuários do Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo (1903- 1930). *Revista de Fontes*, n. 4, 2016, p.14-70.

ROELCKE, Volker; WEINDLING, Paul J., WESTWOOD, Louise (Ed.). *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, & the United States to World War II*, Rochester, NY; Woodbridge: University of Rochester Press, 2010.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 133-152, 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702008000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 Out. 2016.

ROHDEN, Fabíola. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSENBERG, Charles E. The Tyranny of Diagnosis. *The Milbank Quartely*, vol. 8, n.2002, p. 237–260.

RZESNITZEK, Lara. The introduction of leucotomy in Germany: National Socialism, émigrés, a divided Germany and the development of neurosurgery. *History of Psychiatry*, p.1-11, 2019.

SALLA, Fernando; BORGES, Viviane. Aspectos da gestão da menoridade em Florianópolis e São Paulo (1930-1940). *História Unisinos* 22(1), Janeiro/Abril, p. 100-110, 2018.

SANCHES, Daniele Rosa; BERLINCK, Manoel Tosta. Debilidade mental: o patinho feio da clínica psicanalítica. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 259-274, Dec. 2010 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982010000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 7 Nov. 2018.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Masculinidade e virilidade entre a Belle Époque e a República. In: AMANTINO, Marcia; PRIORI, Mary Del. *História dos homens no Brasil*. São Paulo: Editora Unesp, 2013, p.245-266.

SANTOS, Paulo Reis dos, *Inclinações, erotismo, pederastia e práticas masturbatórias : uma análise dos prontuários clínicos dos campineiros internados no sanatório Pinel da década de 1930*. UNICAMP, 2015.

SCHIJS, O. E., HOOGLAND, G., KUBBEN, P. L., & KOEHLER, P. J. The start and development of epilepsy surgery in Europe: a historical review. *Neurosurgical review*, 38(3), 2015, p.447-461.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Porto Alegre, 16(2), Dezembro 1990, p.5-22.

SCULL, Andrew. Somatic Treatments and the Historiography of Psychiatry. *History of Psychiatry*, vol. 5, no. 17, Mar. 1994, p.01–12.

SCULL, Andrew. Psychiatrists and historical “facts” Part One: The historiography of somatic treatments. *History of Psychiatry*, 6(22), 225–241, 1995. Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0957154X9500602207#articleCitationDownloadContainer>. Acesso em 12 Nov. 2018.

SCULL, Andrew. Losing their minds: Andrew Scull on the startling story of lobotomies in twentieth-century America. *The Times Literary Supplement*, 4 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.the-tls.co.uk/articles/public/losing-their-minds/>. Acesso em 26 jan. 2019.

SECORD. James A. Knowledge in Transit. *Isis*, 95:4, 2004, p.654-672.

SEIXAS, André; ZILBERMAN, Mônica L.. O Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas – FMUSP. In: MOTA, André; MARINHO, Gabriela S. M. C. (Org.). *História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD. G Casa de Soluções e Editora, 2012, p.177-190.

SERRA, Lia Novaes; SCARCELLI, Ianni Régia. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 85-99, mar. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142014000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 04 fev. 2019.

SHAPIN, Steven e SCHAFFER, Simon. *Leviathan and the air-pump: Hobbes, Boyle and the experimental life*. Chicago: University Press, 1985.

SILVA, Laura Belluzzo de Campos. *Doença mental, psicose, loucura: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

SILVA, M. R. B. D. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. *Revista Brasileira de História*, 27(53), 2007, p. 243-266.

SILVA, Renato da. *Abandonados e delinqüentes: a infância sobos cuidados da medicina e do Estado - o Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. 135 f.

SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática: 1992.

SOARES, Silvio de Azevedo. Raça e psiquiatria: uma análise genealógica da questão racial na psiquiatria brasileira. *Século XXI: Revista de Ciências Sociais*, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 252-283, mar. 2018. ISSN 2236-6725. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/31916>>. Acesso em: 26 maio 2019.

SOEIRO, Cristina; GONCALVES, Rui Abrunhosa. O estado de arte do conceito de

psicopatia. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 227-240, jan. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312010000100016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000100016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 13 fev. 2019.

SOHN, Anne-Marie. O corpo sexuado. In: CORBIN, A.; COUTINE, JJ.; VIGARELO, G. (Org.). *História do Corpo, vol. III: As Mutações do Olhar – O Século XX*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p.109-154.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, supl., dez. 2016, p.93-110.

SPINA-FRANÇA, ANTONIO. Os 50 anos de arquivos de Neuropsiquiatria. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 417-418, Dec. 1992. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1992000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1992000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 29 de novembro de 2016.

STEPAN, Nancy Leys. “Eugenia no Brasil: 1917-1940”. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p.331-391.

STERN, Alexandra Minna. Gender and sexuality: a global tour and compass. In: BASHFORD, Alison; LEVINE, Philippa (Org.). *The Oxford handbook of the history of eugenics*. Oxford University Press, 2010.

STIP, E.; BIGRAS M.J.; MANCINI-MARIË, A.; COSSET ME, BLACK, D.; LECOURS, AR. Long-term effect of prefrontal lobotomy on verbal fluency in patients with schizophrenia. *Brain Cogn.* Aug;55(3), 2004, p.466-469.

SZASZ, Thomas. *Ideologia e Doença Mental*. São Paulo: Jahaz, 1980.

TAMANO, Luana Tiekko Omena. *Manter normal a criança normal e normalizar a desajustada: Arthur Ramos e o Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental, 1934-1939*. PhD Thesis. Universidade de São Paulo, 2018.

TARELOW, Gustavo Queródia. *Entre comas, febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937)*. Santo André: Universidade Federal do ABC, 2013.

TARELOW, Gustavo Queródia; MOTA, André. Eugenia, organicismo e esquizofrenia: diagnósticos psiquiátricos sob a lente de Antônio Carlos Pacheco e Silva, nas décadas de 1920-40. *Dimensões*, vol. 34, 2015, p.255-279.

TARELOW, Gustavo. Eugenia, organicismo e esquizofrenia: diagnósticos psiquiátricos sob a lente de Antônio Carlos Pacheco e Silva, nas décadas de 1920-40. *Dimensões*, nº 34, 2015, p.255-279.

TARELOW, Gustavo. Um tratamento de choque: a aplicação da malarioterapia no Hospital do Juquery (1925 – 1940) A shock treatment: the application of malariotherapy in Juquery’s Hospital (1925 – 1940). *Cadernos de História da Ciência – Instituto Butantan* – vol. V (1) jan-jul 2009, p.7.22.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. Na arena de esculápio: a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. *Deus e a ciência na terra do sol: o Hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil*. Diss. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria, 1998.

TENÓRIO, Fernando. Psicose e esquizofrenia: efeitos das mudanças nas classificações psiquiátricas sobre a abordagem clínica e teórica das doenças mentais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016, p.941-963.

TERRIER, L.-M., LEVÊQUE, M., & AMELOT, A. Brain surgery: Most lobotomies were done on women. *Nature*, 548(7669), 2018, p.523–523.

THOMPSON, Edward Palmer. *A Miséria da Teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. São Paulo: Swing e Ludistas, 2009.

