

Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

ANDRÉ LUIZ DA CONCEIÇÃO FABRÍCIO

**A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE (1930-1945)**

Rio de Janeiro

2009

ANDRÉ LUIZ DA CONCEIÇÃO FABRÍCIO

**A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE (1930-1945)**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Teresa Acatuassú Venancio

Rio de Janeiro

2009

F126 Fabrício, André Luiz da Conceição
A assistência psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930-1945) / André Luiz da Conceição Fabrício. - Rio de Janeiro : s.n. 2009.
137 f. ; il.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde)-Fundação
Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2009.
Bibliografia: p. 131-137.

1. Psiquiatria. 2. Eugenia. 3. Saúde Mental. 4. Política de Saúde 5. Saúde
Pública. 6. História. 4. Brasil.

CDD: 616.89

ANDRÉ LUIZ DA CONCEIÇÃO FABRÍCIO

A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE (1930-1945)

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em junho de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Teresa Acatauassú Venancio (Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) –
Orientadora

Prof. Dra. Yonissa Marmitt Wadi (Centro de Ciências Humanas e Sociais -
UNIOESTE)

Prof. Dra. Cristina Maria Oliveira Fonseca (Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Suplentes:

Prof. Dra. Ana Maria Jacó-Vilela (Instituto de Psicologia - UERJ)

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Rio de Janeiro
2009

A Renata

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Direção do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz por acreditar em minha pesquisa e pelo financiamento, sem o qual esta dificilmente poderia ser realizada.

À minha orientadora, Ana Teresa Acatauassú Venancio, pela dedicada orientação e pelo imensurável auxílio na feitura desta dissertação. Sem o seu norte, provavelmente, este trabalho seria apenas um emaranhado de idéias desconexas. Obrigado por todas as correções, pelas horas infinitas de leituras e pelos conselhos sempre preciosos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, pela solicitude e pelo empenho em transmitir seus conhecimentos. Agradeço em especial aos professores Gilberto Hochman e Cristina Fonseca, que participaram da minha banca de qualificação pela leitura e pela valiosa contribuição no desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus colegas de mestrado e doutorado da Casa de Oswaldo Cruz que compartilharam comigo este árduo caminho. Especialmente à Mariana Damasco, Renata Brotto, Gabriel Vitiello e Arthur Caser, amigos que fiz neste período.

Aos funcionários da Secretaria do Programa e da Xerox do andar pela disposição em esclarecer minhas dúvidas, em socorrer-me nas horas mais atribuladas e pela eterna simpatia nestes momentos.

Aos meus pais, André e Tânia, pelo imenso esforço empreendido para que eu chegasse a este ponto de minha vida e pelo amor dedicado.

Aos meus avôs, Rosália e Pery, que foram sempre meus pais quando aqueles estiveram presentes ou não.

Á minha irmã, Paula, que me dá a alegria de dividir com ela sua vida desde sempre.

Aos meus padrinhos, Márcia e Marcos, pelo enorme carinho e meus primos-irmãos, Tainá e Rodrigo que me deu o prazer de contornar o círculo e me fazer padrinho de sua filha, Mariana.

Aos meus amigos, Alan e Marcelo, pelas horas de apoio, conversas sérias, papos furados e todas as outras coisas.

Ás minhas queridíssimas, Geni e Elisabete, minha família por afeição, pelo *background* sentimental e operacional nesta nova etapa.

E, especialmente, à Renata, meu porto seguro, minha melhor amiga, a pessoa que me faz acreditar em coisas que até então eu julgava inexistentes e que acredita em mim quando nem eu mesmo acredito, a razão pela qual me levanto da cama nos meus piores dias e que me dá a honra de dividir comigo seu presente e que, hoje, carrega dentro de si, o nosso futuro.

SUMÁRIO

	Página
Introdução	11
Capítulo 1 – Psiquiatria: Higiene Mental, Profilaxia e Eugenia	19
Capítulo 2 – A Assistência Psiquiátrica no Contexto das Políticas Públicas de Saúde (1930-1945)	51
2.1 – Da organização ministerial de 1930 à reforma de 1934	53
2.2 – Da Reforma Capanema a organização dos serviços nacionais	64
Capítulo 3 – O Serviço Nacional de Doenças Mentais e uma de suas instituições: o caso da Colônia Juliano Moreira	82
3.1 – A reforma de 1941: a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais	86
3.2 – A I Conferência Nacional de Saúde	98
3.3 – A atuação do SNDM: o caso da Colônia Juliano Moreira	103
Conclusão	113

Anexos:

Organogramas do Ministério da Educação e Saúde:	117
Anexo 1 - Organização do Mesp em 1930/31	118
Anexo 2 - Organização do Mesp em 1934	119
Anexo 3 - Organização do MES em 1937	120
Anexo 4 - Organização do MES em 1941	121

Outros Documentos:

Anexo 5 - Inquérito Psiquiátrico de 1937	122
Anexo 6 - Perguntas relativas à psiquiatria no “Questionário sobre a situação sanitária e assistencial dos estados” da I CNS	125

Bibliografia

Fontes Primárias	126
Referências Bibliográficas	131

Lista de Abreviaturas

- CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
- CJM – Colônia Juliano Moreira
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- DAP – Divisão de Assistência a Psicopatas
- Dasp – Departamento de Administração do Serviço Público
- DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
- DNS – Departamento Nacional de Saúde
- DNSAMS – Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social
- DNSP – departamento Nacional de Saúde Pública
- DOH – Divisão de Organização Hospitalar
- DOS – Divisão de Organização Sanitária
- HNA – Hospital Nacional de Alienados
- HP II – Hospício Pedro II
- IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões
- IOC – Instituto Oswaldo Cruz
- LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
- LSN – Lei de Segurança Nacional
- MES – Ministério da Educação e Saúde
- Mesp – Ministério da Educação e Saúde Pública
- MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
- SAP – Serviço de Assistência a Psicopatas
- SNs – Serviços Nacionais
- SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

Resumo

Esta dissertação tem como objetivo compreender de que maneira a assistência psiquiátrica fez parte do projeto governamental de prestação de saúde pública durante as décadas de 30 e 40 do século XX, no período em que Getúlio Vargas esteve à frente da presidência da República brasileira, e se notam grandes mudanças no que concerne a organização da área ministerial relativa à área da saúde. À esta época, também, percebem-se alterações significativas nos rumos que tomava a psiquiatria, como ciência, quando de sua associação com a eugenia, privilegiando a idéia da prevenção que viria a constituir categorias como a profilaxia e a higiene mental dentro das diretrizes da atividade psiquiátrica. Acompanhando estes acontecimentos, este trabalho pretende demonstrar que foi, justamente, essa mudança da psiquiatria que a alçou ao lugar de importância que encontrou neste período selecionado. Todavia, apesar do foco preventivo, que se apresentava como a novidade, a política federal de saúde não ignorava a atividade assistencial e a área psiquiátrica fora organizada a partir do estabelecimento do Plano Hospitalar Psiquiátrico, que apesar das alterações que sofreu devido à realidade financeira enfrentada pelos órgãos governamentais competentes, foi posto em prática de forma a garantir o desenvolvimento institucional e assistencial da psiquiatria em todo o país, tendo como exemplo significativo, a Colônia Juliano Moreira, hospital que teve papel de grande importância, dentro da estratégia dual de prevenção e assistência, na promoção de políticas públicas de saúde do Governo Federal.

Abstract

This paper aims to understand how the psychiatric care was part of the government project of provision of public health during the decades of 30 and 40 of the twentieth century, the period when Getúlio Vargas was ahead of the presidency of Brazilian Republic, and major changes was notice in what concerns the organization of the ministerial area on the field of health. At this time, either, significant alterations was perceive in the course of psychiatry as a science, when in association with eugenics, focusing the idea of prevention which would constitute categories such as prophylaxis and mental hygiene within the guidelines of psychiatric activity. Following these events, this work intends to demonstrate that it was precisely this change of psychiatry that takes it to the important place that it founds in the selected period. However, despite the preventive focus, which is presented as the novelty, the federal health policy didn't ignore the assistance activity and the psychiatric area was organized from the establishment of the Psychiatric Hospital Plan, which despite the changes that have suffered due to the financial reality faced by the competent government authorities, was put in place to ensure the developing of institutional and assistance of psychiatry throughout the country, having as a significant example, the Colônia Juliano Moreira, hospital that had a extremely important role within the dual strategy of prevention and care in the promotion of public health policies of the Federal Government.

INTRODUÇÃO

O objetivo do trabalho que se segue é entender de que forma a assistência psiquiátrica foi inserida nos programas governamentais de saúde pública, a partir da década de 1930, época em que Getúlio Vargas esteve à frente da presidência da República brasileira. Este foi o período em que a assistência psiquiátrica passou a ser encarada de forma diferente pelos meios administrativos federais relacionados à área da saúde, devido a mudanças observadas no que concerne às atividades desta especialidade médica.

O final dos anos 20 do século passado presenciaram uma guinada dos meios psiquiátricos que passaram a buscar, além da assistência hospitalar, formas de prevenir a ocorrência de doenças mentais no seio da população, o que não se deu sem alguma polêmica entre as principais figuras desta especialidade médica. Esta mudança deve-se, principalmente, ao encontro da psiquiatria com a eugenia¹, a qual já se fazia presente em terras brasileiras, uma vez que desde a década de 1910 os sanitaristas já pregavam a “maravilha” eugênica em sua cruzada pelo saneamento das áreas rurais do país. No entanto, quando da associação da eugenia com a psiquiatria, a intitulada “ciência da hereditariedade humana” passou a ser vista com olhos bem menos generosos devido à conotação “negativa²” que veio a adotar.

Destaco dentro desta nova orientação da atividade psiquiátrica a Liga Brasileira de Higiene Mental. Alguns de seus membros principais, que posteriormente assumiriam cargos de primeira linha dentro da estrutura federal administrativa na área da saúde,

¹ . Eugenia é o conjunto de idéias formuladas por Francis Galton a partir de textos seus que procuravam provar que a inteligência e habilidades humanas não seriam fruto da educação recebida durante a vida ou do meio a que estaria submetido o sujeito, mas sim, razão das características herdadas de seus ascendentes. Esta proposta evoluiu em direção a discussão sobre o controle sobre a reprodução e seu papel na seleção social para preservação de gerações sadias e futuras. Ver: SOUZA, Vanderlei S. *A Política Biológica como Projeto: a “eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, 2006, PPGHCS/COC – FIOCRUZ. p. 10.

² Sobre esta classificação dos tipos de eugenia, ver: & STEPAN, Nancy. *Eugenia no Brasil 1917-1940*. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (org). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003. Este assunto será discutido de forma mais detalhada no primeiro capítulo desta dissertação.

foram também os grandes disseminadores da nova idéia de uma “psiquiatria eugênica”. O objetivo passava a ser cuidar da higiene psíquica dos brasileiros, de preferência, prevenindo o acometimento das enfermidades, assim como se pretendia com a higiene física da nação brasileira.

Novos termos começavam a serem discutidos pelos agentes psiquiátricos do período, como a *profilaxia* e a *higiene mental*, e para melhor exemplificá-los, utilizei-me das palavras de uma destas figuras de destaque, J. P. Fontenelle, no periódico oficial da LBHM, os *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*:

“A rápida evolução que vai tendo a hygiene pública como forma de atividade social baseada na utilização das sciencias phisicas e biológicas, levou-a a alargar grandemente as suas responsabilidades (e ao mesmo tempo) a hygiene mental começou a surgir como cogitação social. Essa hygiene mental apresenta duas faces: uma tendo em vista o tratamento defensivo contra as causas da degeneração phisica, é a prophylaxia mental; outra procurando preparar o equilíbrio de adaptação entre mentalidade individual e o meio phisico social, é a hygiene mental propriamente dita³.”

A partir da crescente institucionalização desta nova maneira de pensar a psiquiatria que foi se desenvolvendo nos últimos anos da década de 1920, a área foi sendo reconhecida como ainda não havia sido antes pelos meios governamentais e, na década seguinte, encontrou seu lugar dentro da estrutura sanitária do país.

Os anos 30 foram de efervescência política no Brasil com o golpe que levaria ao poder, ainda que em um primeiro momento provisoriamente, Getúlio Vargas. A chegada deste à presidência trouxe também uma nova organização dos serviços

³ FONTENELLE, J. P. Higiene Mental e Educação. *ABHM*, no. 1, vol. 1, 1925.

públicos de saúde, com a criação de dois novos ministérios que seriam responsáveis pela área. Após algumas transformações dentro desta estrutura ministerial, em 1934, a psiquiatria receberia a pecha de federal com a criação do órgão intitulado, Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental que, como veremos, pela primeira vez, colocava a psiquiatria como participante no mesmo patamar que as outras áreas relativas à promoção de saúde pública para a população brasileira. O nome deste novo órgão demonstrava que a associação com a eugenia, e por sua vez, a preocupação com a prevenção, emprestava à psiquiatria a possibilidade de encaixar-se na orientação adotada pelas políticas públicas sanitárias levadas a efeito pelo Governo Federal.

O objetivo central deste trabalho, portanto, reside justamente na demonstração de como a adoção dos preceitos eugênicos pelos meios psiquiátricos, levou esta especialidade médica a ser reconhecida pela área das políticas públicas, participando da parte da estratégia de proporcionar ao povo brasileiro as condições de saúde necessárias, inclusive, para que o projeto de construção de um novo homem, mola propulsora da nação, força produtora apta, pudesse ser realizado em sua plenitude.

Neste sentido, o primeiro capítulo desta dissertação procura traçar um breve histórico da assistência psiquiátrica desde a era monárquica, mais precisamente adotando como marco a fundação do Hospício Pedro II, passando pelos primeiros anos da República até os anos 20 e 30 do século XX quando teria se dado esta mudança de orientação das atividades psiquiátricas. Analiso então como ocorreu este “amalgamento” da psiquiatria com a eugenia e seu posterior alinhamento à estrutura federal de promoção de saúde.

Para a análise desta correlação entre psiquiatria e eugenia, discutirei com trabalhos de referência sobre o assunto, a saber, *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico* de Jurandir Freire Costa, e, *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)* de José Roberto Franco Reis. Apresento assim as visões destes autores dialogando de modo contrastivo com suas análises no que se refere à crítica que eles empreenderam sobre a aproximação destes dois campos científicos distintos: psiquiatria e eugenia.

A questão da cientificidade da eugenia, inclusive, é um ponto crucial no que se refere à postura de ambos em relação a esta questão, o que remete à discussão sobre a oposição internalismo *versus* externalismo da produção do conhecimento científico.

Partindo desta querela, podemos posicionar ambos os autores como defensores de uma visão mais internalista da ciência, uma vez que desconsideram como ciência a eugenia porque, segundo suas próprias visões, esta seria produto de uma época e formada sobre uma série de preconceitos sociais. Do ponto de vista desses dois trabalhos citados a psiquiatria forjada pela LBHM teria se contaminado com preceitos não científicos exatamente ao ser associado à eugenia.

Nesta querela sobre internalismo e externalismo da ciência cabe lembrar Bruno Latour, que desconsidera ambas as visões: tanto a que defende a existência de uma ciência pura forjada à parte da sociedade, quanto à visão externalista que crê na formação de um campo científico como consequência exclusiva das determinações sociais, políticas e econômicas. Para Latour, a qualidade de um trabalho científico não seria determinada nem pela capacidade de articulação de quem trabalha dentro de um laboratório, com seu exterior, e nem pela influência de uma autoridade, seja esta um ministro, um presidente ou algo que o valha, no trabalho que se realiza do lado de dentro do laboratório. Em seu entender não existiriam duas histórias, apenas uma⁴. Minha intenção durante esta discussão é expressar minha conformidade com esta idéia, me afastando da visão tanto de J.F. Costa, quanto de J.R.F.Reis.