TOLEDO, Eliza Teixeira de. *A “Vida sexual” (1901-1933) de Egas Moniz: um discurso médico-científico sobre os corpos sexuados*. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal.

TOLEDO, Eliza Teixeira de; VIMIEIRO, Ana Carolina. A Vida Sexual, de Egas Moniz: eugenia, psicanálise e a patologização do corpo sexuado feminino. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, supl., ago. 2018, p.69-86.

TOMCHINSKY, Roberto. Psicoses degenerativas: fasofrenias de Kleist. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 182-190, Jun. 1959 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1959000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1959000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 fev. 2019.

TORRES, G. A., LOPES, M. H. I., CHEUICHE, E. M., & GUILHERMANO, L. G. Profile of patients treated with malariotherapy in a psychiatric hospital in Porto Alegre, Brazil: a historical note. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 36(3), 2014, p.169-172.

VASCHETTO, Emilio. Las locuras puerperales en la Argentina 1880-1940 (clínica e historia). In: Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. *III Encontro da Rede Iberoamericana em história da psiquiatria: livro de resumos*. Rio de Janeiro, Fiocruz/COC, 2010. p. 81-92.

VENANCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, 2011, p.35-52.

VENANCIO, Ana Teresa. *A Construção Social da Pessoa e a Psiquiatria: Do Alienismo à “Nova Psiquiatria”*. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 3. Número 2, 1993, p.117-135.

VIDAL, Louise Vieira de Mello; AMORIM, Wellington Mendonça de. Reconhecimento do psiquiatra Jurandyr Manfredini entre estudantes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1954-1955. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto , v. 4, n. 1, fev. 2008 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 fev. 2019.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WADI, Yonissa. *Louca pela vida: a história de Pierina*. 2002b. 342 p. Tese (doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

WEGNER, Robert; SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia 'negativa', psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 263-288, Mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702013000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 fev. 2019.

WEISZ, George. *Divide and conquer: A comparative History of Medical Specialization*. Oxford: University Press, 2006.

WRIGHT, David; SAUCIER, Renée. Madness in the archives: Anonymity, ethics, and mental health history research. *Journal of the Canadian Historical Association/Revue de la Société historique du Canada*, , 23.2, 2012, p.65-90.

ZANELLO, M., Pallud, J., Baup, N., Peeters, S., Turak, B., Krebs, M., Oppenheim, C., Gaillard, R., & Devaux, B. History of psychosurgery at Sainte-Anne Hospital, Paris, France, through translational interactions between psychiatrists and neurosurgeons, *Neurosurgical Focus FOC*, 43(3), E9. Dec 1, 2018. Disponível em <https://thejns.org/view/journals/neurosurg-focus/43/3/article-pE9.xml>. Acesso em 11 nov. 2018.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1859-1868, junho 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601859&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de março de 2017.

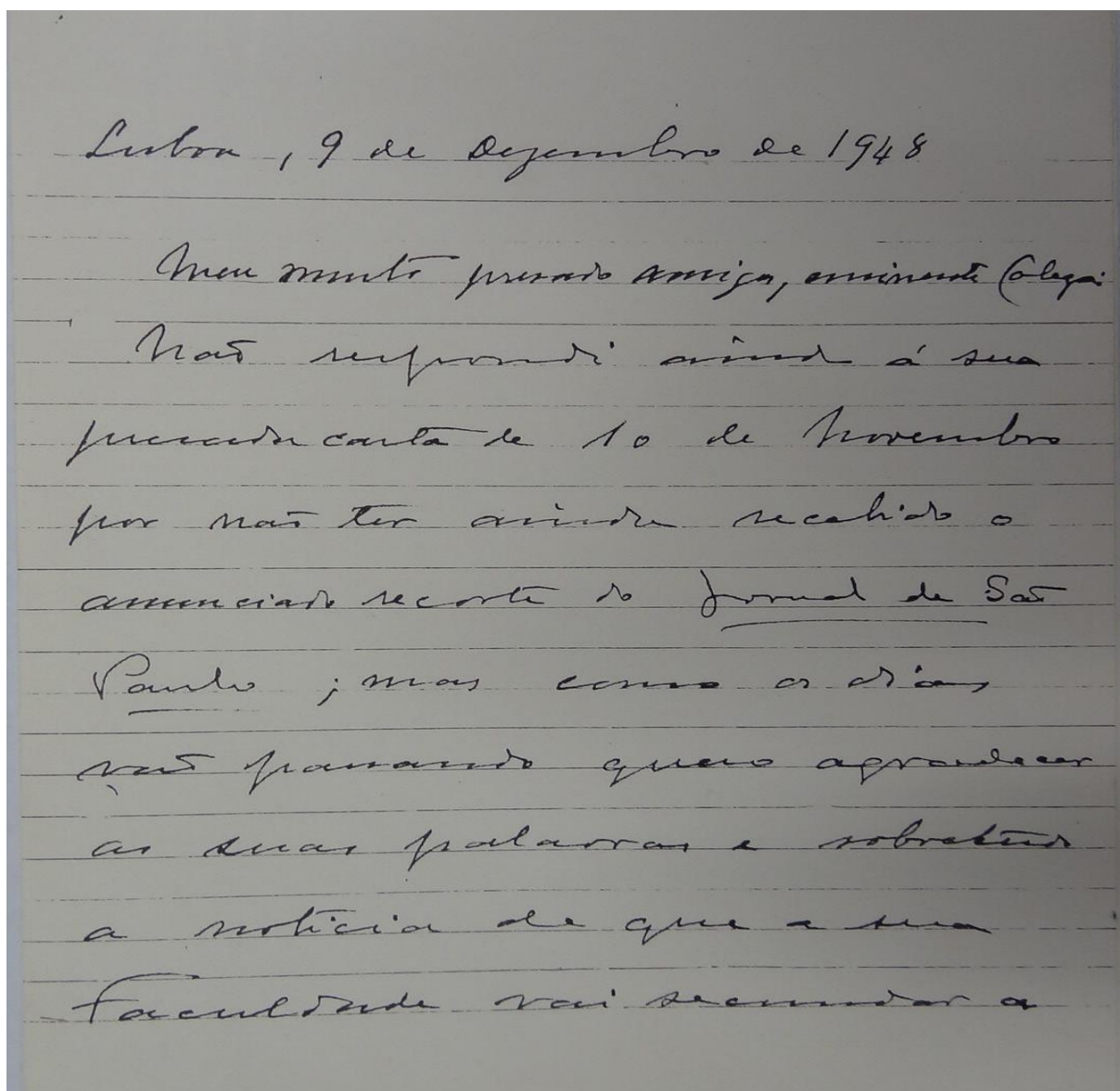
#### IV. Anexos (organizados por capítulo)

##### Capítulo II

**Imagem II:** Correspondência enviada de Egas Moniz a Antônio Carlos Pacheco e Silva. “Lisboa, 9 de Dezembro de 1948,

Meu muito prezado amigo, eminente colega.

Não respondi ainda a sua precedente carta de 10 de novembro por não ter ainda recebido o anunciado recente do Jornal de São Paulo; mas como os dias vão passando, quero agradecer as suas palavras e sobretudo a notícia de que a sua Faculdade vai secundar a preciosa sugestão que tiveram a bondade de aqui apresentar ao Congresso de Psicocirurgia. Tenho no coração os colegas e amigos brasileiros que tão amáveis tem sido para comigo. Com os meus respeitos e afetuosos cumprimentos de minha mulher para sua Exma. Esposa, minha senhora, creia-me velho amigo muito [ilegível], Egas Moniz”.



generosa sugestões que  
tiveram a bondade de aqui  
apresentar ao Congresso de  
Prico - Cirurgia. Tenho na  
coração os colegas e ami-  
gos brasileiros que tão amá-  
veis têm sido para comigo  
com o meus respeito e affectu-  
os cumprimentos de minha  
mãe para sua he<sup>ma</sup> esposa, mi-  
nha Senhora, cuia - me verho  
amigo mt. dt. e etc. Lgas Maria



**Imagem III:** Correspondência enviada de Egas Moniz a Antônio Carlos Pacheco e Silva.

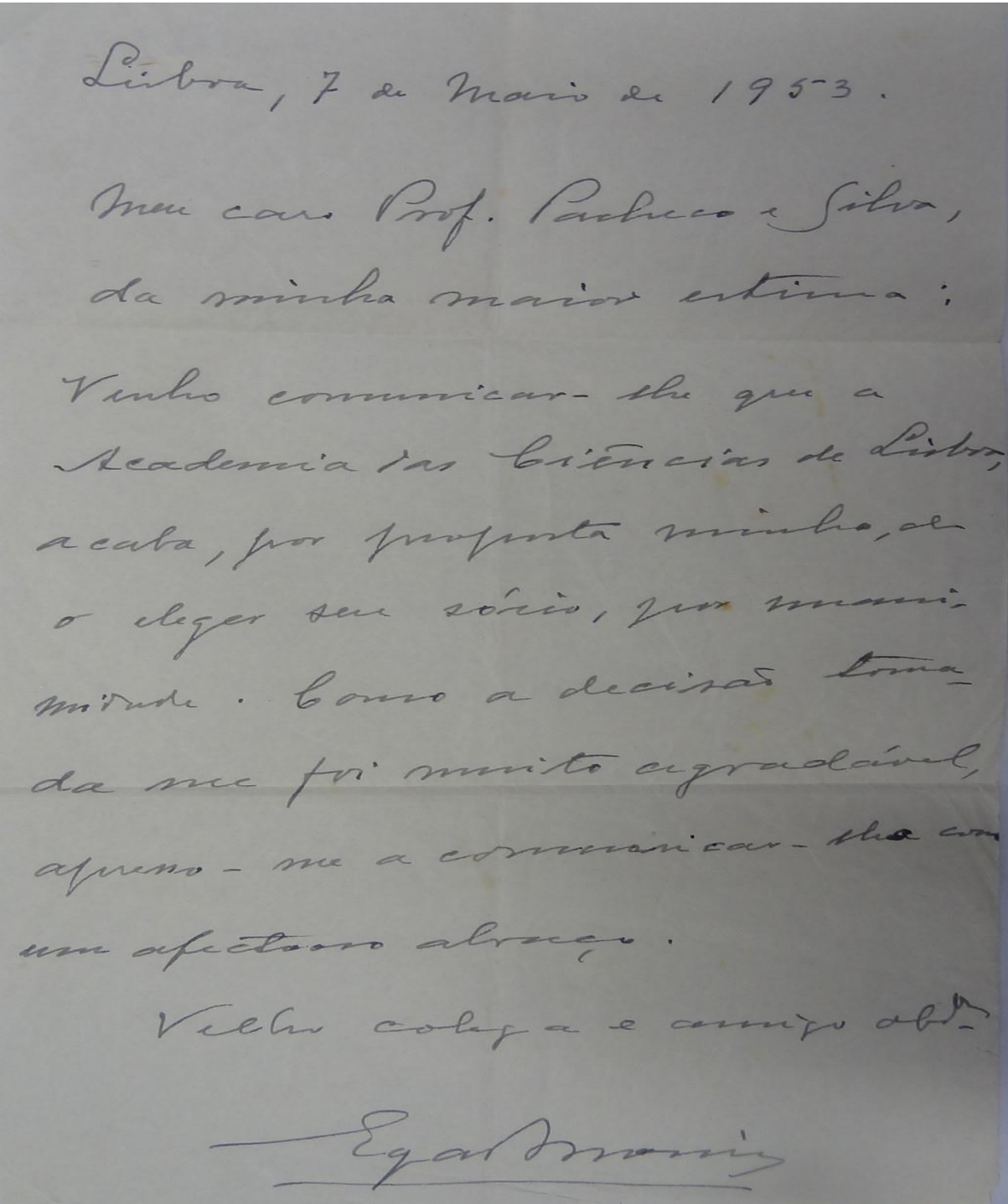
“Lisboa, 7 de maio de 1953

Meu caro professor Pacheco e Silva, de minha maior estima:

Venho comunicar-lhe que a Academia de Ciências de Lisboa acaba, por proposta minha, de o eleger sócio, por unanimidade. Como a decisão tomada me foi muito agradável, apresso-me a comunicar-lhe com um afetuoso abraço.

Velho colega e amigo [abraços?],

Egas Moniz”



Lisboa, 7 de Maio de 1953.

Meu caro Prof. Pacheco e Silva,  
da minha maior estima:

Venho comunicar-lhe que a  
Academia das Ciências de Lisboa,  
acaba, por proposta minha, de  
o eleger seu sócio, por unani-  
midade. Como a decisão toma-  
da me foi muito agradável,  
apresso-me a comunicar-lhe com  
um afetuoso abraço.

Velho colega e amigo abt.

Egas Moniz



Imagem IV: Folha de Psicocirurgia com ilustração à mão da técnica parietal, em 1947.

----- Pavilhão -----

PSICOCIRURGIA.

Nome \_\_\_\_\_ R. G. \_\_\_\_\_

1 - Técnica: Lobotomia parietal

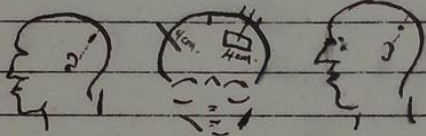
2 - Data em que o tratamento foi indicado: 25 de Março de 1947

3 - Data da operação: 6 de Maio de 1947

4 - Operador: \_\_\_\_\_

5 - Anestesia: local - 2% - 15cc. cada lado.

6 - Informações sobre os tempos preliminares da operação: \_\_\_\_\_



7 - Profundidade e direção dos cortes: 4 cms. Secção de 3 a 4 cms. com trocost perpendicular ao orifício de trepavação.

8 - Dificuldades da leucotomia? nihil. Do lado esquerdo ingetado algumas gotas de lipiodol, mas o trocost estava entupido.

9 - Post-operatorio: Parv.

10 - Observações: Trata-se de um caso de esquizofrenia, forma paranóide que evolue progressivamente para a demência, tendo sido submetida nas duas internação anteriores aos tratamentos convulsivantes pelo eletrochoque e método de George, somente apresentando ligeiras melhoras com este último método.

11 - Exame psiquiátrico e neurológico após a operação: 30.7.947.- Houve modificação essencial no seu comportament. Vivia deitada no pateo, agitada, querendo fugir. Não comia, e, sob o ponto de vista das condições gerais estava sempre abatida.