Uma vez realizada esta tarefa, procurarei indicar que a formação desta “nova ciência” psiquiátrica, embebida dos preceitos eugênicos que se articularam no ideal preventivo, levou essa especialidade a uma posição de maior importância dentro do projeto varguista de construção de um novo homem brasileiro, onde a área da saúde exerceu papel de primeira grandeza.

O segundo capítulo deste trabalho discute exatamente o período de 1930 a 1945 com o desenvolvimento da nova estrutura organizacional da área sanitária que ocorreu com a ascensão ao poder do Governo Provisório e com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), no mesmo ano em que o novo governo alcançava a presidência. Nesta parte da dissertação procurarei apresentar as diferentes mudanças no organograma do ministério, como estas se deram, como foram motivos de intensas

⁴ Sobre esta questão e a discussão realizada por Latour sobre o assunto, ver: LATOUR, Bruno. As profissões. **In:** LATOUR, B. (org.). *Ciência em Ação – como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo, UNESP, 2000. E, ainda sobre uma discussão da obra mencionada, ver: PEREIRA NETO, André de Faria. Tornar-se Cientista – o ponto de vista de Bruno Latour. **In:** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 13, no. 1, 1997.

negociações políticas por parte do Governo Federal e, como, uma vez aprovadas, vieram a corroborar o projeto político-ideológico varguista, incluindo-se neste projeto a ação e as estruturas administrativas voltadas para a prevenção e profilaxia das doenças mentais.

Estas transformações e as discussões legislativas relacionadas a elas, alcançaram níveis diferentes no decorrer dos anos e, com a emergência do Estado Novo, permitiram ao Governo Vargas implementar o processo de centralização administrativa dos serviços de saúde, projeto antigo que vinha sendo defendido pela classe médica desde meados dos anos 1920 e que determinara sempre a orientação das políticas empreendidas pela União, desde o início da década de 30 do século XX. O regime ditatorial estadonovista proporcionou que este processo se consolidasse e culminasse com a reforma realizada em 1941 que seria o exemplar mais bem acabado do objetivo centralizador da administração pública sanitária.

A criação dos serviços nacionais e implementação do modelo de centralização administrativa e descentralização executiva punham a pleno o antigo plano governamental. A orientação de toda a área vinha agora de cima, da esfera federal, sendo imposta a todos os outros níveis, estadual e municipal, com a formulação de planos nacionais e o estabelecimento das Conferências Nacionais de Saúde, enquanto instrumentos para discussão destas políticas em caráter nacional. A psiquiatria continuava inserida nesta estrutura e a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) refletia esta condição.

Estes Serviços Nacionais eram formados por diversas seções e instituições atreladas a sua direção e, em relação ao SNDM, destaco nesta dissertação a Colônia Juliano Moreira (CJM), hospital psiquiátrico que acabou tendo um papel de protagonismo dentro da estrutura de prestação de serviços da área psiquiátrica, e que é parte do objeto de análise do terceiro capítulo.

A Colônia Juliano Moreira, desde meu ingresso neste Programa era o alvo de meu interesse de pesquisa. Durante meus estudos, principalmente com meu contato com o conteúdo programático da disciplina *História das Políticas de Saúde Pública*, ministrada pelos professores Marcos Chor e Cristina Fonseca, passei a repensar de que forma trabalhar meu objeto. Percebi assim que, para entender a história dessa instituição em particular, eu necessitava antes compreender sob que condições

históricas e políticas o seu funcionamento foi possível, observando-se assim o contexto que a cercava. Desta maneira, a CJM, ao invés de ser o objetivo principal de meu trabalho, tornou-se um caso exemplificativo do modo como se deu o funcionamento da saúde pública federal direcionada para a área psiquiátrica.

O recorte temporal adotado confunde-se com o período que marca a primeira passagem de Getúlio Vargas pela presidência da República. Esta opção deve-se ao fato de que este foi um momento de transformações profundas e marcantes na organização dos serviços de saúde nacional e que representaram uma alteração significativa no que concerne à profissionalização dos agentes sanitários federais. Este período foi, também, marcado pela gestão de Gustavo Capanema, figura de exponencial destaque da área e da historiografia sobre o assunto, responsável pela gerência e planejamento de grande parte destas mudanças e ativo participante dos debates legislativos que são objetos de análise caros a esta pesquisa. O intento era assim, considerando este recorte temporal central para a história política brasileira e para a área da saúde pública do país, observar como a assistência psiquiátrica se desenvolvera e se relacionara às ações de saúde, então, empreendidas.

Quanto ao recorte espacial, não se pode delimitar de forma taxativa, uma vez que entendo a importância da nacionalização dos serviços como estratégia central do Governo Federal para expandir sua área de influência a todas as regiões do país. Por outro lado, entretanto, é inegável o destaque que o Distrito Federal receberá ao longo do trabalho. Duas são as razões para este fato: primeiramente porque, sendo a Capital da República, as principais discussões relativas às políticas públicas foram realizadas ali e, durante muito tempo, as atenções estavam voltadas principalmente para lá; em segundo lugar, adotando a CJM como estudo de caso, localizada no Distrito Federal, portanto, nada mais pertinente que os documentos buscados fossem referentes à capital do país.

No que diz respeito ao material bibliográfico utilizado para confecção deste trabalho, foram analisadas obras sobre a questão sanitária no país, sobre a questão psiquiátrica e ainda, sobre a eugenia, observando-se como esta veio a se desenvolver no país. As fontes primárias, por sua vez, constituem-se de documentos do Arquivo Gustavo Capanema, que se encontram no Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea no Brasil, da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC / FGV). A

partir da consulta ao arquivo pessoal do ministro da pasta de educação e saúde, procurei investigar assuntos de maior importância sobre a questão psiquiátrica no país, tais como: a proposta original do Plano Hospitalar Psiquiátrico da União, documentos relativos às discussões realizadas na I Conferência Nacional de Saúde, enquanto marco das relações que se desenvolveram na área da assistência pública pós-1941, além de documentos oficiais e correspondências pessoais que me auxiliaram na construção de um quadro mais claro sobre as medidas adotadas e sobre a situação da questão psiquiátrica no período selecionado da pesquisa.

Além desta fonte inestimável, utilizei-me também de periódicos oficiais como os *Arquivos de Higiene*, publicação oficial do Departamento Nacional de Saúde, que se encontra na Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz. A partir deste periódico pude observar de modo comparativo de que forma a psiquiatria foi tratada frente às outras especialidades médicas, desde o final dos anos de 1930 até o ano de 1945. Nesta fonte, ainda, me deparei com dados bastante significativos para este trabalho, como o inquérito psiquiátrico, reproduzido em sua íntegra, nas páginas deste periódico.

Outro periódico consultado foi os *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*, publicação oficial da área psiquiátrica do Ministério da Educação e Saúde, coordenada pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Por intermédio desta publicação, que se encontra na Biblioteca Nacional, pude compreender os meandros do funcionamento do referido órgão, a onde se verifica o relato direto das principais figuras do meio psiquiátrico relacionadas à gestão política e administrativa e dos diretores das principais instituições de assistência na área em questão. Em sua consulta tive acesso também aos relatórios da Colônia Juliano Moreira enviados ao SNDM.

Em ambos os periódicos supracitados procurei analisar os relatórios oficiais. Nos *Arquivos de Higiene*, encontram-se os relatórios anuais do DNS que se constitui em uma grande compilação de informações referentes a todos os serviços subordinados a este órgão federal. No caso dos *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais* encontram-se os relatórios de atividades do SNDM, os quais são constituídos de uma série de outros relatórios que dão conta das instituições e seções que compõem o órgão, produzidos por seus respectivos diretores.

Por último, mas não menos importante, analisei a legislação federal referente à área sanitária com o intento de familiarizar-me com a “forma dura”, definida nestas

medidas, e comparar de que forma estas iniciativas na área da psiquiatria foram postas em prática efetivamente, por intermédio do caso da Colônia Juliano Moreira.

CAPÍTULO 1

PSIQUIATRIA: HIGIENE MENTAL, PROFILAXIA E EUGENIA

Segundo os estudos sobre a psiquiatria no Brasil⁵, no Império os considerados loucos não recebiam qualquer tratamento por parte dos meios médicos e eram lançados à própria sorte em cadeias ou vagavam pelas ruas. Os que possuíam maior “sorte” eram conduzidos às Santas Casas de Misericórdia onde, entretanto, não recebiam o tratamento adequado por parte das freiras responsáveis.

Foi só a partir da década de 30 do século XIX que começaram a surgir manifestações públicas em torno de melhoria das condições a que estavam submetidos os considerados alienados. A Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro organizou os primeiros protestos sob a situação dos alienados na cidade, o que acarretou por parte da Câmara Municipal uma inspeção a fim de averiguar o motivo dos protestos recebidos. O parecer da comissão inspetora foi de conformidade com as manifestações levantadas pelos médicos, o que ocasionou o envolvimento da Academia Imperial de Medicina na questão. Artigos médicos sobre a necessidade de proporcionar aos que sofriam deste mal, as condições ideais de higiene, além do tratamento condizente, proliferavam em alguns dos principais periódicos médicos da época, tais como os *Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia* e o *Semanário de Saúde Pública*, para ficar em dois dos principais exemplos.

A pressão pareceu fazer resultado, uma vez que após uma série de consultas e pareceres foi aprovada a construção, em prédio anexo a Santa Casa de Misericórdia, de um edifício que funcionasse como hospício para alienados⁶. Ainda que não fosse um sintoma da importância concedida à assistência aos alienados, não deixa de ser curioso que a data marcada para a fundação desta instituição, em razão do decreto 82 de 18 de

⁵ ENGEL, Magali G. *Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios – Rio de Janeiro, 1830-1930*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2001; MEDEIROS, Tácito Augusto. *Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Instituto Psiquiátrico UFRJ, 1977; TEIXEIRA, Manoel Olavo. Nascimento da Psiquiatria no Brasil. *Cadernos IPUB*, n. 8, 1997.

⁶ ENGEL. *op cit.*; MEDEIROS. *op cit.*; TEIXEIRA. *op cit.*

Julho de 1841, e que seria denominado Hospício Pedro II (HP II), fosse a mesma da sagração do futuro imperador. As obras, porém, só seriam concluídas em 1852, devido a um sem número de problemas, inclusive de ordem financeira, tendo sido criadas até mesmo loterias com o fim específico de custear o término da construção.

Os problemas, contudo, não seriam resolvidos apenas com a criação do Hospício. Segundo Teixeira⁷, a assistência prestada dentro do asilo carecia de qualquer base científica, visto que era exercida pelas irmãs de caridade, havendo críticas e denúncias de maus tratos exercidos na instituição. A estrutura do edifício, por sua vez, também seria alvo de reclamações e depois de pouco tempo, devido à falta de instituições para alienados em outras províncias do país e, conseqüentemente, as seguidas transferências que foram realizadas para internamento de pacientes no Hospício, a superlotação passou também a ser um problema a ser resolvido.

A Proclamação da República acabou trazendo um novo cenário para o funcionamento do Hospício, que imediatamente seria desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e passaria a ser administrado por médicos especialistas no assunto. Além disso, em 1883 criara-se a primeira cadeira de clínica psiquiátrica e moléstias nervosas, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e que teve como seu primeiro catedrático concursado, Teixeira Brandão, também um dos expoentes da assistência psiquiátrica da época que se manteve no cargo de diretor do hospício de 1887 a 1897. O Hospício Pedro II, agora chamado Hospício Nacional de Alienados, juntamente com as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita passavam a fazer parte do órgão denominado Assistência Médico-Legal de Alienados, criada em 15 de fevereiro de 1890, a partir do decreto 206 – A⁸.

Em relação aos outros estados, a mesma lógica que regia a administração dos serviços de saúde pública no início do período republicano, ou seja, a autonomia dos poderes locais na organização de seus serviços⁹ se aplicava para a estruturação dos serviços de assistência psiquiátrica. E, assim como em relação à saúde pública, a assistência à alienação mental em todo o Brasil se desenvolvia em níveis bastante

⁷ TEIXEIRA. *op cit.*

⁸ CUNHA, Maria Clementina Pereira da. *Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro, ed. Paz e Terra, 1986.

⁹ HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo, Editora Hucitec, 2006. pp. 40-41.

irregulares. Enquanto alguns estados continuavam a não prestar qualquer tipo de assistência a sua população ¹⁰, outros fundavam instituições psiquiátricas dentro de suas fronteiras, como foi o caso do Rio Grande do Sul, com a construção do Hospício São Pedro, resultado da luta da Santa Casa de Misericórdia do estado para a construção de um espaço específico para o tratamento de alienados¹¹.

No que diz respeito à Assistência Médico-Legal de Alienados, pode-se dizer que seu raio de abrangência limitava-se quase que exclusivamente ao Distrito Federal. Não existiam políticas públicas que fossem voltadas para a figura do alienado e as atividades dos órgãos de caráter nacional tinham como raio de ação estritamente a cidade do Rio de Janeiro, até mesmo em razão do federalismo liberal que regia as relações políticas do período. Essa situação só seria contestada alguns anos mais tarde, no início do século XX.

Os primeiros anos do século XX assistiram a um movimento de reformulação do espaço urbano. Os locais, assim como os hábitos e habitantes também deveriam ser objetos de transformações. Esse foi o período das grandes reformas empreendidas nos principais centros urbanos do país (Rio de Janeiro, São Paulo e Recife, para citar alguns exemplos) com o objetivo de torná-las mais civilizadas, mais próximas das cidades européias. Objetivava-se a reorganização da *urbis* local, com a expulsão dos elementos considerados indesejáveis das áreas centrais e com a constituição da nova imagem salubre que as mesmas deveriam inspirar aos olhos dos estrangeiros. Foi a época da ascensão do sanitarismo, abalizado pelo espírito científico que demonstrava força tanto na influência que exerceu neste novo desenho das cidades, como na própria adoção das medidas de higiene. Uma dessas medidas foi a campanha de vacinação obrigatória, que deflagrou o que a historiografia convencionou chamar “Revolta da Vacina”, organizada por Oswaldo Cruz quando esteve no comando da DGSP (Diretoria Geral de Saúde Pública) – 1903 a 1909 – no governo Rodrigues Alves (1902-1906) ¹².

¹⁰ MEDEIROS. *op cit.*

¹¹ Sobre esta questão, ver: WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Editora da Universidade UFRGS, 2002.

¹² Sobre a questão da reformulação do espaço urbano na capital do país, o movimento de revolta contra a vacinação obrigatória e a necessidade do estabelecimento de novos hábitos e condutas da população nos centros urbanos, ver: BENCHIMOL, Jaime. *Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro*. In: FERREIRA, Jorge; NEVES, Lucília de Almeida. *O Brasil Republicano – Economia e Sociedade, poder e política e representações, vol. 1: O tempo do liberalismo excludente – da*

A psiquiatria, por sua vez, também tomaria o seu papel nesta empreitada interferindo na adoção de hábitos mais condizentes com a nova realidade desejada e tendo seus asilos como lugar de reclusão dos que não se encaixassem nos novos padrões¹³. É neste contexto que, em 1903, Juliano Moreira foi nomeado diretor do Hospício Nacional de Alienados (HNA), e diretor da Assistência Médico-Legal de Alienados, permanecendo à frente de ambos até o ano de 1930, quando seria afastado pelo governo provisório. A chegada de J. Moreira a uma posição de destaque trouxe também, o que talvez, seja a iniciativa pioneira de alcance nacional, no que concerne à assistência mental: a aprovação da primeira lei de assistência a alienados no Brasil, inspirada na similar lei francesa de 1838 no que se refere à proibição do encarceramento de alienados em prisões e à humanização dos tratamentos¹⁴.