Há mais de um mês está trabalhando na secção de costura. Não tenta fugir, é obediente e alimenta-se bem, recebe os medicamentos que lhe dão etc.

Conversa bem, com ordem e coerência, mostrando-se orientada quanto

cont.

### **Capítulo III**

#### **Anexo I: Descrição dos prontuários/ dossiês clínicos**

De acordo com o formulário que está logo na primeira página do dossiê, informa-se o “Número de registro geral” do paciente na instituição (RG) acima, do lado direito. A seguir, estão os itens: “Classe” (se pensionista do estado ou contribuinte<sup>192</sup>), “Nome”, “Nacionalidade”, “Cor” (branca, negra, parda, amarela), “Profissão”, “Grau de instrução” (raramente preenchida nessa página), “Estado civil”, “Procedência” (cidade ou instituição asilar na qual o paciente se encontrava antes da internação), “Data de início da moléstia” (raramente preenchida nessa página), “Data de internação”, informações sobre “Remoção” ou “Transferência”, “Data de entrada” e “Data de saída” (com ou sem alta) e “Data de falecimento” (quando no hospital).

No corpo do dossiê encontramos, primeiro, a página de identificação, com foto e impressões digitais do paciente e a “Folha de exame preenchida no ato de entrada” (detalhando seu estado físico e mental). Essa folha é dividida em alguns itens: em “Exame psíquico” conta-se a história da moléstia mental dos pacientes, às vezes com grande detalhamento, em outras com poucas observações. Em seguida, há a “Súmula”, o “Diagnóstico” e o “Tratamento”. Este último campo raramente foi preenchido no período investigado. Em seguida há folhas de “Decurso”, geralmente a parte mais rica do prontuário, onde encontramos avaliação dos pacientes e indicações terapêuticas.

Com frequência, encontram-se também nos dossiês várias folhas de exames citológicos e intervenções cirúrgicas feitas nas “Clínicas Especializadas”, páginas que veem com esse mesmo no título. Embora menos comum, também é possível encontrar páginas de comunicados internos entre os funcionários. Há também, comumente, folhas específicas para alguns dos tratamentos (“Eletrochoque”, “Insulinoterapia”, “Cardiazolterapia”). O mesmo é válido para a leucotomia e lobotomia, que geralmente encontramos numa folha a parte, denominada “Psicocirurgia”.

No fim dos dossiês, encontramos folhas de “Boletim de Remoção” ou “Boletim de Alta/Licença”, onde os médicos anotavam as condições dos pacientes que determinavam sua alta, licença ou envio (“remoção”), para outro pavilhão ou para as

---

<sup>192</sup> Os pensionistas contribuintes contariam com subsídio financeiro da família, o que lhes garantiria, até meados da década de 1930, tratamento médico diferenciado e melhores aposentos (CUNHA, 1986). Os pensionistas do estado dependeriam de internações financiadas com verba pública. Todos os pacientes que passaram por psicocirurgia eram dessa classe. Além disso, entre todos os dossiês do período de 1941 a 1956 aos quais tive acesso, não encontrei nenhum prontuário de pacientes contribuinte.

colônias. Em vários casos, só pudemos ter certeza do uso da psicocirurgia quando a encontramos citadas nesses boletins, no “Decurso” ou ainda na folha de outra terapêutica (onde comumente, em caso de pacientes não influenciados por um tratamento, os médicos indicavam o procedimento terapêutico que deveria ser feito em seguida).

## **Anexo II: Descrição “Folha de Psicocirurgia”**

As folhas de psicocirurgia são compostas pelos seguintes campos: “Pavilhão” do paciente (em diversas delas não consta essa informação e é necessário procura-la em outra parte do prontuário), “Nome”, “RG (número de registro geral do paciente)”, “Técnica”, “Data em que o tratamento foi indicado”, “Data da operação”, nome do “Operador”, tipo de “Anestesia”, “Informações sobre os tempos antes da operação” (às vezes informa resistência dos pacientes ou alguma complicação na anestesia, trepanação, etc.), “Profundidade dos cortes” (é nesse campo onde geralmente encontramos a técnica realizada), “Dificuldades da leucotomia” (campo que dificilmente era preenchido), “Pós-operatório (também raramente informado), “Observações” (onde geralmente detalham-se o diagnóstico e os sintomas que justificam a intervenção) e o “Exame psiquiátrico e neurológico após a operação”.

**Tabela I:** Número geral de psicocirurgia e seleção amostral (43%)

<b>ANO</b>	<b>Quantidade de pacientes operados por uma técnica/ ano</b>	<b>Quantidade de pacientes operados por mais de uma técnica (referência no ano da 1ª operação) / ano</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentagem (43%)</b>
1941	5		5	2
1942	2		2	1
1943	7	1	8	4
1944	7	1	8	3
1945	27	4	31	13
1946	29	5	34	15
1947 <sup>193</sup>	41	2	43	18
1948	32	5	37	16

<sup>193</sup> Os dois do Manicômio Judiciário foram operados em 1947, mas foram excluídos da análise quantitativa.

1949	47	3	50	21
1950	58	4	62	27
1951	39	3	42	18
1952	23	1	24	10
1953	15		15	6
1954	3		3	1
1955	0		0	0
1956	1		1	1
<b>TOTAL com datas precisas</b>	<b>336</b>	<b>29</b>	<b>365</b>	<b>156</b>

### Gráficos:

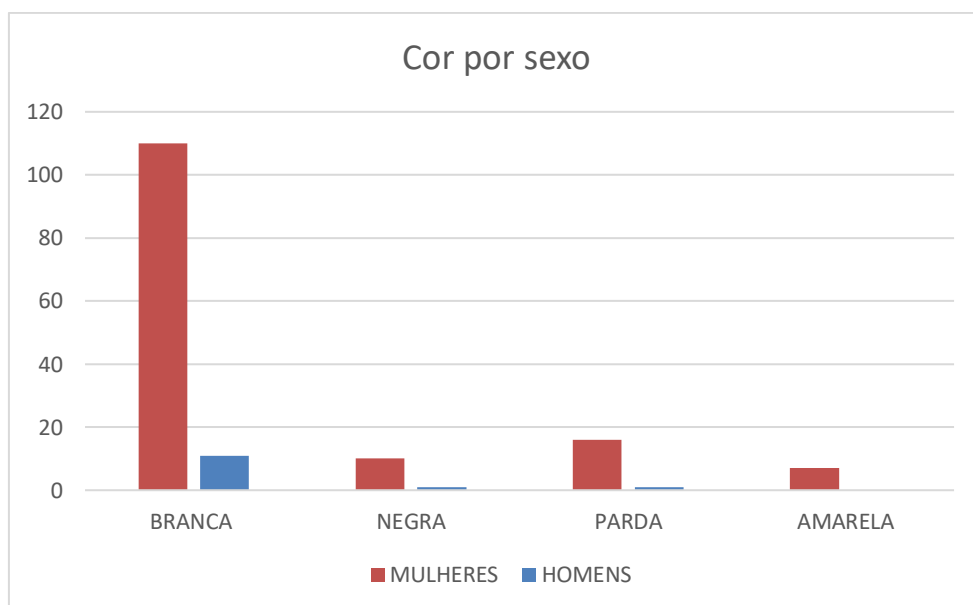


Gráfico II: Distribuição de pacientes operados por “cor”

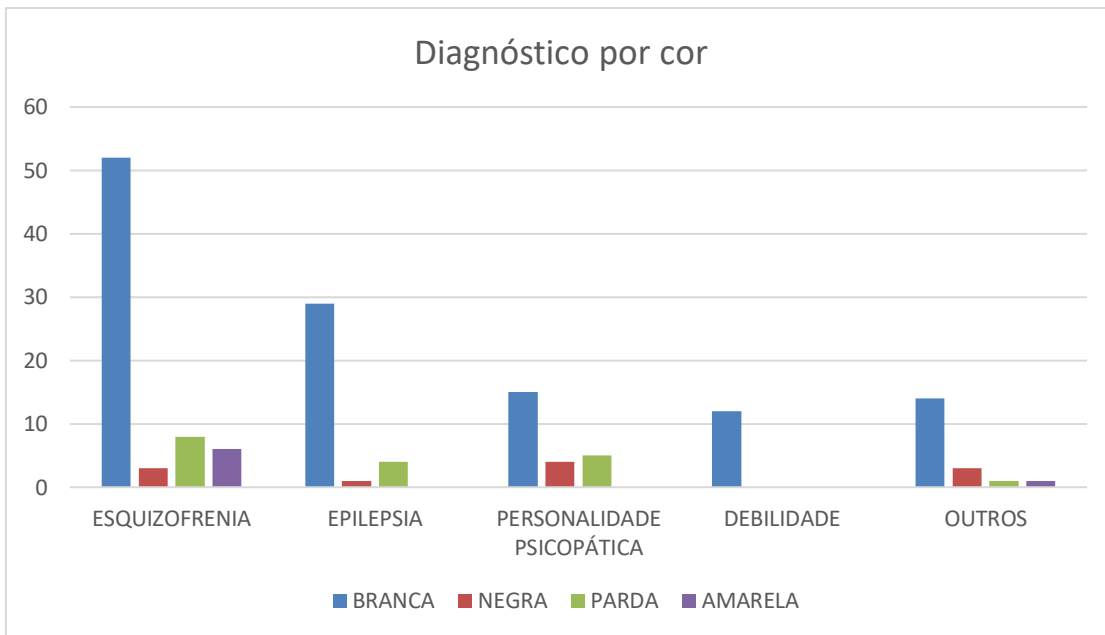


Gráfico III: Distribuição dos diagnósticos de incidência das operações por “cor”

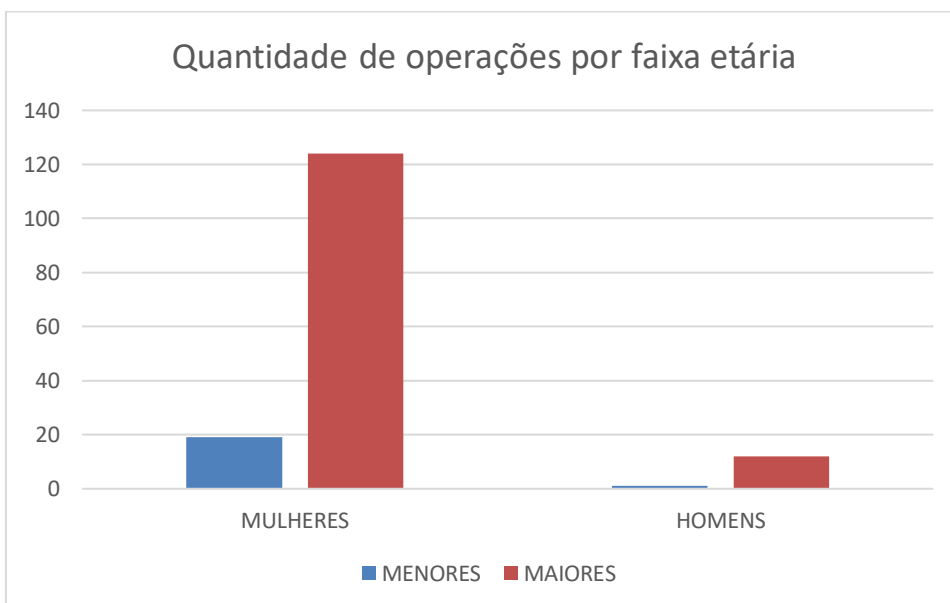


Gráfico V: Operações segundo a faixa etária, sendo: menores (9 a 17 anos de idade), maiores (18 a 62 anos de idade).