Juliano Moreira mostrou-se um defensor de diferentes formatos institucionais para o tratamento da doença mental. A seu ver, o tratamento deveria proporcionar a seus pacientes a oportunidade de assistência em níveis diferenciados de forma a prover a estas condições ideais de desenvolvimento em torno de sua patologia. Defendeu a criação dos hospitais-colônias que proveriam uma desejada ilusão libertária, ancorados em um tipo de tratamento que – apoiado em ditames científicos e promotor da convivência do alienado com pessoas sadias – era chamado de assistência heterofamiliar¹⁵. A realidade destas instituições, contudo, pouco alcançou as transformações almejadas por Juliano Moreira. É justo imaginar que, se a área mais geral da saúde pública que gozava de mais recursos para tocar seus projetos não o conseguia em sua plenitude, a psiquiatria, que era vista com olhos bem menos generosos, tão pouco conseguisse.

A posição de destaque de Juliano Moreira nos desenvolvimentos da psiquiatria, portanto, articulou-se mais aos seus esforços no sentido de produzir a possibilidade de inserção da psiquiatria, enquanto disciplina científica, dentro de um projeto de

proclamação da República à Revolução de 1930. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003; CHALHOUB, Sidney. Cortiços. **In:** *Cidade Febril – cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Cia, das Letras, 1996.

¹³ CUNHA. *op cit*.

¹⁴ PICCININI, Walmor. Juliano Moreira (1873-1933): um brasileiro extraordinário. **In:** *Psychiatry on line Brazil*, no. 7 / Julho, 2002. <http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0702.htm>

¹⁵ VENANCIO, Ana Teresa A. e CARVALHAL, Lázara. Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. **In:** DUARTE, L. F. D.; RUSSO, J.; VENANCIO, A. T. A.. (Org.). *Psicologização no Brasil: atores e autores*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005, v. , p. 65-83.

construção de um novo homem brasileiro. Este projeto, capitaneado no meio psiquiátrico por Juliano Moreira e desenvolvido nas duas primeiras décadas do século XX, alcançaria um relevo bastante significativo no âmbito da condução das políticas governamentais nos anos 1930, mesmo que Moreira, a partir deste período, já não estivesse mais participando da formulação governamental de tais políticas.

Desde seus trabalhos tropicalistas de final do século XIX, Juliano Moreira questionava a correlação entre doenças tropicais e os fatores climáticos, raciais e sociais. Essa postura pode ser identificada com a preocupação do mesmo em contestar a afirmação da inferioridade do elemento brasileiro resultado de constantes miscigenações e sujeito às doenças tropicais que, segundo as teorias correntes, eram causadoras de degeneração das condições humanas. Para Moreira, essas teorias careciam de validade científica, não sendo possível a defesa da desigualdade entre as raças e a adoção da idéia de que a miscigenação seria um fator de degenerescência da população brasileira. Para ele tais argumentos levavam à crença errônea de que o homem brasileiro, portanto, não poderia ser incluído dentro de um quadro universal de desenvolvimento das nações¹⁶. Essa visão mostrava-se extremamente sintonizada com as teorias defendidas nos anos de 1910 e 1920 que demonstravam otimismo com a tipologia do povo brasileiro e rejeitavam as idéias representantes de uma outra vertente para a qual, devido à constituição de seu povo, o país não poderia tornar-se uma nação civilizada. A discussão perpassou as primeiras duas décadas do século XX, encontrando adeptos em ambos os lados.

De um lado, defendia-se a posição de não inferioridade do homem brasileiro devido a sua formação racial, atribuindo a problemática do estágio de desenvolvimento de nosso povo às péssimas condições sociais e sanitárias a que estes estavam submetidos. O momento era propício a esse tipo de interpretação, devido ao panorama mundial dos países ditos civilizados, imersos em uma grande guerra, que diminuía de forma sensível o fluxo migratório e trazia discussões sobre problemas higiênicos e sanitários também no lado “civilizado” do mundo¹⁷.

¹⁶ VENANCIO & CARVALHAL. *op cit.*

¹⁷ SOUZA, Vanderlei S. *A Política Biológica como Projeto: a “eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, 2006, PPGHCS/COC – FIOCRUZ. pp. 36-37.

De outro lado existiam os que acreditavam no componente racial como fator preponderante para a degenerescência do elemento humano, ancorados nas teorias do racismo científico da virada do século XIX para o XX. Estes defendiam o progressivo branqueamento do povo brasileiro¹⁸ – produto da nefasta miscigenação dos elementos negro e mulato e das intempéries do clima e do meio – que seria realizado a partir do incentivo a imigração européia, e que resultaria em uma raça apta a posicionar o Brasil em um novo patamar pretendido dentro do “concerto das nações¹⁹”.

No que diz respeito ao campo da psiquiatria, nem todos os que atuavam neste meio científico, compartilharam das idéias defendidas por Moreira, partidário do primeiro grupo – otimista em relação às raízes e ao futuro do povo brasileiro – e que acreditava que qualquer um estaria sujeito a sofrer dos males psíquicos, independentemente de sua formação genealógica. Antes de imputar a uma raça ou outra a prevalência de uma doença, deveria se investigar casos individuais, considerando-se a ascendência e as condições a que fora submetido o enfermo²⁰. A discordância de muitos médicos-psiquiatras com a visão de Juliano Moreira, no entanto, terminaria por levar a um recrudescimento dessas discussões no campo psiquiátrico no final dos anos de 1920 e na década de 1930.

A eugenia, que esteve presente em ambos os lados desta discussão a partir dos anos 10 do século XX, de acordo com Souza²¹, foi absorvida pelo discurso sanitário, o qual assumia a primeira posição citada, para tanto propondo a melhoria das condições de vida, através do combate às epidemias e endemias que dizimavam o homem rural, como modo do país, enfim, conseguir alcançar um novo nível dentro do rol dos países civilizados. O lema dos sanitários, “sanear é eugenzar”, começou a ser encarado como a expressão de uma forma de redenção da realidade nacional²².

¹⁸ Sobre como esta questão foi tratada e quais as estratégias utilizadas para validar tais conceitos, ver: SKIDMORE, Thomas. O Negro no Brasil e nos Estados Unidos. **In:** *Argumento*, ano 1. no. 1, 1973. p. 33.

¹⁹ Expressão utilizada por Lilian Schwartz, ver: SCHWARTZ, Lilian M. *O Espetáculo das Raças*. São Paulo, Cia. das Letras, 1993.

²⁰ VENANCIO, Ana Teresa A. & FACCHINETTI, Cristiana. “Gentes providas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. **In:** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 1, no. 1, Editora Escuta, 1998. pp. 356-364.

²¹ *idem*. pp. 25-27.

²² HOCHMAN. *op cit.* p. 63.

Este pode ser considerado o primeiro momento de difusão das idéias eugênicas no Brasil, propagadas pelo médico Renato Kehl (1889-1974) numa composição com o sanitarismo durante as décadas de 10 e 20 do século XX. Neste momento o que se verifica é a defesa de um tipo de eugenia mais branda que visava uma mudança nos padrões de vida da população brasileira, com um foco especial sobre o homem rural e um investimento em outras áreas como a educação, por exemplo²³.

A trajetória profissional de Renato Kehl, figura determinante no meio, serve como um espelho para as fases porque passou a eugenia no Brasil. Desde sua mudança de São Paulo para o Distrito Federal, na transição dos anos 10 para os 20 do século XX, esteve ligado ao serviço público na área da saúde como responsável pela direção dos serviços de propaganda e educação higiênica do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão que foi dirigido por seu sogro e uma das principais figuras ligadas ao sanitarismo, Belisário Penna, entre os anos de 1920 e 1927.

Seu desligamento para assumir um cargo em uma empresa privada o levou a realizar viagens ao continente europeu que permitiram que tivesse contato com o tipo de eugenia praticada no velho continente. Este fato originou a defesa de um novo sentido para a eugenia a partir de uma ótica mais “negativa”, com preocupações mais voltadas para a questão racial. Também no decorrer de sua trajetória esteve ligado a algumas sociedades científicas, sendo o responsável pela criação da Sociedade Eugênica de São Paulo, de 1918, e da Comissão Central Brasileira de Eugenia, em 1931, por exemplo²⁴. No entanto, cumpre dar destaque a suas relações com os membros da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), da qual fez parte, posto a importância desta instituição para a conformação do campo psiquiátrico e a guinada, à época, das ações e objetivos da LBHM que associariam o ideal preventivo ao eugênico, como veremos adiante.

Antes, porém, de introduzir esta discussão no texto, parece importante aqui abrir um espaço para apresentar a forma como Nancy Stepan trata a questão da eugenia e a classificação proposta pela mesma no estabelecimento dos três sentidos distintos de eugenia produzidos ao longo das primeiras décadas do século XX no país²⁵.

²³ SOUZA. *op cit.* p. 27 & STEPAN. *op cit.* pp. 355-361.

²⁴ SOUZA. *op cit.* p. 66.

²⁵ STEPAN. *op cit.* pp. 350-355.

Segundo Stepan²⁶ poderiam ser observados três tipos diferentes de eugenia, na forma como esta noção era empregada pelos próprios atores sociais à época. A eugenia preventiva é descrita como a forma predominante nas décadas de 1910 e 1920, como já referido em relação a sua articulação com o sanitarismo, a qual procurava, a partir de medidas higiênicas, a profilaxia das doenças e dos vícios sociais da população brasileira. Já a eugenia de tipo positiva teria sido responsável pela educação sanitária e moral da população, a partir de medidas que procuravam direcionar os indivíduos quanto a produção de sua descendência. E, a eugenia negativa, por sua vez, seria a de caráter mais duro, que procurava impedir, por meio do enclausuramento e da esterilização compulsória, que indivíduos considerados disgênicos se relacionassem entre si e com outros membros da sociedade, produzindo assim uma prole considerada indesejada para o projeto em curso responsável pela formação do povo brasileiro a partir de suas futuras gerações.

Segundo Stepan, estes três tipos conviveram entre si durante as primeiras décadas do último século, não se anulando umas as outras. Mesmo com o movimento do ideal eugênico direcionando-se para um lado mais negativo – ainda que mais em suas propostas do que na concretização de suas ações – foi possível encontrar na transição dos anos 20 e 30 do século XX medidas eugênicas de caráter mais brando.

Esta guinada eugênica para o lado mais “negativo”, o qual tomou a questão racial como central para seus argumentos, interessa sobremaneira ao tema desta pesquisa já que encontrou na psiquiatria seu grande receptáculo. Contudo, há de se perceber que no decorrer deste período, mesmo entre os psiquiatras houve a defesa de medidas de caráter preventivo, segundo os rumos de uma eugenia mais branda, como a promoção das campanhas antialcoólicas, para citar um exemplo valioso.

A presença e oscilação entre estes sentidos diferenciados da eugenia são observáveis no interior do campo psiquiátrico por intermédio das ações e propostas da Liga Brasileira de Higiene Mental, cuja trajetória foi objeto de estudo de dois importantes pesquisadores do assunto: Jurandir Freire Costa e José Roberto Franco Reis.

²⁶ *idem*. É bom que se esclareça apenas, que estes termos não foram inventados pela autora, uma vez que eram utilizados correntemente pelos intelectuais do período. Seu mérito foi, na verdade, a esquematização destes e a apresentação clara destas diferentes categorias.

De acordo com a historiografia²⁷, a LBHM foi fundada no ano de 1923, no então Distrito Federal, pelo psiquiatra Gustavo Riedel e possuía como objetivos a melhoria dos parâmetros de assistência psiquiátrica através da renovação dos estabelecimentos asilares e dos médicos responsáveis por este tipo de serviço. A entidade era considerada como de utilidade pública pelo Governo Federal e recebia subvenções estatais para garantia de seu funcionamento, além de contar com o auxílio de filantropos que acreditavam na sua pertinência para a sociedade. O quadro de associados da LBHM era composto por alguns dos principais nomes da esfera psiquiátrica, como Juliano Moreira, por exemplo, e outras figuras proeminentes dos meios médicos e intelectuais, como Roquette Pinto além do já referido Renato Kehl.

Desde sua fundação, o estatuto da LBHM já demonstrava preocupação com a prevenção da doença mental. Esta, no entanto, ainda parecia ser pensada em relação aos estabelecimentos psiquiátricos, buscando-se a reformulação dos mesmos. A partir da segunda metade da década de 1920 é que começam a se perceber os primeiros movimentos em direção a uma atividade mais contundente junto à sociedade e aos indivíduos considerados “normais”. Os psiquiatras da Liga passaram a acreditar que seus esforços iniciais seriam inúteis e que seria necessário instruir os indivíduos a adquirir e preservar um estado mental saudável²⁸. Este momento, que culminou com uma mudança estatutária da Liga, parece ser um divisor de águas dentro da psiquiatria brasileira que passa a utilizar largamente em seu discurso os pressupostos eugênicos de sentido mais negativo.

Conforme Costa²⁹, os últimos anos da década de 1920 observaram uma nova direção no que concerne à intervenção psiquiátrica, a qual deixava os muros do asilo para atuar em todos os meios sociais buscando promover a higiene mental. A associação se dava, com um tipo de eugenia mais negativa que observava os fatores hereditários, neste caso, como deflagradores das moléstias nervosas. A simbiose entre a psiquiatria e a eugenia, articulava-se à adoção, por parte do meio psiquiátrico brasileiro,

²⁷ COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro, Garamond, 2007. pp. 45-47; REIS, José Roberto Franco. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)*. Dissertação de mestrado, Campinas, 1994, UNICAMP. p. 49 ; SOUZA. *op cit*. pp. 40-41.

²⁸ COSTA. *op cit*. p. 46 & REIS. *op cit*. pp. 50-51.

²⁹ COSTA. *op cit*. pp. 55-56.

dos postulados da psiquiatria organicista de Émil Kraepelin que defendia que os fatores físico-orgânicos eram causas latentes das doenças mentais.

O foco central da LBHM deixava então de ser o cuidado assistencial, ainda que este não tenha sido abandonado, como se possa sugerir. A atenção voltava-se para a profilaxia e propagação da higiene mental, com a LBHM intensificando suas ações por meio das já citadas semanas antialcoólicas, da aplicação de testes psicológicos em crianças e trabalhadores, e da defesa de propostas mais restritivas, como os exames pré-nupciais, as políticas migratórias e a esterilização dos indivíduos considerados disgênicos. A instituição possuía uma infra-estrutura que contemplava esses seus objetivos e que serviu a esses propósitos como os laboratórios de psicologia aplicada, os ambulatórios de psiquiatria e clínicas de psicanálise e de atendimento às crianças que, em algum momento da trajetória desta entidade, tornou-se uma preocupação prevalente dos seus membros, como será explicitado mais à frente.

O ideal preventivo dos psiquiatras, alvo das críticas mais duras por parte dos historiadores do assunto, centrou-se também em discussões voltadas para a questão racial no país. Ao final da década de 1920, os debates relacionados à eugenia haviam adotado, como dito, um tom menos brando quanto à constituição formativa do povo brasileiro. Renato Kehl alertava para a diferenciação fundamental que se devia fazer entre o eugenismo – que podia ser associado à concepção de uma eugenia menos ortodoxa que havia sido incorporada no Brasil nas duas décadas anteriores – e a eugenia propriamente dita, que versava sobre os caracteres humanos e sua transmissão genética e que, no seu entender, deveria ser aqui adotada³⁰.

Nem todos os membros da Liga, entretanto, compactuaram com a visão de Kehl, a julgar pela recepção de suas idéias durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia. As idéias que foram expressas no livro de Kehl, intitulado *Lições de Eugenia*, lançado em razão do evento citado, foram duramente criticadas por seus pares, ao mesmo tempo em que também mereceram elogios de algumas das figuras proeminentes da LBHM, como Ernani Lopes e Ignácio Cunha Lopes, para ficar em dois exemplos dos mais importantes para o campo psiquiátrico³¹. Apesar desta ressalva quanto à unanimidade da adesão às idéias eugênicas mais negativas de Renato Kehl a imagem

³⁰ SOUZA. *op cit.* p. 19.

³¹ COSTA. *op cit.* p. 57 & SOUZA. *op cit.* pp. 67-71.

associada ao meio psiquiátrico, por parte da historiografia, foi a de que este era o braço forte da eugenia. Ele seria assim considerado o defensor da segregação dos elementos que pudessem corromper a ordem desejada, tendo em vista os indivíduos eugênicos que a formariam.

As medidas eugênicas de caráter mais duro da LBHM tinham como objetivo, no entender dos médicos e intelectuais do período, combater as distorções que prejudicavam a formação de uma nação saudável e que poderiam vir a prejudicar as futuras gerações, como os malefícios advindos da miscigenação, abalizadas pela teoria da degenerescência que imputava às raças consideradas inferiores a transmissão de características disgênicas que prejudicariam a formação do povo brasileiro. A profilaxia proposta para estes casos seria a esterilização destes elementos, de forma que não os permitissem gerar descendentes nem entre eles e nem entre os indivíduos considerados aptos. Tais medidas encontraram resistências de vários lados: desde parte da elite brasileira, consciente de sua formação miscigenada, até a Igreja Católica brasileira que, mesmo afastada oficialmente das esferas do poder, ainda possuía influência bastante significativa nas decisões oficiais³². A esterilização foi largamente atacada por esta última que viria a assumir um papel de combatente feroz da idéia, em razão de seus dogmas e, por conseguinte, da tradição brasileira calcada nos preceitos cristãos³³.

Se a proposta da esterilização, que foi utilizada de maneira extensiva em outros países, não encontrava condições para se disseminar em terras brasileiras (apesar de não desaparecer integralmente como veremos ainda neste capítulo), outras atitudes seriam tomadas para que a marcha civilizatória do Brasil não fosse interrompida. O projeto da Liga era impedir que os indivíduos considerados disgênicos se reproduzissem. Neste sentido, uma das formas seria o isolamento destes do convívio com os cidadãos que possuíam condições de gerar filhos saudáveis. Quanto a estes, pelo contrário, pensava-se até em medidas que os incentivassem a procriar³⁴, como, por exemplo, a reforma eugênica dos salários e o seguro da paternidade eugênica. Quanto aos considerados disgênicos, uma saída foi trancá-los dentro dos hospitais psiquiátricos, a fim de segregá-los e diminuir o risco potencial de sua prole.

³² STEPAN. *op cit.* p. 342.

³³ STEPAN. *op cit.* p. 373.

³⁴ COSTA. *op cit.* pp. 71-72.

Dentre as propostas da Liga Brasileira de Higiene Mental, as gerações futuras acabaram por receber atenção especial, já que eram consideradas fundamentais para o projeto de reforma do povo brasileiro. A obstinação em torno da promoção da higiene mental combinada às idéias eugênicas resultou na formação de um novo campo científico que se convencionou denominar “eufrenia” o qual, nos dizeres dos próprios psiquiatras da Liga, visava promover o aprimoramento mental da raça. O estabelecimento desta nova categoria científica favoreceu o investimento no cuidado com a infância brasileira. Ressalte-se a fundação da Clínica de Eufrenia do Distrito Federal, primeiramente situada no bairro de São Cristovão, e que tinha como meta atender crianças desde os primeiros meses de vida até a idade de 12 anos, com dedicação especial para o período dos dois aos seis anos, o qual se acreditava ser a época de moldagem dos traços psíquicos dos indivíduos³⁵.

No entender daqueles psiquiatras, a idéia do acompanhamento fora do espaço psiquiátrico servia como ferramenta para que não se estigmatizasse as crianças, favorecendo que os responsáveis por esta iniciativa fossem ao encontro de seu objeto ao invadir o *locus* escolar por intermédio da aplicação de testes, da defesa por uma educação voltada para a obtenção da condição de higiene mental e da formação de educadores preparados para transmitir aos seus alunos os pressupostos que os tornaria cidadãos eugênicos no futuro. Entretanto, o prédio fora requerido pelas autoridades municipais e a clínica transferida para dentro da Colônia do Engenho de Dentro, o que não ajudou o trabalho que aqueles médicos-psiquiatras pretendiam empreender pois se levava para dentro da instituição psiquiátrica o cuidado que se queria prestar no campo social em geral³⁶.

A questão do controle dos fluxos imigratórios, da mesma forma, foi alvo de atenção por parte dos psiquiatras da LBHM neste final da década de 1920, ainda que, a discussão se estendesse desde bem antes desse período. Juliano Moreira já alertava sobre a necessidade de políticas que tratassem da entrada de estrangeiros no país em artigo científico publicado em 1925, como já mencionado, embora a proposta da Liga diferisse então daquela apresentada pelo psiquiatra baiano³⁷. O assunto, todavia,

³⁵ REIS. *op cit.* 245-249.

³⁶ *idem.*

³⁷ VENANCIO & FACCHINETTI. *op cit.*

continuava em pauta, e a proposta era de que fossem feitos testes psiquiátricos quando da intenção destes estrangeiros em adentrar as fronteiras brasileiras, além do controle dos elementos raciais que eram bem-vindos e poderiam cooperar com a melhora do genótipo nacional³⁸. Foram criados então mecanismos para organizar a migração como o estabelecimento de cotas raciais para determinar a entrada e permanência destes no Brasil, dificultando desta maneira a entrada de asiáticos, por exemplo, que eram considerados elementos indesejáveis para formação do homem brasileiro, como defendido pelos psiquiatras da Liga.

A mais branda destas medidas restritivas, e que talvez despertasse menos paixões ao ser discutida, era os exames pré-nupciais. Apesar de possuir também seus detratores, esta iniciativa chegou a ser proposta pelas autoridades governamentais na Constituição de 1934. A medida visava a necessidade de aprovação estatal para que se realizasse o matrimônio e, conseqüentemente, a reprodução dos indivíduos envolvidos, garantindo assim que fossem gerados filhos que tivessem as características desejadas para o novo homem brasileiro³⁹.

A construção dessa história sobre a relação entre psiquiatria e eugenia, por intermédio da atuação da LBHM nas décadas de 1920 e 1930, precisa, entretanto, ser situada no contexto das proposições analíticas dos dois estudos mencionados que tomei como referência: *História da Psiquiatria no Brasil*, de Jurandir Freire Costa e *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)*, de José Roberto Franco Reis.

A *História da Psiquiatria no Brasil – um corte ideológico*, de Jurandir Freire Costa, apesar de segundas edições, foi concebido originalmente como trabalho final de pós-graduação a École Pratique des Hautes Études de Paris, em 1974, e publicado no Brasil dois anos depois.

O trabalho foi escrito em um momento em que a psiquiatria preventiva estava de novo como centro da discussão nos meios psiquiátricos enquanto alternativa ao modelo da internação hospitalar. Conforme demonstra o Prefácio à Quarta Edição, o livro se apresenta como uma espécie de alerta sobre, o que o autor considera, o risco de repetição dos erros que haviam sido cometidos no passado, mais especificamente, na

³⁸ COSTA. *op cit.* pp. 129-133 & REIS. *op cit.* p. 67.

³⁹ STEPAN. *op cit.* pp. 366-372.

transição das décadas de 20 e 30 do século passado, pelos psiquiatras de então, no caso pelos membros da Liga Brasileira de Higiene Mental. Para Costa, esses erros teriam sido frutos da intenção desses psiquiatras em intervir na sociedade – atingindo a toda coletividade e não apenas nos domínios da doença mental – e procurar moldá-la sob um rígido modelo baseado em uma série de preceitos e preconceitos, que o autor julgava inerentes a estes psiquiatras.

Ainda neste prefácio de 1989, escrito por ocasião da quarta edição de seu livro, como mencionado acima, Costa atenta para o fato de que os psiquiatras da Liga em sua atividade e produção intelectual pagaram o preço ao assumirem de forma irrestrita, certas teorias e modos de pensar distintos do que poderia ser considerado como próprio especificamente da psiquiatria enquanto ciência. Neste sentido, sob o ponto de vista de Costa, os preceitos psiquiátricos da LBHM teriam sido erroneamente “contaminados” por propostas eugênicas, as quais não são vistas pelo autor como parte do campo científico:

“... inequivocamente acreditavam no que diziam ou queriam fazer. Vou mesmo adiante: comparados a muitos psiquiatras atuais, aparecem como homens apaixonados pelo exercício da profissão. Alguns eram grandes eruditos para os padrões da época, e quase todos mostravam um desejo de mudança, de renovação da assistência psiquiátrica, raro em nossos dias. No entanto, malgrado toda boa intenção e toda disponibilidade para acertar, erraram. Humanamente, erraram. (...)”⁴⁰

A escolha metodológica realizada por Costa em seu livro, a qual já havia sido sistematizada por seu orientador, Georges Devereux, foi a do *duplo discurso*. De acordo com o entendimento de Costa, a idéia do *duplo discurso* proposta por Devereux serviria

⁴⁰ COSTA. Prefácio à quarta edição. **In:** *op cit.* p. 27-38.

para explicar um fato a partir de uma dupla orientação complementar, de natureza psicológica e sociológica. Isto significaria dizer que não existiria uma verdade intrínseca a um fato em si, mas apenas a possibilidade de que este poderia ser explicado de uma forma, psicológica, ou de outra, sociológica, sem que haja confrontos entre estas duas esferas. E é isto que Costa propôs realizar. Ele organiza sua análise a partir de eixos que orientam sua visão sobre a Liga Brasileira de Higiene Mental, os quais são os temas dos capítulos de seu trabalho: o antiliberalismo, o moralismo, o racismo e a xenofobia. Para o autor estes seriam os princípios que constituiriam a produção do discurso psiquiátrico da LBHM e diretriz das práticas exercidas pelos membros desta entidade. Como Costa demonstra ao final do livro, a adoção destes princípios pelos psiquiatras da Liga teria uma dupla explicação. De um lado tal adoção seria expressão de:

“uma função psíquica primitiva que é a do medo diante do estranho, do não familiar. Esta função, que pertence ao ego de todo indivíduo atua independentemente das circunstâncias culturais e históricas em que ele vive, pondo em marcha um certo número de mecanismos psicológicos, também invariáveis⁴¹”.

De outro lado, o autor afirma a existência de uma explicação sociológica ao considerar que, os princípios da xenofobia, racismo e antiliberalismo, do ponto de vista cultural, também foram formas preferenciais de defesa frente aquilo que era considerado como estranho, diferente. Na verdade é como se o autor emprestasse uma linguagem sócio-cultural a sua leitura psicológica destes eventos, demonstrando um reforço a esta última, calcado na idéia do *duplo discurso*: ao mesmo tempo psicológico e sociológico.

Por sua vez, o trabalho de José Roberto Franco Reis, *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)*, foi concebido como dissertação de mestrado na Universidade Estadual de Campinas, no

⁴¹ COSTA. *op cit.*p.119.

ano de 1994, ou seja, vinte anos após a elaboração do trabalho de Costa e ainda que não seja posto de forma explícita, o autor parece a todo momento travar um diálogo com o trabalho anterior.

Reis fundamenta sua análise na idéia desenvolvida por Marilena Chauí sobre o *discurso competente*. Para Reis, tal noção permite enfatizar a diferença que se processa entre diferentes atores sociais, já que, em seu entender, somente o especialista teria a competência necessária para determinar a eficácia e a propagação de idéias referentes a um certo objeto. Para que se explicita melhor o entendimento do autor sobre sua própria opção teórico-metodológica, afirma que:

“... nem todos tem a competência para falar ‘qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstancia’. Apenas o especialista situado no lugar hierárquico autorizado ‘pode transmitir ordens aos degraus inferiores e aos demais pontos da hierarquia que lhe forem paritários’. (...) esse discurso não é inspirado em idéias e valores, mas fundamentalmente na ‘suposta realidade dos fatos’ e, por essa razão, crê vivamente na eficácia dos seus meios de ação. (...)”⁴²

A opção do autor então, *a priori*, residia na tentativa de entender o discurso dos psiquiatras da LBHM como um discurso competente, já que se tratava de um conjunto de propostas de caráter científico formuladas por um grupo de especialistas, as quais tinham também o intuito de reformar a sociedade. Aparentemente de modo diferenciado de Costa, Reis não vincula a psiquiatria enquanto um discurso competente a um componente ideológico, o qual levaria a uma contraposição à ciência. Para ele, a psiquiatria da LBHM era científica, justamente, porque produtora de um discurso competente.

⁴² REIS. *op cit.* p. 4.

Porém, ao discutir a idéia da produção do discurso competente por parte das autoridades psiquiátricas, Reis introduz em sua análise as contribuições teóricas de Michel Foucault sobre a verdade e o poder e os efeitos práticos e específicos gerados por este binômio na sociedade. Segundo Reis, Michel Foucault, em seus próprios trabalhos, teria chamado a atenção para a diferença entre sua proposta analítica, fundada na correlação verdade e poder, e a idéia de ideologia, tal como comumente empregada pelas teorias marxistas em que o mundo das idéias se contrapõe ao mundo da práxis.

Ainda que adotando a mesma posição de Foucault, a qual desvincula a discussão sobre verdade e poder de um componente ideológico, Reis insiste em servir-se da idéia de discurso competente. Para ele esta idéia serve como organizadora de um campo restrito de representação da esfera política e social e por isso não separado de um discurso ideológico, ainda que a idéia de discurso competente esteja sendo utilizada livre de um juízo sobre a ideologia produzida por este mesmo discurso⁴³.

Ao fim, ambos os trabalhos, embora se apresentem de modos diferenciados, parecem convergir na análise que fazem da problematização do discurso e da atividade psiquiátrica da LBHM. Tal problemática aparece mais diretamente em Costa uma vez que para este, ambos os níveis – discursivo e da ação – são igualmente criticáveis. Em Reis, esta problematização é mais visível quando se observa detidamente que na explicitação de sua opção metodológica o autor procura apresentar um distanciamento quanto ao componente ideológico, ainda que não encontre êxito. Os dois autores consideram que, por ser influenciada pela realidade que a cerca e por isso “contaminada” pela ideologia antiliberal presente à época, viu-se a Liga afastada dos pressupostos científicos inerentes à psiquiatria, enquanto especialidade médica, e aproximada do embuste cientificista da eugenia. Neste sentido, para os dois autores a eugenia que se associara à psiquiatria – enquanto uma influência cultural não-competente – seria a responsável pela visão antiliberal e preconceituosa presente no campo psiquiátrico no período que compreendeu os anos 20 e 30 do século XX. Jurandir F. Costa e José Roberto Franco Reis parecem, portanto, considerar o advento

⁴³ REIS. *op cit.* pp. 3-7.

do ideal preventivo psiquiátrico e sua associação com a eugenia como uma espécie de deturpação da cientificidade a qual seria, ou deveria ser, inerente à própria psiquiatria.