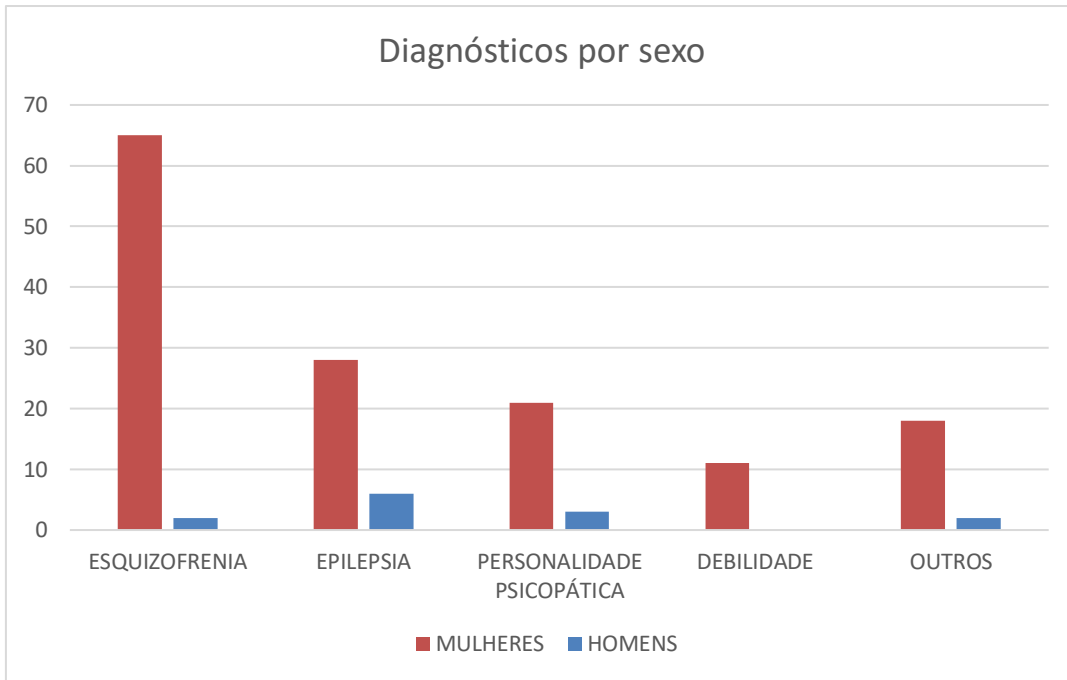


Gráfico VI: Distribuição dos diagnósticos de incidência das operações por sexo

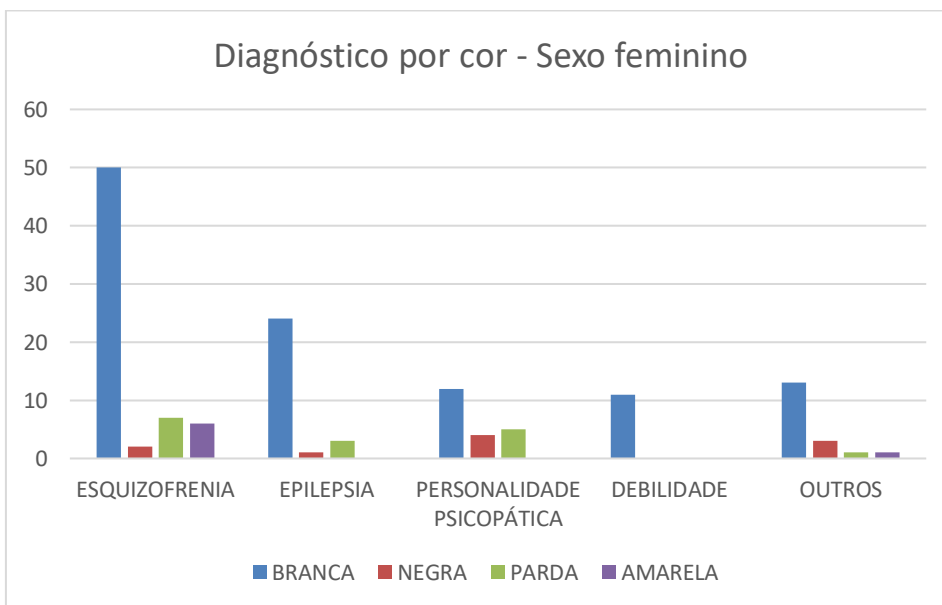


Gráfico VII: Distribuição dos diagnósticos em pacientes do sexo feminino operadas