Do meu ponto de vista, descaracterizar a eugenia como gênero científico parece-me incorrer no erro de considerar a ciência como um conhecimento puro, absolutamente desvinculado do contexto social que a cerca. Há de se considerar que os pressupostos eugênicos foram forjados em uma época em que teorias como o evolucionismo e o racismo científico estavam em voga e possuíam uma capacidade de inserção significativa nos meios intelectuais. Considerar que a formulação de preceitos inerentes a uma determinada categoria científica não acaba por se entremear com os aspectos doutrinários de outra teoria soa como acreditar que estas foram forjadas dentro de uma cápsula de contenção que conservaria toda sua originalidade e autenticidade em relação a todo o resto da produção de conhecimento e da sociedade. Penso antes, que estas teorias são formuladas por homens que se encontram dentro de um determinado *locus* social e que, por sua vez também só são capazes de serem propagadas como formulação científica válida quando recebidas e aceitas por determinado público.

Sendo assim, enxergar a eugenia como ideologia, antes do que como ciência, acaba por parecer ignorar em que cenário este gênero científico alcançou sua legitimidade como categoria científica. Entendê-la como um amontoado de preconceitos soa antes como procurar observá-la cercada de toda sorte de desagrado diante de seus pressupostos, bem como ignorar de forma veemente que, aos olhos da sociedade da época em questão, tais idéias possuíam respaldo perante as discussões que eram travadas pela intelectualidade.

No caso específico do Brasil nas primeiras três décadas do século XX, é importante considerar que os homens desse período não eram formados por um racismo despropositado descolado no tempo e no espaço. Antes a idéia da impropriedade do racismo à época é que parece, a mim ao menos, uma visão anacrônica sobre o assunto. Não podemos esquecer que o começo do século XX havia sido precedido por um período recentíssimo de absoluta desvalorização dos indivíduos negros e mulatos devido à escravidão, e que, ainda mais, reproduziam-se as teorias racistas que vinham dos países considerados mais desenvolvidos. Neste sentido, não parece nada espantoso que intelectuais brasileiros procurassem cercar-se dessas teorias, as quais lhes

prometiam uma nova constituição que lhes conduziria a uma nova posição na ordem mundial.

Entendo ainda, como problemáticas as análises de Costa e Reis sobre a questão do racismo presente nos meios intelectuais, e mais precisamente, no meio psiquiátrico quando consideram que a postura racista foi hegemônica, como se os psiquiatras, como afirma Costa⁴⁴, pretendessem moldar a todos de acordo com a sua própria imagem. Estes psiquiatras eram os mesmos intelectuais que discutiam essas teorias e tinham a noção de que sua ascendência, diante da realidade brasileira, era fruto de constantes miscigenações. Posições radicais, de pretensões a pureza racial ou ao arianismo, não me parecem, fossem capazes de mobilizar a grande maioria destes personagens, a partir do entendimento de que o homem de cor não deveria ser considerado irremediavelmente inferior, mas antes, que este poderia ser “melhorado” pela via da miscigenação com o sangue branco, como observado nas discussões acompanhadas à época⁴⁵.

Além de certo juízo de valor sobre o caráter científico da doutrina eugênica, cumpre ainda observar a elaboração de uma espécie de demonização da introdução da eugenia nos meios psiquiátricos brasileiros. Não podemos esquecer, como já demonstrado neste capítulo, que no início do século a eugenia esteve associada ao sanitarismo – o que também Reis apresenta em seu trabalho⁴⁶ – e que a pretensão eugênica em intervir previamente nos problemas sanitários não foi vista como maléfica ou preocupante por este mesmo autor. Ao contrário, Reis destaca em seu trabalho que a relação entre eugenia e sanitarismo foi vista como benéfica para o próprio campo da saúde pública. Nesse sentido, podemos perguntar por que a eugenia foi considerada por Reis como menos válida quando associada à psiquiatria se, os psiquiatras da Liga, como demonstra o próprio Reis, aderiram a ela, assim como os sanitaristas o fizeram.

Quando da associação destas duas distintas vertentes científicas – a eugenia e a psiquiatria – o que se percebeu foi a promoção de medidas de caráter preventivo para a área psiquiátrica que procurava agora não só tratar dos problemas relacionados a saúde mental da população, mas sim, preveni-los de forma a evitar a propagação dos problemas mentais que assolavam o povo brasileiro.

⁴⁴ COSTA. *op cit.* pp. 115-124.

⁴⁵ Sobre este assunto, ver: SKIDMORE. *op cit.* pp. 35-40.

⁴⁶ REIS. *op cit.* pp. 52-54.

Do mesmo modo que concerne ao preventivismo sanitário, as ações relativas à área psiquiátrica estiveram envolvidas com a propaganda educacional e estabelecimento de hábitos que se julgavam serem saudáveis para o povo. Não se pode desconsiderar certamente que a relação entre eugenia e psiquiatria acarretou, da mesma forma, medidas que, em algum sentido, apareceriam como mais polêmicas, como a esterilização, por exemplo, já comentada neste capítulo. Porém, acredito que estas medidas encontraram ressonância apenas em parte do meio psiquiátrico, ao mesmo tempo em que tiveram seu alcance limitadíssimo pela tradição católica brasileira, notoriamente contrária a métodos que impediriam a procriação. No meu entender, longe de serem implantadas, estas medidas encontraram espaço apenas para serem debatidas, devido a uma certa “virada negativa” da eugenia, conforme a classificação de Stepan, que foi acompanhada por membros importantes da LBHM.

Minha insistência ainda recai, em outro sentido, nas benesses trazidas à psiquiatria por sua associação com a eugenia e as concepções preventivistas daí decorrentes. Minha hipótese é a de que a psiquiatria encontrou maior espaço de atuação dentro da estrutura de prestação sanitária da União quando se viu às voltas com a idéia de promover a prevenção ao invés de centrar-se apenas nas propostas da assistência.

A orientação das políticas de saúde do país seguia a lógica preventiva desde os últimos anos da década de 1910 e, é mister que se diga, coube à eugenia um papel importante nesta orientação. A preocupação com a educação, promoção de condições de vida satisfatórias e conseqüente integração do homem rural na estrutura social do país foram algumas das bandeiras defendidas pela comunhão entre sanitaristas e eugenistas.

Deve-se, portanto, perceber que estes homens, que bradavam a todos os cantos do Brasil, inclusive seus grotões, que “sanear é eugenizar”, seriam os mesmos que, anos mais tarde, determinariam a direção que deveriam seguir os serviços sanitários, como, por exemplo, Belisário Penna que fez parte da Diretoria Geral de Saúde Pública, como inspetor a partir de 1904 e ocupou posteriormente a direção do Mesp, ainda que por um breve período. Foram estes também que, ao mesmo tempo em que desejavam a melhoria das condições a que estaria submetido o homem rural, imaginavam a possibilidade de formação de uma raça brasileira mais forte e mais apta a conduzir o Brasil a uma nova posição dentro do cenário mundial.

Duas décadas mais tarde do início deste projeto, nos anos 1930, a psiquiatria participaria deste projeto. Entendo, pois, que é a partir daí que esta especialidade médica se inseriu dentro da estrutura do sistema de saúde brasileiro. Ao adotar a idéia da prevenção, a psiquiatria enfim alinhava-se com os outros domínios da medicina que compunham os serviços sanitários. Foi a partir deste ponto também que a psiquiatria passou a fazer parte deste novo projeto de construção do novo homem brasileiro no qual a área da saúde possuía papel importante.

Minha hipótese baseia-se em dois fatos relevantes, que serão discutidos em momentos posteriores deste trabalho e que, acredito, também justificam minha discordância em relação aos dois trabalhos clássicos da historiografia sobre a psiquiatria no Brasil, de Jurandir Freire Costa e de José Roberto Franco Reis. O primeiro fato é a implementação do órgão federal pioneiro que atribuía à psiquiatria um caráter de independência e protagonismo dentro da estrutura ministerial da área da saúde que, não por acaso, fora intitulado de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, escancarando o quanto a questão preventiva gozava de importância para o governo federal. Este órgão, criado em 1934, dá uma idéia do prestígio que a eugenia em sua relação com a psiquiatria adquiria no momento. Decorre daí também o destaque que as idéias eugênicas conheceram, o que pode ser observado quando da promulgação da Constituição no mesmo ano. O segundo fato diz respeito ao discurso do ministro Gustavo Capanema quando da apresentação de seu projeto original de reformulação do Mesp, em 1935, onde propôs que se mudasse o nome do ministério para Ministério da Cultura Nacional e onde afirma que um novo homem só seria capaz de ter serventia ao seu país de forma satisfatória se gozasse plena saúde física, mental e moral.

Antes de deter-me nestes pontos, considero importante construir um histórico sobre este fato, a fim de fundamentar as bases que possam comprovar meu ponto de vista. Por outro lado também, pretendo deixar claro que ainda que minha análise tenha como foco principal a inserção do ideal preventivo e as mudanças que se deram na assistência psiquiátrica a partir deste fato, não pretendo de forma alguma afirmar que a questão assistencial hospitalar foi deixada de lado. Ao contrário, os ideários e as ações de prevenção e assistenciais seguiram de mãos dadas, como em toda especialidade médica que fazia parte da estrutura de prestação de saúde administrada pela União.

A Constituição de 1934, que havia sido promulgada em torno das pressões políticas que vinham sofrendo o governo de Getúlio Vargas, respeitava o tipo de relação que havia definido os entendimentos entre União, estados e municípios, como se esta fosse um documento transitório entre a Primeira República e o período que estava por vir. Embora, não apresentasse mudanças significativas no que concerne às relações mencionadas entre as três esferas executivas, a nova constituição se mostrava em perfeita sintonia com o ambiente cultural pelo qual passava o Brasil. A presença da eugenia no corpo de seu texto é bastante explícita, tratando justamente das discussões que vinham sendo realizadas pelos meios médicos, e psiquiátricos, principalmente sobre a estrutura formativa do seu povo.

Das medidas eugênicas que mereceram destaque neste capítulo, três delas são tratadas em pontos diferentes dessa Constituição: a educação eugênica, o controle da imigração e os testes pré-nupciais. A única medida relativa à eugenia que não foi contemplada, até por ser alvo de maiores polêmicas, é a que trata da esterilização e segregação dos indivíduos considerados inaptos pelos pressupostos da eugenia.

A educação eugênica e a promoção de higiene mental aparecem como sendo de responsabilidade dos três órgãos executivos, demonstrando o caráter liberal impresso na nova carta, além da clareza quanto à necessidade de se estimular entre a população os princípios e práticas eugênicas, como percebido nas duas alíneas em destaque:

Art. 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas:...

b) estimular a educação eugênica;...

g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

A questão da imigração estrangeira, por sua vez, também é destacada em dois momentos distintos, um que regula sobre a exclusividade da União em julgar questões

que envolvam cidadãos de outros países e um mais claro sobre a regulamentação da entrada de indivíduos imigrantes em território nacional que faz referência à abordagem presente nas propostas dos meios eugênicos. Como se pode perceber o Governo Federal passou a adotar medidas de controle, através do estabelecimento de cotas e a partir da avaliação étnica e capacidade física do imigrante que desejava estabelecer-se no Brasil:

Art. 5º - Compete privativamente à União:

XIX - legislar sobre:

g) naturalização, entrada e expulsão de estrangeiros, extradição; emigração e imigração, que deverá ser regulada e orientada, podendo ser proibida totalmente, ou em razão da procedência;

Art. 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País.

§ 6º - A entrada de imigrantes no território nacional sofrerá as restrições necessárias à garantia da integração étnica e capacidade física e civil do imigrante, não podendo, porém, a corrente imigratória de cada país exceder, anualmente, o limite de dois por cento sobre o número total dos respectivos nacionais fixados no Brasil durante os últimos cinquenta anos.

Por fim, observa-se na Carta Magna de 1934, referência aos exames pré-nupciais que foram uma reivindicação constante dos psiquiatras e eugenistas quanto ao

cuidado que se deveria exercer sobre a questão da descendência brasileira. O artigo em questão se encontra no capítulo I, do título V, com a denominação “Da Família”. Ele aponta para a necessidade de regulamentação posterior, o que pode indicar porque esta medida não foi posta em prática, ao menos de forma extensiva, considerando não observarmos nenhum tipo de regulamentação futura sobre o assunto.

Art. 145 - A lei regulará a apresentação pelos nubentes de prova de sanidade física e mental, tendo em atenção as condições regionais do País.

A observação final parece mais um indício de que o exposto no artigo encontraria problemas para ser efetivamente realizado, uma vez que avaliar a validade dos comprovantes de acordo com as diferenças regionais do país emprestaria ao exame um caráter um tanto subjetivo.

A menção a estes artigos da Constituição de 1934 ao mesmo tempo em que servem à comprovação da presença da eugenia no cenário brasileiro à época, apontam também para uma mudança posterior dentro do cenário cultural do país que, em três anos, parece ter sofrido uma espécie de reviravolta brusca, onde as questões que se coadunavam com o ideal eugênico foram, de uma só monta, ignoradas.

A Constituição de 1937, ou seja, já sobre o regime estadonovista, não faz qualquer menção a estes assuntos que pautaram as discussões sobre eugenia e que, por todo o contexto da época, foram razão de cuidados por parte dos legisladores. O único dos assuntos que ainda mereceu figurar no corpo da legislação foi o que versava sobre a imigração. Contudo, a redação do artigo assume outra roupagem ao subtrair os termos etnia e capacidade física, os quais estavam presentes no texto constitucional de 1934.

Art. 151 - A entrada, distribuição e fixação de imigrantes no território nacional estará sujeita às exigências e condições que a lei determinar, não podendo, porém, a corrente imigratória de cada país exceder, anualmente, o

limite de dois por cento sobre o número total dos respectivos nacionais fixados no Brasil durante os últimos cinquenta anos.

Essa subtração parece sintomática de que a eugenia perdera seu espaço de destaque nos meios oficiais, ainda que, como demonstrarei adiante, os psiquiatras tenham mantido a utilização do termo e a adesão a seus pressupostos.

O “ostracismo” ao qual foi lançada a eugenia pode ser explicado diante do contexto social em que estava mergulhado o mundo à época. A radicalização de Kehl e de muitos psiquiatras em direção a um tipo de eugenia mais negativa, não foi bem encarada por seus pares em razão da constituição racial do povo brasileiro. A este tempo teorias que tratavam a miscigenação como algo benéfico para a formação de uma raça única (e que não eram novas) ganhavam força com a obra de Gilberto Freyre, *Casa Grande e Senzala* (1933), e faziam com que a defesa pelo aprimoramento racial fosse vista como marcada por cores mais sombrias perante a sociedade. A inclinação para a radicalização aproximava os eugenistas brasileiros de seus co-irmãos europeus que pregavam a pureza racial, em uma realidade diametralmente diversa em termos de composição genealógica. Portanto, se o Estado assumisse a eugenia em seu discurso oficial acarretaria uma imediata e explícita conexão entre o governo brasileiro e os regimes fascistas europeus, em um mundo em que estes últimos vinham criando uma grande tensão que eclodiria em uma guerra mundial alguns anos mais tarde. A posição do Brasil era delicada, uma vez que tinha relações estreitas com as democracias européias e a norte-americana, ao mesmo tempo em que o regime autoritário vinha gradativamente alcançando espaço, posto que o país vivia em estado de sítio desde 1935 e flertava com estes regimes de exceção europeus. Sendo assim, em busca de uma postura neutra em relação ao conflito mundial – a qual se expressava nas relações internacionais que o governo brasileiro mantinha tanto com os EUA quanto com a Alemanha – e considerando-se pressões internas da intelectualidade que condenavam esse tipo de eugenia mais negativa, o Brasil enveredou por outro caminho.

A eugenia sumia da Constituição, sumia do discurso oficial e perdia seu espaço dentro do debate intelectual. Entretanto, a eugenia seria mantida enquanto um conceito

a ser empregado pelas práticas sanitárias. Ao que parece o modelo de ação empregado nas políticas sanitárias não sofreu alterações e os personagens que atuavam neste campo continuariam os mesmos que foram formados sob o signo da prevenção e dos pressupostos eugênicos e que defendiam que, a partir destas medidas eugênicas e profiláticas, se constituiria o novo homem brasileiro: saudável, apto ao trabalho e capaz de “produzir” este novo Brasil que se enquadraria de modo muito mais favorável no cenário mundial. Estou me referindo especificamente às práticas sanitárias relativas à psiquiatria que, como veremos, não abandonou a eugenia, nem em seu discurso e nem nas medidas implantadas.

O fato é facilmente percebido quando se investigam os meios psiquiátricos na década de 40 e percebe-se que na contramão de toda a sociedade, os psiquiatras continuavam a pregar, com a mesma intensidade, os preceitos eugênicos que defenderam durante os anos 20 e 30 do século XX. Quando da realização da I Conferência Nacional de Saúde, em 1941 fica evidente que estes homens continuam a exigir e acreditar que a eugenia seria o único caminho confiável para a formação de uma raça saudável, como veremos no terceiro capítulo desta dissertação.

A preocupação eugênica continuaria fazendo parte dos interesses psiquiátricos, aparecendo nos programas oficiais de formação dos futuros médicos dedicados à tarefa de higienizar mentalmente aos brasileiros. Os cursos de formação oferecidos pelo governo e organizado pelos expoentes da psiquiatria no início da década de 1940, tinham duração de quatro meses e eram estruturados em quatro grandes áreas ministradas pelos seguintes professores: Semiótica e Patologias Mentais, por Odilon Galotti e Alice Marques dos Santos; Clínica e Terapêutica Psiquiátrica, por Aduino Botelho e Cincinato Magalhães; Assistência Psiquiátrica, por Heitor Peres e Fábio Sodré; e Higiene e Profilaxia Mental, por Ignácio Cunha Lopes, a qual daremos maior destaque nesta análise devido ao intenso componente eugênico presente em seu programa. Esta última área contava com as seguintes matérias: previsão de gênetos oligofrênicos e contracepção, segregação e esterilização eugênica; alcoolismo, epilepsia alcolígena, campanhas anti-alcoólicas; exame médico pré-nupcial, política eugênica, polinatalidade seus falsos aspectos econômico-sociais, esterilidade e teleugenia; melhoramento da raça, imigração e mestiçagem, saúde psíquica dos tipos étnicos predominantes no país. Além disso, várias outras disciplinas tinham ao lado do nome da

enfermidade mental específica a expressão profilaxia, como uma promessa da possível prevenção destas desordens mentais, como psicose e neuro-sífilis⁴⁷.

Alguns textos do período também traduzem o prosseguimento da associação entre eugenia e psiquiatria quando em nenhum outro campo parecia mais reverberar os ideais eugênicos. Neste sentido é notável que o *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*, periódico oficial do órgão federal encarregado da assistência psiquiátrica, tenha publicado em 1945 um artigo intitulado *Aperfeiçoamento da Raça (problemas eugênicos e psico-higiênicos)*⁴⁸. O artigo fora escrito por Ignácio Cunha Lopes, um das mais renomadas figuras do meio, e justamente o responsável por ministrar uma das áreas do curso do SNDM. Neste texto ele disserta sobre os problemas que atormentavam a psiquiatria desde sua guinada eugênica e conseqüentemente do papel que os psiquiatras buscaram para si no projeto de melhoramento do homem brasileiro. Para o referido psiquiatra, assim definia-se a tarefa que deveria ser empreendida pelo governo:

*“... melhoramento da raça ou aperfeiçoamento etnogênico resulta no estímulo e reprodução de estirpes sadias e da restrição à fertilidade de estirpes com características hereditárias nocivas e inferior capacidade (...) tratando de aumentar a descendência de casais gen e fenotipicamente sadios e de promover casamentos favoráveis sob esse mesmo ponto de vista, quer procurando limitar o quanto possível a descendência de anormais e restringir a multiplicação de indivíduos hereditariamente inferiores.”*⁴⁹

⁴⁷ O programa completo do curso oferecido pelo Departamento Nacional de Saúde e organizado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, tendo como professores alguns dos principais psiquiatras, inclusive o diretor do SNDM, Adauto Botelho, encontra-se em: BARRETO, João de Barros. Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública referente ao ano de 1943. **In:** *Arquivos de Higiene*, 1944, ano 14, no. 1. pp. 461-489.

⁴⁸ CUNHA LOPES, Ignácio. *Aperfeiçoamento da Raça (problemas eugênicos e psico-higiênicos)*. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro, ano 3, 1945. p. 211-238.

⁴⁹ *idem*. p. 213.

Dentro desta proposta, aparece também o debate de uma serie de questões que tratavam da constituição brasileira, ou em suas palavras, da “interfusão brasílio-guaraniense-européia-africana” que se deu no país. Cunha Lopes apresenta então alguns dados quanto à diferenciação dos aspectos psicopatológicos referentes aos três principais grupos raciais existentes no Brasil – brancos, mulatos e negros – utilizando-se disso para fazer uma crítica severa à miscigenação que, segundo ele, seria absolutamente desaconselhável entre raças muito distintas devido à imprevisibilidade nos resultados no que toca à constituição física e psíquica desses indivíduos⁵⁰. O psiquiatra, contudo, discorre sobre alguns resultados positivos da miscigenação e aponta elementos mulatos que seriam dignos de admiração, como Juliano Moreira. Para ele, os negros brasileiros, que seriam das melhores estirpes africanas, não deveriam ser privados de sua descendência, embora não devessem realizar o intercuro com raças muito distintas, como os brancos. Já o intercuro com os mulatos que, segundo ele, estariam mais próximos dos brancos, seria capaz de produzir resultados mais bem dotados e mais desejáveis para a constituição brasileira. Essa interfusão seria aconselhada, permitindo aos negros a oportunidade de alcançarem outros níveis dentro da escala racial e favorecendo o prosseguimento da harmonia entre os diferentes grupos raciais em solo brasileiro.

Um ponto que merece destaque nas considerações que Cunha Lopes apresenta no texto *Aperfeiçoamento da Raça* é a crítica que ele faz à forma como o governo nazista alemão conduzia sua política de esterilização. Se levarmos em conta que a psiquiatria alemã exerceu grande influência sobre a brasileira, não deixa de ser curioso encontrar esta ressalva no trabalho de um dos psiquiatras influentes, que participara da LBHM e compartilhara das propostas eugênicas desta entidade.

A divergência, contudo, não os afasta – Cunha Lopes e a eugenia alemã – e nem ao menos demonstra um arrefecimento dos ânimos eugênicos, embora defenda medidas positivas como a educação e a propaganda, a fim de permitir as massas populares uma aproximação cada vez maior com o que ele considera os melhores tipos existentes. As

⁵⁰ O autor fundamenta sua tese em argumentos absolutamente biologizantes, de experiências realizadas por cientistas, como Herman Lundborg, do Instituto de biologia racial de Upsala, com animais e vegetais.

propostas de caráter negativo continuavam a ser vistas como necessárias. Para o autor, a interdição de casamentos de raças muito diferentes e de indivíduos incapazes deveria ser promovida pelo governo. A esterilização eugênica também é defendida, a ser realizada de forma racional, interferindo-se somente nos casos mais graves de psicopatias, inclusive como solução para o relacionamento entre pessoas afetadas em sua hereditariedade. E, por fim, o exame médico pré-nupcial que prosseguia como bandeira do grupo. O psiquiatra argumenta que as autoridades incumbidas da educação e saúde pública deveriam ser as responsáveis pela realização destes testes. Ele enumera uma série de fatores que deveriam ser observados nestes exames, que não seriam só físicos, mas incluiriam também as condições econômicas e sociais dos nubentes. Para Cunha Lopes, cabia generalizar o que já havia sido conquistado a partir do decreto 3200, de 19 de abril de 1941, o qual impunha o certificado pré-nupcial aos casamentos colaterais de 3º grau.

Art. 1º- O casamento de colaterais, legítimos ou ilegítimos do terceiro grau, é permitido nos termos do presente decreto-lei.

Art. 2º- Os colaterais do terceiro grau, que pretendam casar -se, ou seus representantes, legais, se forem menores, requererão ao juiz competente para a habilitação que nomeie dois médicos de reconhecida capacidade, isentos de suspeição para examiná-los e atestar-lhes a sanidade, afirmando não haver inconveniente, sob o ponto de vista, da saúde de qualquer deles e da prole, na realização do matrimônio.

Este fato demonstra que ainda que tenha sido relegada a outro plano diferenciado e não seja mais o discurso preponderante dos órgãos oficiais de governo

relativos à área da saúde em geral, a eugenia mantinha seus defensores na psiquiatria e, sendo assim, encontrava ainda algum apelo junto às autoridades. Mas para explicar como ela “chegou ao poder” de braços dados com os meios psiquiátricos, é necessário retroceder no tempo e perceber como a psiquiatria foi inserida na linha de frente das políticas de saúde pública.

Parece-me que a feição eugênica que o campo psiquiátrico passou a assumir na virada dos anos 1930 foi justamente a razão da nova relevância que este campo ganhou na reforma do Mesp de 1934. Como já apresentado no decorrer deste capítulo, a assistência psiquiátrica gozava de pouca atenção junto ao Governo Federal, sendo esta uma situação observável, historicamente, desde o regime monarquista. O Serviço de Assistência a Psicopatas, instância voltada para a organização dos serviços da assistência psiquiátrica, criado em 1927 substituindo a Assistência Médico-Legal de Alienados, tinha sua área de atuação limitada ao Distrito Federal e uma parte significativa dos estados brasileiros nem ao menos possuía serviços especializados.

Além disto, a palavra de ordem no que concernia à saúde pública era a prevenção das epidemias e endemias rurais, foco principal dos sanitaristas de então. A questão assistencial e hospitalar ocupava uma posição pouco privilegiada na escala de preocupações da União. Isto se explica, por duas razões. Do ponto de vista econômico, observa-se que os custos das medidas preventivas eram menores, posto que eram direcionadas para um público mais amplo, sendo menos dispendiosas do que o tratamento clínico individual. Do ponto de vista da eficácia terapêutica, apostava-se mais na prevenção, uma vez que em relação à saúde alguns tratamentos relacionados a determinadas doenças encontravam-se em um estágio incipiente de desenvolvimento.

A assistência psiquiátrica, até os anos 20 prestava-se exclusivamente a assistir aos que sofriam das doenças mentais. A associação da psiquiatria à eugenia e ao desenvolvimento do conceito de higiene mental emprestaria então a psiquiatria uma nova roupagem, elevando-a a um patamar mais valorizado dentro do contexto de promoção das políticas de saúde pública atinentes à época. A possibilidade de prevenir o mal psíquico abria um novo campo de possibilidades e, talvez pela primeira vez, inseria seriamente a psiquiatria no projeto de construção do homem brasileiro desejado pelas autoridades.

Como sabemos, a construção do brasileiro dentro da ideologia dos anos 1930 esteve estreitamente ligada à estratégia de valorização do trabalho como meio de enaltecimento do homem, desvinculando-o da noção de pobreza e relacionando-o ao ideal de aquisição da riqueza e busca da cidadania, através da obtenção dos direitos sociais que passaria a ser garantida pelo Estado. O trabalho seria a forma de o homem retribuir ao sistema os direitos que a ele eram garantidos por meio de seu labor⁵¹. Um desses direitos inerentes ao homem trabalhador era a saúde. Mas não bastava que o corpo estivesse são, a mente também deveria estar.

Neste sentido, a psiquiatria teria aceitado, ou encontrado, seu lugar neste projeto, ultrapassando os muros dos asilos para intervir na sociedade e seus hábitos, combatendo os vícios e as propaladas “patologias dos pobres⁵²” a fim de promover a higiene mental. Era o momento de aproximação com o sanitarismo, de comparar as moléstias nervosas às corporais e pregar a profilaxia de ambas, aproximando-as como se semelhantes fossem, como solução para a constituição do novo homem. Neste contexto, enfim, parecia à psiquiatria ter conquistado sua legitimidade junto às autoridades, como ferramenta útil dentro do projeto estatal.

Como veremos no próximo capítulo, em 1934, com a reorganização dos serviços do Mesp, a psiquiatria ganhava seu espaço entre as ações prioritárias do governo, ainda que por um período breve tenha sido desligada dos serviços federais, quando da primeira organização que o ministério sofrera. A permanência definitiva da psiquiatria dentre as ações governamentais para a saúde teve algum destaque, visto que também era incluída no novo arranjo ministerial a questão da proteção à infância. Este tema já vinha sendo objeto da atenção dos psiquiatras e, não por coincidência, teve como liderança governamental, o médico Olinto de Oliveira, ligado a LBHM e que já vinha se dedicando a esta causa.

Como mencionei, a diretoria responsável pela questão psiquiátrica neste período destacado seria intitulada como de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, o que nos dá uma pista do quanto o tema da prevenção possuía relevo e que direção os psiquiatras deveriam tomar em relação aos seus assuntos: à assistência somava-se então

51 GOMES, Ângela Maria de Castro. O Trabalhador Brasileiro. In: OLIVEIRA, Lucia; VELLOSO, Mônica; GOMES, Ângela M. de Castro. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro, ed. Zahar, 1982. pp. 151-166.

⁵² COSTA. *op cit.* pp. 62-63.

a profilaxia, que passou a merecer atenção especial e a constituir-se como uma bandeira também da psiquiatria.

No mesmo ano de 1934, o Mesp tem substituído seu diretor e seria então “vítima” de uma nova reformulação. A psiquiatria, no entanto, não perderia o seu lugar dentro do arranjo institucional, mas seria tratada de uma forma diferente da que vinha até então, sendo pensada dentro de uma ótica que a entendia como serviço de caráter nacional, como será exposto no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE (1930-1941)

Desde o término do regime monárquico coube ao Ministério da Justiça e Negócios do Interior tratar dos assuntos referentes à área da saúde. Bem verdade é que este sofreu algumas mudanças durante as quatro décadas que separam o advento da República da Revolução de 1930, talvez mais em termos de nomenclatura do que de funcionamento propriamente dito, embora seja relevante apontá-las. Esta relevância reside especificamente no fato de que nos primeiros anos da República, as áreas da educação e da saúde, ainda que por um breve período, estiveram separadas dentro da estrutura ministerial, mesmo que com esta cisão só sendo concretizada definitivamente nos anos 50 do século XX.

No período inicial da República cabia ao Ministério dos Negócios do Interior, anteriormente denominado Ministério dos Negócios do Império, responder sobre os assuntos sanitários. Foi criada a Secretaria de Estado dos Negócios de Instrução Pública, Correios e Telégrafos que, além obviamente dos serviços de correspondência (e de modo bem menos óbvio dos serviços de agricultura, comércio e obras públicas), responderia pelos serviços correspondentes à instrução pública, ensino profissional e institutos, academias e sociedades dedicadas às ciências, artes e letras⁵³. Em 1891, no entanto, com a promulgação da lei 23 de trinta de outubro fundiam-se o Ministério do Interior e a Secretaria de Instrução Pública, Correios e Telégrafos gerando o Ministério da Justiça e Negócios do Interior que se dividiria então em três diretorias gerais bastante distintas: a da justiça, a da instrução, e a do interior, sendo esta última a responsável pelos assuntos atinentes à área da saúde⁵⁴.