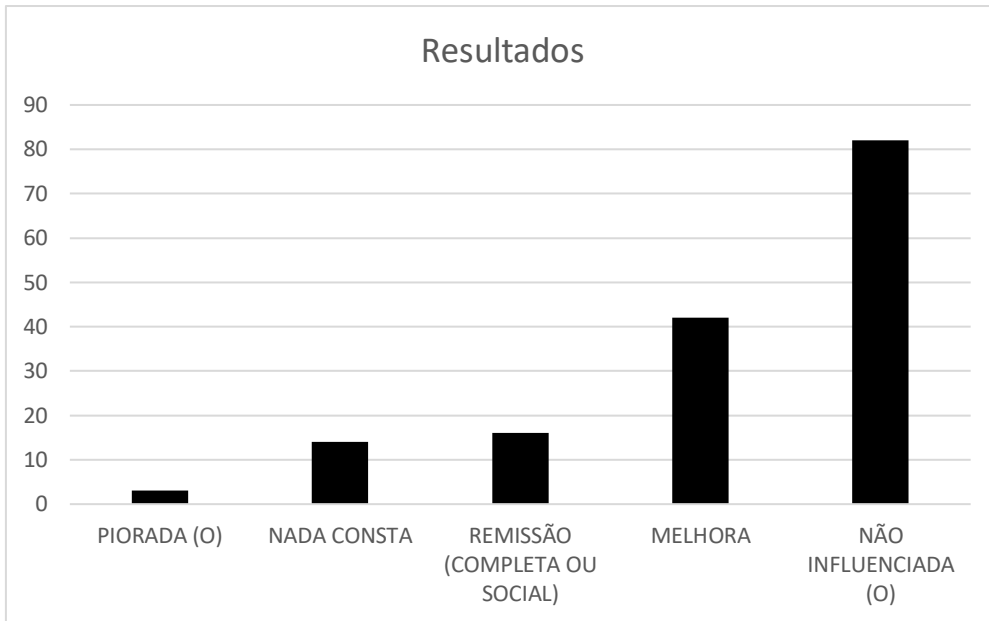


Gráfico VIII: Resultados das operações na população geral

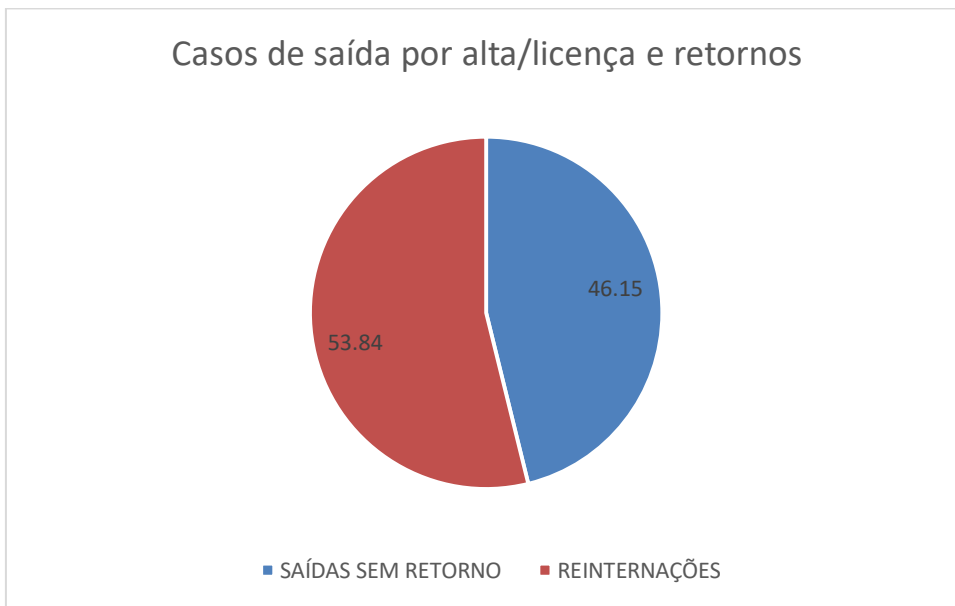


Gráfico IX: Quantidade de saídas sem retorno e reinternações após a operação

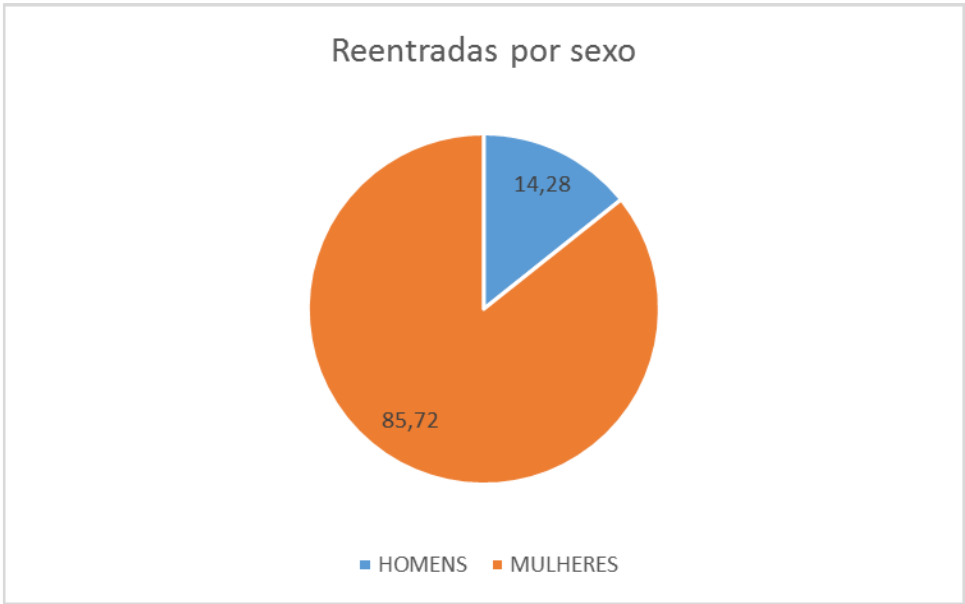


Gráfico X: Reentradas após a operação segundo o sexo dos pacientes

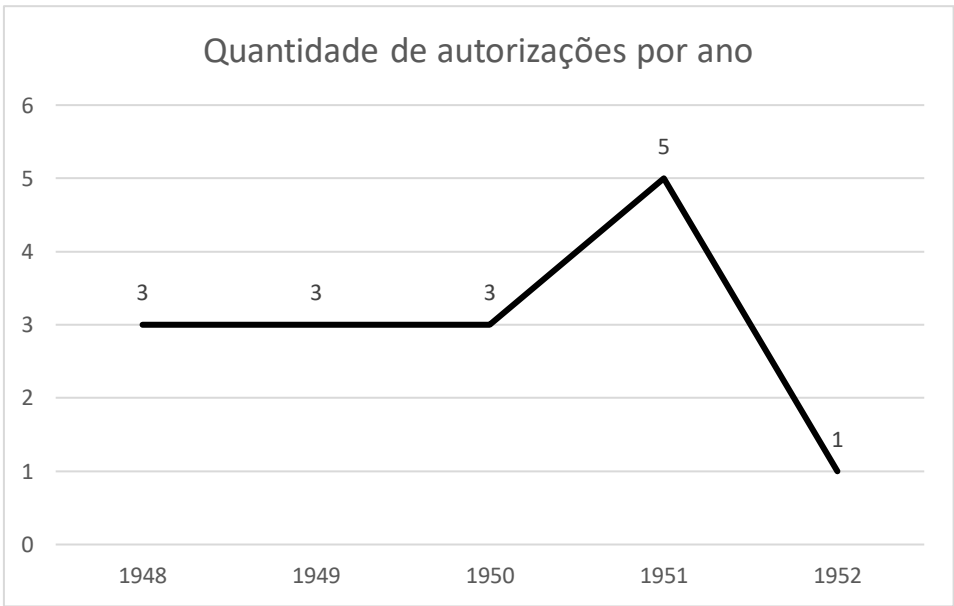


Gráfico XI: Autorizações por ano



**Imagem I:** Autorização de pai (analfabeto) para a leucotomia da filha menor de idade, em 1950.

Hospital de Juqueri, 1.3.1950

Autorizo que seja feita  
a leucotomia na paciente  
( [redacted] ), minha  
filha, por quem sou res-  
ponsavel perante esse Estabe-  
lecimento.

X

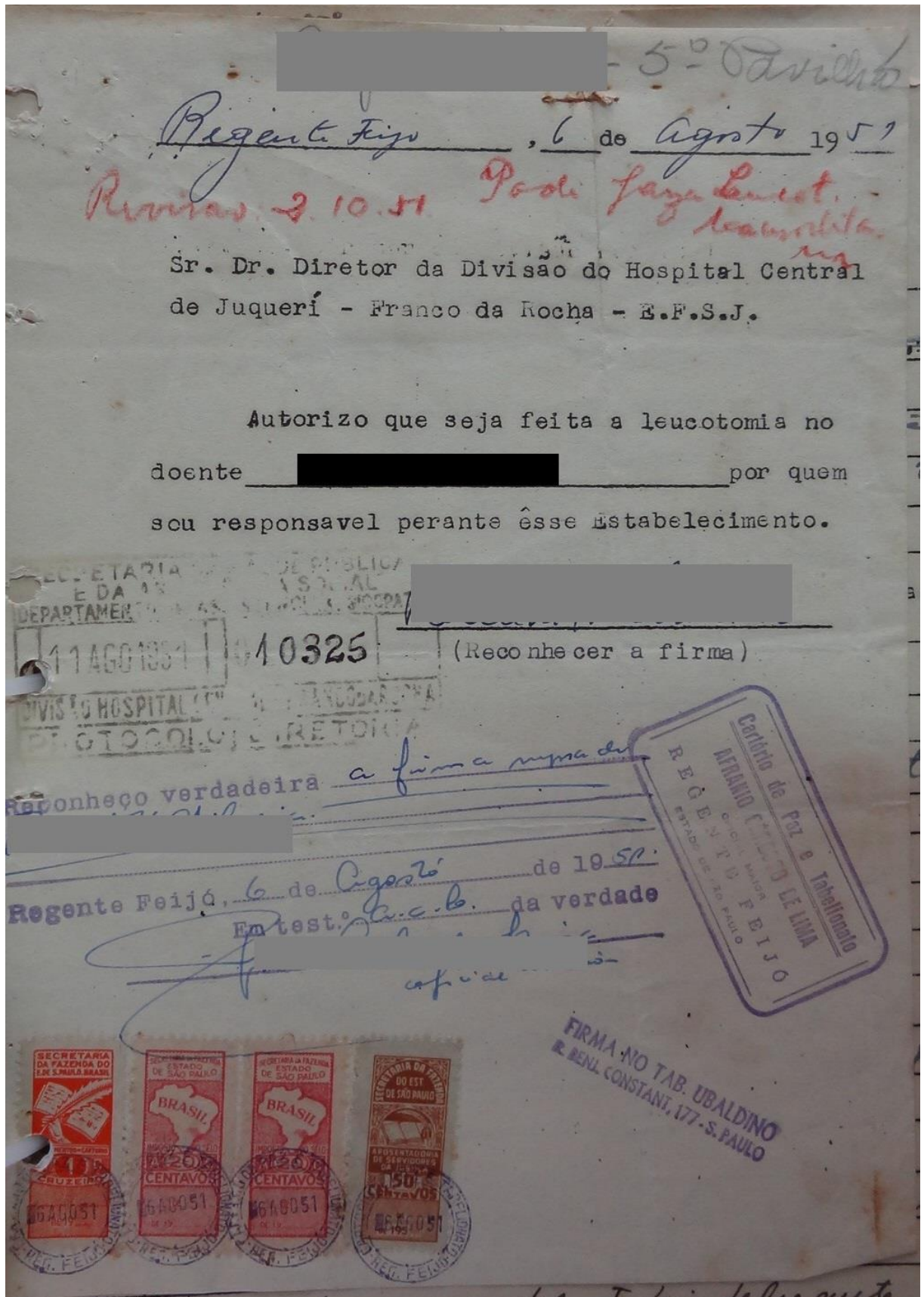
( X [redacted] )  
[redacted] (analfabeto)

**Imagem II:** Folha de conduta de paciente operada em 1947, aos 16 anos de idade, com diagnóstico de epilepsia. Os médicos registraram em vermelho a leucotomia pra analisar o comportamento antes e depois da cirurgia. No exame após sua operação, eles informam que manteve-se a melhora em relação “às crises convulsivas, impulsividade e conduta”.