Neste período inicial de conformação das atribuições do Ministério é que foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), posteriormente

⁵³ BRASIL. Decreto 346, 19 de Abril de 1890.

⁵⁴ GAMA E SILVA, José Saldanha da. *Evolução do Ministério da Educação e Saúde*. Monografia, série Evolução da Administração Civil Brasileira, Rio de Janeiro, FGV, s/d. p. 3.

transformado no Departamento Nacional de Saúde (DNS) no ano de 1937, e que, como veremos adiante, terá posição de destaque no que diz respeito às políticas públicas para a área psiquiátrica. O DNS perdurou durante todo o período da Primeira República e só viria a se diluir, ou ao menos adquirir novas feições, após a Revolução de 1930. O movimento revolucionário de 1930 trouxe mudanças significativas no que concerne à organização sanitária do Estado brasileiro. Se a princípio estas não atingiram o impacto esperado em caráter executivo, devido à inconstância do jogo político vigente à época, em termos organizacionais se fizeram sentir imediatamente. A prestação dos serviços sanitários a partir deste momento seria dividida em dois ministérios recém-criados: o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). A atuação destes apresentava diferenciações, tanto na forma em que esses serviços foram pensados em termos práticos, quanto no público-alvo que se pretendia atingir com suas políticas.

O que busco ressaltar é que esses dois órgãos governamentais do período relativo ao primeiro governo Vargas estiveram concatenados a um projeto maior, pensado e organizado de forma a atingir toda a população, pertencente a um plano que consistia em redefinir a imagem do Brasil e as condições sociais atinentes aos brasileiros. Dentro destes novos rumos e anseios voltados para o “novo” elemento nacional, o Mesp teria papel fundamental no que se refere à política assistencial psiquiátrica e a colaboração desta política na concretização dos anseios de formação do povo brasileiro.

A estrutura do Mesp sofreu uma série de alterações na década de 1930, as quais acarretaram mudanças mais ou menos significativas no que diz respeito à prestação de assistência, direção das medidas preventivas e promoção das políticas sanitárias que visavam a melhora do cenário médico-social brasileiro. Uma das ferramentas inclusas neste ideal expansivo foi a psiquiatria. Ainda que não tenha sido alvo das principais, ou ao menos, mais reconhecidas campanhas, não se deve ignorar a inserção da área psiquiátrica neste projeto. Assim como o corpo, a mente do novo homem também deveria ser tratada para que se alcançasse o modelo perseguido pelas autoridades de outrora. O não protagonismo, contudo, em nada diminuía a atenção dispensada à área psiquiátrica, podendo-se observar, como demonstraremos adiante, a existência de

alguns marcos significativos na história da psiquiatria que se coadunam de forma incontestável com alguns dos acontecimentos principais referentes ao sanitarismo.

O que interessa aqui, então, é justamente mapear as políticas de saúde pública adotadas ao longo da década de 1930, ou seja, sob a presidência de Getúlio Vargas destacando em especial aquelas implantadas sob a direção de Gustavo Capanema a frente do Mesp. Neste sentido busco observar de que forma as políticas assistenciais psiquiátricas estiveram incluídas na área da saúde em geral, participando da orientação mais geral que pensava a constituição de um novo povo e, conseqüentemente, de um novo posicionamento do Brasil, como uma sociedade desenvolvida, dentro do cenário mundial. Neste capítulo, portanto, pretendo analisar as já mencionadas mudanças ocorridas no Mesp, como estas interferiram na implementação dos programas sanitários empreendidos à época e na organização da assistência psiquiátrica, buscando ainda observar de que forma tais mudanças confluíram para a adoção da reforma de 1941, que criaria os serviços nacionais de saúde, dentre eles o Serviço Nacional de Doenças Mentais.

2.1- Da organização ministerial de 1930 à Reforma de 1934

A emergência ao poder dos revolucionários de 1930 trouxe consigo uma nova direção em termos políticos que viria a ser percebida na tendência centralizadora adotada pelo, então, governo provisório. Tal movimentação poderia ser explicada pelo contexto em que este chegava ao poder.

Os anos 10 e 20 do século XX assistiram ao grassar do pacto federativo que rege as relações políticas entre União e estados. Sob estas condições, os entes federativos possuíam razoável autonomia para gerir os assuntos locais, que inclusive, em grande parte, eram determinados como de responsabilidade dos próprios, como os serviços sanitários. Porém, os entes federativos ainda tinham obrigações com o Governo Federal, assim como este possuía o compromisso de conceder auxílio aos poderes locais que não conseguissem prestar de forma satisfatória os serviços básicos a

sua população. No caso da saúde, esta situação apareceu como uma constante no decorrer destas duas décadas.

Portanto na área da saúde a questão da relação entre governo central e entes federativos foi fio condutor das ações que seriam implantadas. O Estado então começava a estender, já a partir do final da década de 1910, mas principalmente na década seguinte, sua área de atuação sanitária para além dos portos e do Distrito Federal à medida que os governos regionais clamavam por ajuda diante da constatação de sua impossibilidade em corresponder às expectativas de seus conterrâneos sobre suas necessidades mais prementes. Alguns estados, mais do que outros, necessitaram desta intervenção, que não se deu sem sobressaltos.

As elites políticas deste período acusavam a União de tentar minar sua representatividade, passando por cima da Constituição de 1891. Todavia, nos anos 1920 começaram a se estabelecer as bases que permitiriam que na próxima década se estabelecesse de forma definitiva a nova organização que se viria a dar à administração da área da saúde no Brasil⁵⁵. Contribuíram para tal o cenário de mudança que se apresentava no que concerne aos serviços sanitários e o acerto entre Governo Federal, estados e municípios, motivado pela impossibilidade dos estados conseguirem prover a assistência necessária às populações locais, somando-se ainda o rugir da classe médica que passara a defender a centralização federal dos serviços sanitários como se fosse a chance de redenção nacional.

É bem verdade, que todo o país, à época, passava por um momento propício a um redirecionamento das relações políticas. O meio intelectual representado exponencialmente por Azevedo Amaral e Oliveira Vianna, era extremamente crítico quanto ao pacto federativo e às conseqüências advindas das relações vigentes entre as esferas governamentais. Suas impressões eram a de que somente através da centralização e de um governo de viés autoritário é que se conseguiria estabelecer as bases para um país melhor, inserido dentro da realidade dos países mais desenvolvidos, em condições de assumir um novo lugar no concerto internacional⁵⁶. A partir desta realidade se postaram os pilares do que viriam a ser os anos de 1930 no Brasil, as

⁵⁵ HOCHMAN. *op cit.* pp. 40-45.

⁵⁶ FONSECA, Cristina M. O. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2007. pp. 32-34.

condições de emergência de um novo regime que observaria profundas mudanças, com destaque para as alterações atinentes a área da saúde que seria parte integrante do processo de estatização empreendido pelo novo governo.

Diante do quadro de instabilidade que se apresentou quando da vitória do movimento revolucionário, coube ao governo provisório dar as respostas exigidas pelas diferentes forças que se digladiavam na arena política nacional, buscando implantar bases sólidas para uma atuação de caráter nacional. Uma das estratégias utilizadas foi o fortalecimento do sistema de proteção social⁵⁷.

Como parte deste sistema, destacavam-se diretrizes para a política de saúde pública do governo federal que foi representativa da nova direção que este tomou, tendo-se em vista o referido contexto político. As medidas adotadas no que concerne à área sanitária tinham uma orientação centralizadora, em detrimento da regionalização, como forma de garantir a presença estatal no interior do país, enfatizando a crítica ao liberalismo que pregava o Estado como representante dos interesses coletivos. Neste projeto, a administração sanitária deixava de fazer parte das atribuições do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e era então, dividida entre dois ministérios distintos: o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e o Mesp (Ministério da Educação e Saúde Pública).

O funcionamento destes distintos ministérios, entretanto, implicavam colaboração e conjunta interseção. Se é verdade que somente os cidadãos participantes do sistema formal trabalhista puderam usufruir da rede assistencial que se construiu a partir da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), não se pode delimitar, a não ser em termos absolutamente esquemáticos, o tipo de assistência que era prestada em ambos os ministérios. Além disso, não é possível imputar a um destes órgãos a prevalência do ideal preventivo enquanto a outro ficaria destinada a dominância do serviço assistencial como se pode julgar de antemão. A clivagem imperiosa no que consiste às suas clientelas específicas também pode ser relativizada, uma vez que tanto os excluídos do sistema foram beneficiados pela iniciativa preventiva adotada pelo MTIC, no interesse primordial em preservar a mão-de-obra do país, quanto os inseridos nos programas

⁵⁷ FONSECA. *op cit.* pp. 40-41.

deste ministério foram assistidos em suas necessidades, quando, por exemplo, foram acometidos por doenças mentais. As orientações, portanto, eram diversas, mas os objetivos eram bastantes articulados.

Ao MTIC cabia a responsabilidade pela assistência prestada aos trabalhadores formais, portadores de carteiras de trabalho abrangidos pelos regimes de previdência. Estes serviços eram estruturados a partir de organismos representativos de classes profissionais vinculadas ao ministério e correspondiam a um modo de atender às demandas advindas de setores organizados que enxergavam os serviços médicos como direitos adquiridos pelo fato de serem cidadãos. A estruturação destes serviços se deu inicialmente a partir das regras de orientação referentes às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Em 1931, a mudança da legislação correspondente retirava das CAPs a obrigatoriedade em prestar serviços assistenciais a seus segurados para atribuírem tal responsabilidade aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes substituíram o primeiro órgão e, embora em um primeiro momento, também não tivessem obrigação de prover assistência médica, com o passar do tempo tornaram-se a principal fonte de auxílio médico ao operariado. Além disso, consolidados nessa posição, os IAPs paulatinamente passaram a promover também medidas preventivas,⁵⁸ com o interesse primordial de economia de gastos com os possíveis prejuízos resultantes de doenças que poderiam acometer a mão-de-obra produtiva. Apesar de orientado por uma preocupação diferente do Mesp, que visava medidas de alcance universal, de toda forma, o recurso à prevenção pelo MTIC resultaria em benefícios para a população em geral.

O Ministério da Educação e Saúde Pública, por sua vez, criado pelo decreto 19402 de 14 de Novembro de 1930, ficava encarregado das questões relativas ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar de caráter universal, além das repartições e instituições que tivessem como finalidade a promoção das ações referidas em sua denominação. No mesmo ano, o decreto 19444 de 1º de Dezembro, dava nova organização ao ministério, que ficaria constituído de: Gabinete do ministro; Diretoria de contabilidade; e quatro departamentos independentes, subordinados ao gabinete ministerial. Estes departamentos, que possuíam a alcunha de “nacional” em sua

⁵⁸ FONSECA. *op cit.* pp. 43-47.

especificação diziam respeito às áreas de “ensino”, de “saúde pública”, de “medicina experimental” e, por fim, de assistência pública. Neste último – Departamento Nacional de Assistência Pública – encontrava-se o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) que seria brevemente desligado deste departamento, em razão do decreto 19518, de 22 de dezembro do corrente ano⁵⁹. Não se podem fazer ilações sobre a razão que acarretou, de forma tão rápida, este desligamento do SAP do recém-criado departamento. Entretanto, tal cisão não duraria mais do que um único mês, uma vez que no início do ano de 1931, seria aprovada a regulamentação do Mesp, restituindo o SAP ao supracitado departamento.

No meu entender, a explicação mais plausível para este rápido desligamento parece ser justamente o caráter incipiente do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e, por sua vez, a procura por uma organização mais coerente. Na mesma data em que o SAP era desligado do DNSP, por meio do decreto 19515, era anexada ao Mesp a Inspeção de Higiene Industrial e Profissional. Não deixa de ser curioso que uma seção que possuía como atribuição a inspeção de assuntos referentes à saúde profissional não estivesse vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e sim ao ministério que se prestava a assistir os excluídos dos meios profissionais. O que me parece plausível supor é que, como a prevenção não aparecia como uma das bandeiras iniciais do MTIC, coube ao Mesp fiscalizar e tomar as medidas necessárias para que se conservassem aceitáveis as condições referentes ao local de trabalho.

De toda forma, o mesmo regulamento que restituía o SAP a um dos departamentos do Mesp, foi também responsável por “corrigir” esta situação confusa. Em cinco de Janeiro de 1931, por medida do decreto nº. 19560 fora instituído o primeiro regulamento do Mesp (ver Anexo 1) que trazia algumas mudanças em seu encaixe. Alguns prédios receberam a chancela de repartições ministeriais, tais como: o Museu Nacional, o Museu Histórico Nacional, a Biblioteca Nacional, a Casa de Ruy Barbosa e o Observatório Nacional. Além disso, foram criadas duas inspeções: a do Ensino Profissional Técnico e a de Águas e Esgotos.

Dos quatro departamentos nacionais o único que sofreu alterações foi o Departamento Nacional de Assistência Pública que tinha de volta a sua subordinação o

⁵⁹ GAMA E SILVA. *op cit.* p. 8.

SAP e todas as dependências ligadas a este serviço. A administração também sofreu mudanças com a decomposição em três diretorias gerais, ao invés de apenas a referente à Contabilidade, sendo criadas as de Expediente e a de Informações, Estatística e Divulgação⁶⁰.

Quanto à forma de atuação do Mesp o que se pode destacar, além da óbvia diferenciação do público alvo em relação ao do MTIC, é a obstinada orientação pela medicina preventiva. Isto não significa que a medicina clínica estivesse alijada da assistência prestada pelo ministério, mas o foco das políticas de saúde empregadas por este, parece que tinham como meta, antes do bem-estar individual, garantir as boas condições sanitárias da população. Foi justamente a partir deste pressuposto que se construíram as estratégias e prioridades relativas à atuação do Mesp. O ideal preventivo que organizou a atuação do Mesp estava de alguma forma associado às práticas de higiene e educação sanitária, o que pode ter fundamentado a união destes dois ramos distintos da proteção social – saúde e educação – dentro do mesmo ministério federal.

Apesar de conhecer um arrefecimento de investimentos quando da chegada de Vargas ao poder, com o tempo as iniciativas de medicina preventiva passaram a receber atenção significativa por parte da União. Foram criadas várias campanhas que se direcionavam ao combate das endemias rurais, consideradas ainda como o grande mal a ser combatido no Brasil, o que consistia em alguma medida na continuidade das ações adotadas nas décadas anteriores⁶¹.

Portanto, assim como nas duas primeiras décadas do século XX, a questão das endemias rurais foi razão de negociações e colaborações entre o Governo Federal e os poderes locais. A promoção de políticas de saúde em nível nacional era vista como uma estratégia governamental de consolidação de seu poder em áreas que antes eram de domínio das elites agrárias. Contudo, ainda levaria alguns anos até que o Estado abrisse suas asas sobre todos os entes federativos sem a interferência direta dos interesses locais. O que se observaria nos primeiros anos do Governo Provisório foi um intenso debate político entre os defensores do liberalismo, os quais reivindicavam o retorno do pacto federativo nos moldes da Primeira República, e os que viam com bons olhos a gerência centralizada dos assuntos concernentes à área sanitária.

⁶⁰ *idem.*

⁶¹ FONSECA. *op cit.* pp. 118-119.