Nome		FOIHA DE CONDUZA												E.civil		Idade		Pavil.		R.G.		
Mae.	Côr.	Cult.												Diagnost.								
Ano: 1947	Mês: Novembro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
Alucinado																						
Vulgar, malcriado		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sujo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desnuda-se																						
Destruidor																						
Ditatorial (mando)																						
Impulsivo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Muito ativo, bulicoso																						
Irritavel		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fervoso	10																					
Agitado		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Agressivo		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Confuso		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Delirante																						
Fala muito, conta																						
Ri sosinho																						
Fala sosinho																						
Ataques epiléticos																						
a-epilético, e ausência																						
Crises nerv. agudas	20	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
a-epilético, fala		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
b-epilético, ansiosa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
c-epilético, colérica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tanta foga																						
Brincalhão, alegre																						
Cooperativo, obediente																						
Sociável																						
Trabalhador																						
Costa ler, escrever																						
Assíduo	30																					
Escrevedor																						
Dormir bem		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apetite normal		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Isolado																						
Mau apetite																						
Intimido																						
Bulicosa, achuca																						
Distraindo																						
Autocensurado	40																					
Tenta suicídio																						
Inabilidade																						
Recusa alimentos																						
Recusa medicamentos																						
Indiferente, desinteress.																						
Apático, deprimido																						
Não fala nem responde																						
Chor.																						
Defeca com a roupa																						
Mija com a roupa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Disturba-se	50																					
Recusa visitas: bem																						
Recusa visitas: mal																						

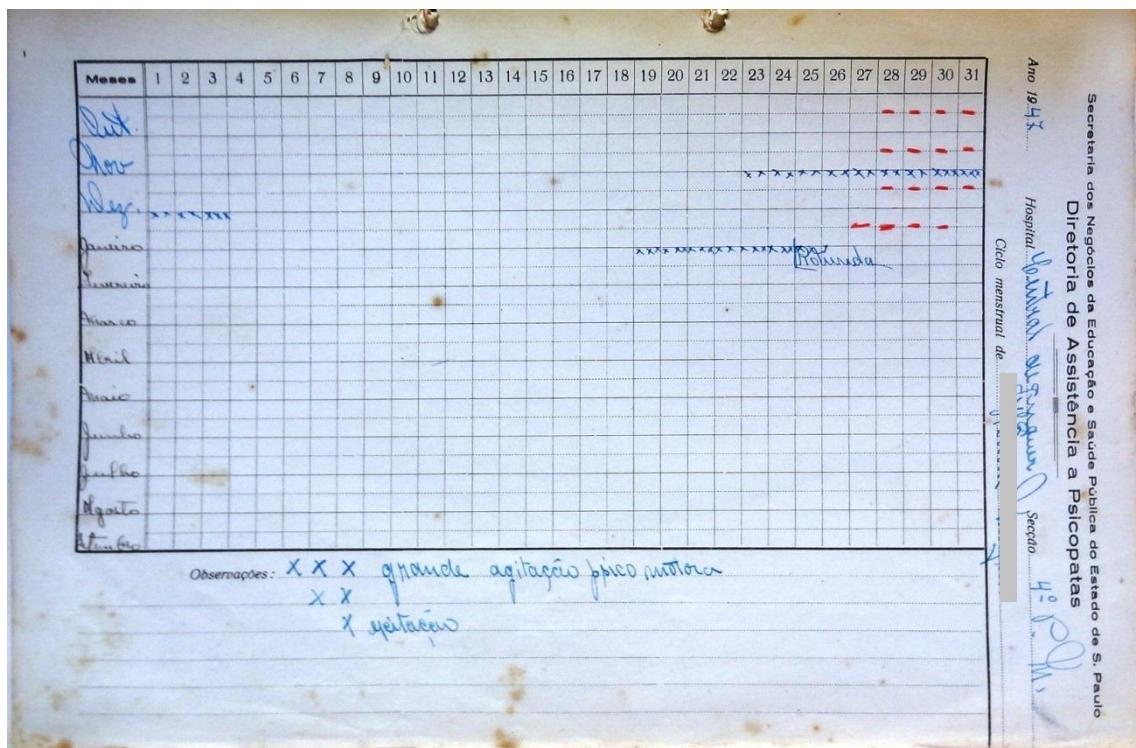


**Imagem III:** Autorização concedida pela família para lobotomia de paciente adulta em 1951.



**Capítulo IV**

**Imagem I:** Folha catamenial de paciente RG 31.957, 1947.





**Imagem II:** Carta da família de paciente de 26 anos, operado com diagnóstico de “personalidade psicopática com alcoolismo sintomático”, em 1950.

São Paulo, em 8 de Junho de 1950.

Ilmo. Senhor  
Dr. Diretor do Hospital  
de Franco da Rocha.  
Franco da Rocha.

Presado Senhor,

Em resposta à sua carta de 25 do mês passado, na qual me solicita notícias sôbre o estado de saúde do meu irmão \_\_\_\_\_, licenciado dêsse Hospital, tenho a grata satisfação de informar-lhe o seguinte: Com a leucotomia aplicada nêsse Hospital, meu irmão vem sofrendo transformação radical; para melhor naturalmente. Pena que os senhores médicos do Juquerí não tenham privado com êle na intimidade para poder também apreciar os resultados que colhemos com a citada intervenção.

Nossa intenção, ao interna-lo nêsse Hospital, era cura-lo do vicio de beber, mas pelos resultados obtidos, conseguimos muito mais. As pessoas que conheceram meu irmão antes da operação, são unânimes em reconhecer as profundas modificações conseguidas. Antes era um moço calado, de olhar vago e sem expressão. Quando ébrio sua aparência era a de um refinado tólo. Não tinha gosto algum para se vestir; não se interessava pela leitura; não apreciava futebol e cinema só lhe interessava os films policiaes, nos quais tomava invariavelmente o partido dos celerados. Era incapaz de contar um filme qualquer que houvesse assistido. Era também incapaz de efetuar qualquer raciocínio. Não possuia também qualquer espirito de observação, tão indiferente era para as cousas que o rodeavam. Hoje está completamente mudado. Bebe as vezes; quando sente que no dia seguinte pode ficar em casa sem necessidade de perder dias de trabalho, mas em compensação toma conta da minha escrituração fiscal, faturamento, correspondencia e uma infinidade de serviços de responsabilidade, onde se fáz mistér bôa concentração de pensamento. Tornou-se um bom observador, gosta da leitura e de conversar, conseguiu amizades e já é capaz de fitar os olhos das pessoas com quem fala. Era um imprestável, um inutil e agora tem uma capacidade de trabalho muito maior do que qualquer funcionário da loja. Considero-o o elemento mais valioso e se não fora o fato de ainda beber seria o meu braço direito. Aos senhores médicos do Hospital de Franco da Rocha, em nome de minha família os nossos sinceros agradecimentos. Nossa mãe não se cansa de elogiar o trabalho realizado por êsse Hospital e nas suas orações tem pedido pelos senhores para que outros debeis tenham a sorte do meu irmão tornado por Vv.Ss. um elemento util.

Sendo só o que se me oferece para o momento, eternamente agradecido me suscrevo

Cordialmente.