O fortalecimento gradativo do aparato burocrático-institucional do governo reconstituiria de alguma forma estas relações entre o governo federal e os poderes locais. Tal reconstituição, contudo, se daria em etapas. Ainda que, quando da emergência do governo provisório a intermediação entre governo federal e poderes locais tenha sido realizada por meio de interventores, os interesses das oligarquias locais não puderam ser literalmente ignorados em detrimento do planejamento federal, já que as regras atinentes ao federalismo ainda pareciam válidas. O ambiente político não dava margens para que se pusesse em prática, tanto o regime centralizador que se pretendia, quanto o modelo de administração que fora pensado (e que seria posto em ação alguns anos mais tarde) para reger as atividades político-sanitárias. Os levantes constitucionalistas são uma prova de que as condições necessárias para a nova realidade – sejam relativas ao âmbito político, sejam relativas ao âmbito administrativo (ainda que a diferenciação em muitos momentos se faça desnecessária) – não estavam garantidas.

O modo como se desenvolveu o jogo político dentro deste momento definiria em alguma medida também a forma de funcionamento do Mesp, que em si já se constituía como fruto destas negociações. Se por um lado o Governo desejava estender seu poder por intermédio do próprio ministério, as forças locais ainda lutavam por seu poder de autonomia decisória.

O “recém-empossado” governo sofreria pressões para que se estabelecessem novamente as regras do jogo democrático. Ainda que se mostrasse inclinado a tal normalização da vida política, o fazia de forma gradual, o que viria a culminar na Revolução de 1932, obrigando-o a acelerar tal processo. O momento de implementação da Assembléia Constituinte foi justamente a fase de maior embate entre as forças liberais e os defensores da centralização. As divergências foram sentidas não só na contraposição de propostas, mas no decorrer das eleições estaduais que viriam a ser de grande importância para determinar a inserção do Executivo nas áreas dominadas pelas elites regionais.

A Constituição que viria a ser promulgada em 1934 nasceria marcada pela dicotomia reinante e parecia já fadada ao fracasso. Respeitara em muitos dos seus aspectos a ordem vigente federalista, porém deixava abertas portas para a intervenção

federal em vários níveis, inclusive no que concerne à saúde, além de permitir em algum sentido a entrada do poder estatal em esfera municipal⁶².

No que se refere à saúde pública, a indicação era de uma não alteração significativa do padrão que vigorara na Primeira República, uma vez que ainda que se respeitasse a autonomia da esfera local em termos administrativos, permitia-se o auxílio estatal quando reconhecida a impossibilidade de estados e municípios em estabelecer seus serviços de forma adequada. As regras eram as mesmas e em nada prejudicariam a União em alcançar os pontos mais remotos do mapa – as áreas rurais que ainda eram redutos das oligarquias – como era seu objetivo. O fortalecimento das estruturas administrativas e a adoção de medidas que procuravam otimizar a eficiência da máquina federal, que tem como exemplo, justamente a criação dos dois ministérios seriam ferramentas que facilitariam ao Estado conquistar seu intento.

Outro fator, que pode ser destacado como sintomático deste período de instabilidade foi justamente a direção do Mesp. Fruto de negociações e barganha política, a escolha da chefia da pasta esteve vinculada por toda esta fase ao grupo político mineiro, que possuía posição de destaque no cenário da época e que fora contemplado com o ministério, devido à necessidade da manutenção de seu apoio ao poder central⁶³. O mais destacado entre estes foi Gustavo Capanema, que assumiria o Mesp em 1934 e permaneceria no comando até 1945, ano que marcou o fim do primeiro governo de Getúlio Vargas. Antes que este assumisse, no entanto, Washington Pires que o antecedeu a frente do ministério promoveu uma reforma na estrutura da pasta que merece ser observada.

No ano de sua despedida a frente do ministério e da promulgação da carta constitucional, Washington Pires, que vinha tendo uma seqüência de entrevistos públicos com o ex-ocupante da pasta, Belisário Penna, organizou uma reformulação dos serviços subordinados ao Mesp, sob a justificativa de promover uma articulação satisfatória entre estes. Um dos principais pontos foi a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS) que segundo Pires seria o órgão coordenador entre as iniciativas federais e as diretorias estaduais de saúde, o meio pelo qual se buscava garantir o alcance das medidas da União para além das fronteiras da

⁶² FONSECA. *op cit.* pp. 125-127.

⁶³ FONSECA. *op cit.* p. 111.

capital da República. O DNSAMS incorporava as atribuições de responsabilidade do antigo DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública), e possuía também a incumbência de fiscalizar os serviços relativos à saúde pública em todo o país. Estava lançado o embrião para a futura centralização. No entanto, apesar da aparente intensificação por parte do Executivo de um controle sobre as ações de saúde de autoria local, a este tempo, tais ações ainda se faziam por meio de acordos entre as partes, isto é, entre o governo federal e os poderes locais⁶⁴.

A estrutura do ministério reagrupava então seus serviços em duas grandes seções, a partir do decreto 24814, de 14 de Julho de 1934 (ver Anexo 2). A Seção de Saúde Pública e a Seção de Assistência Médico-Social, que se desmembraria em outras cinco novas diretorias: a de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, de Serviços Sanitários nos Estados, de Proteção à Maternidade e à Infância, de Assistência Hospitalar e a de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental⁶⁵.

A Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, que possuía entre suas unidades as inspetorias da Marinha Mercante e dos Portos, possuía postos em nove cidades brasileiras distintas, as quais mantinham atividade portuária. Já a responsável pelos Serviços Sanitários dos Estados, como se pode prever pelo nome, foi a responsável pela intermediação entre a União e os estados e municípios, tendo papel preponderante dentro da estratégia do Governo Federal em expandir sua área de influência: aqui o poder central também tinha o papel de colaboração com os poderes locais, exercendo suas ações por meio de acordos ou realizando as atividades que aqueles se mostravam incapazes de prover à população. Foi esta diretoria a responsável pela execução das campanhas de profilaxia das epidemias e endemias rurais, que eram uma marca da política sanitária brasileira desde as duas décadas anteriores e que vinham sendo realizadas pela estrutura montada pelo então extinto DNSP⁶⁶.

As “novidades” na organização ministerial se davam pelo estabelecimento das outras três diretorias acima citadas e que demonstravam uma nova orientação em curso quanto às prioridades do Executivo. A Diretoria de Assistência Hospitalar demonstrava o interesse do Governo na atividade médico-hospitalar – apesar de não relegar a

⁶⁴ FONSECA. *op cit.* pp. 123-125. & GAMA E SILVA. *op cit.* p. 22.

⁶⁵ *idem.*

⁶⁶ *ibidem.*

segundo plano a medicina preventiva – mantendo tal atividade como o carro-chefe das ações do ministério, o que indicava um maior investimento governamental com as questões relativas ao tratamento. A Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, apesar de ser órgão substitutivo da Inspetoria de Higiene Infantil⁶⁷ só agora era incluída na estrutura do Mesp, representando a preocupação das esferas federais com a saúde das mães e crianças tendo em vista um projeto em curso da formação do novo homem brasileiro – saudável e forte para o mercado de trabalho – desde a mais tenra infância.

A Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, enfim, inseria a questão psiquiátrica como motivo relevante de preocupação da União, revelando as diretrizes que deveriam ser tomadas para o tratamento dado à doença mental à época: assistência e profilaxia. Esta foi criada, na verdade, alguns dias antes de estabelecida a nova organização do Mesp, a 3 de Julho de 1934, por meio do decreto 24559 que instituía como de responsabilidades do órgão em questão a fiscalização dos serviços psiquiátricos, a assistência e proteção dos bens e da pessoa do psicopata e as iniciativas de profilaxia mental. Em razão do mesmo decreto fora criado o Conselho de Proteção ao Psicopata⁶⁸.

A nova Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental seria a responsável pelos assuntos referentes à psiquiatria até a reorganização do Mesp proposta por Capanema em 1935, a qual só seria posta em prática a partir de 1937. Este viria a expressar uma tendência do ministério que instauraria uma série de congêneres, como o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Educação, para ficar em apenas dois exemplos, que eram classificados dentro da estrutura do ministério neste período como órgãos colaboradores do Poder Executivo. Estes conselhos, cada um com suas peculiaridades, tinham como objetivos a serem destacados o estudo dos problemas e aconselhamento do Governo sobre as medidas que deveriam ser tomadas, além da coordenação das iniciativas e auxílio aos órgãos de propaganda e cooperação com instituições e outros órgãos correspondentes⁶⁹.

É difícil precisar a eficácia ou mesmo o êxito do funcionamento destes conselhos, uma vez que inexistente documentação referente aos mesmos no Arquivo

⁶⁷ A Inspetoria de Higiene Infantil foi criada em 1923.

⁶⁸ GAMA E SILVA. *op cit.* p. 25.

⁶⁹ Sem Título. Arquivo Gustavo Capanema. GCh 34.08.03 / II – 1. CPDOC / FGV.

Gustavo Capanema e não encontramos outras pistas nas diversas fontes consultadas. Todavia, o que me parece ser possível afirmar é que eram órgãos que emprestavam algum prestígio e também tinham seus assentos ocupados por figuras de destaque dentro da sociedade e da cena política brasileira. Esta afirmação vem da proposta de reorganização da Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental apresentada em 1935, e que será discutida mais a frente, quando se percebe que os cargos seriam preenchidos (se é que já não o eram) pelos ministros da justiça, da educação e saúde pública além de professores catedráticos, especialistas de notável saber, que deveriam ser escolhidos pelo diretor geral do órgão, e quatro membros de alta representação na sociedade (sendo necessário que dois desses membros fossem mulheres) escolhidos pelo ministro da educação e saúde pública que, por sua vez, seria o presidente de honra deste conselho⁷⁰.

De qualquer modo, a reforma de 1934 trouxe, como já mencionado, uma mudança, ou ao menos, uma maior abrangência do rol de objetivos que deveriam ser perseguidos pelo Mesp. Além disto, percebe-se pela primeira vez uma preocupação mais contundente com a formação dos agentes que prestariam os serviços atribuídos a este ministério. Neste momento começa a se notar no corpo do texto da lei a insistência na utilização do termo “técnico sanitaria”. As indicações sobre planejamento de ações de combate a epidemias e organização das medidas de saneamento rural que seriam realizadas sob responsabilidade da União vinham acompanhadas da “promessa” de que estes serviços seriam chefiados por este tipo de técnico.

A preocupação com a profissionalização da carreira de sanitaria se fazia presente em um artigo da lei de 1934 que indicava, ainda que não de forma obrigatória, a adoção do regime de tempo integral para os médicos que estivessem neste cargo e a preocupação com a formação destes mesmos elementos. Estas seriam duas questões cruciais nos anos posteriores – como será abordado no item seguinte – e motivos de discussões que resultariam na regulamentação desta carreira e na constante busca pelo treinamento e aperfeiçoamento profissional, não só dos sanitarias, mas de todos os profissionais envolvidos na prestação de serviços de saúde à época⁷¹. Dentre estes

⁷⁰ Sem Título. Arquivo Gustavo Capanema. GCh 1934.08.03 / II – 1. CPDOC / FGV.

⁷¹ FONSECA. *op cit.* p. 126.

profissionais estarão também os psiquiatras, como já mencionado no capítulo anterior

2.2 - Da Reforma Capanema a organização dos Serviços Nacionais (1934-1941)

Gustavo Capanema assumiria o controle do Mesp, no mesmo ano de 1934 em que fora implementada a reforma de Washington Pires – antigo diretor daquele ministério – e já sob as regras do novo arranjo constitucional que fora estabelecido. Em outubro daquele ano ocorreriam as eleições para a Câmara Federal e para a Assembléia Constituinte, o que obrigava o Governo Federal a equilibrar-se entre os diferentes interesses locais, considerando-se o crescimento assustador do número de legendas partidárias, a fim de conquistar a maioria parlamentar necessária para o decurso de seus projetos⁷².

O que se imaginava um regime em bases mais pluralistas (talvez até demais para o governo) começava a sofrer um golpe já no primeiro mês de 1935, quando foi apresentado um projeto sobre a Lei de Segurança Nacional (LSN) que estabelecia os crimes contra a ordem política e social do país. Este receberia aprovação em abril do mesmo ano e funcionaria como uma espécie de emenda à Constituição, ao possibilitar ao Executivo manipular o viés democrático que definia a carta de 1934. O estado de sítio fora declarado e os acontecimentos de 1935, como a Intentona Comunista, serviram como justificativa ao Estado para, em março do ano seguinte, alterar a LSN e equiparar o estado de sítio ao estado de guerra. Parlamentares foram cassados e

⁷² Esta estratégia foi aproveitada por Vargas, uma vez que diante do elevado número de interesses conflitantes e lideranças esparsas conseguiu a vitória dos partidos da situação, o que apesar de uma melhora da oposição em relação as eleições anteriores, lhe proporcionaria maior interferência dentro do processo constituinte e das escolhas dos futuros governadores. O incrível número de 56 siglas partidárias esteve envolvido nesta eleição, algumas delas representadas em coligações e associações profissionais. Diante deste quadro de extrema fragmentação, os estados possuidores dos maiores eleitorados, tais como São Paulo, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco requeriam maior atenção por parte do governo central para que divergências entre estas forças locais não resultassem em conflitos que desorganizassem o quadro político nacional. Sobre este assunto, ver: FONSECA. *op cit.* pp. 127-128.

julgados, apesar da oposição, que a esta altura já era minoria. As conseqüências destes acontecimentos resultariam no golpe de 1937 e no advento do Estado Novo⁷³.

Concomitante a esses acontecimentos da macropolítica brasileira é que se desenrolavam as votações em torno do projeto da nova reforma do Mesp proposta por Gustavo Capanema que assumira há pouco mais de um ano a pasta. O próprio Capanema, em mensagem enviada em 1935, ao presidente e constante do corpo de texto do projeto dirigido ao Congresso Nacional, justificava a necessidade de reformulação com as seguintes palavras:

“Instituído em 1930, soffreu elle, de então até 1934, diversas reformas parciaes, que visaram ampliar e melhorar os seus serviços. Muitas dessas reformas foram feitas já nos últimos dias do Governo Provisório, ao qual, assim, não restou tempo para coordenar os órgãos existentes, creados em momentos diversos, e estrutural-os num aparelho continuo, racional e harmonico... Estudei, nos seus pormenores, a composição actual do Ministério, investigando o que deve ser nelle supprimido e o que lhe deve accrescentar, e ainda perquirindo de que modo todos os seus órgãos, dos mais simples aos mais complexos, devem ser ligados, conjugados, systematizados. Indaguei das normas que devem disciplinar o seu funcionamento, de fôrma que o serviço se simplifique e accelere, e se realize com economia de dinheiro, tempo e esforço. Examinei principalmente como deve o Ministério dilatar os limites de sua presença, projectando-se em todo o território do país, para levar o

⁷³ *idem.*

*seu concurso e a sua influencia a todas as unidades federadas*⁷⁴.”

A intenção exposta nesta apresentação deixa clara qual o novo modelo de organização dos serviços federais da União. Afirmava-se a necessidade de um aparato burocrático racional que permitiria ao Estado, através de suas estruturas, expandir sua área de influência dentro de um país que, tradicionalmente, estava organizado a partir de focos de poder local, com se fossem espécies de bolhas que afastavam a atuação do executivo federal sobre as mesmas. A saúde pública foi, claramente, uma das ferramentas utilizadas para furar esses bloqueios. Esse objetivo já vinha sendo ensaiado a partir da reforma de 1934 com a justificativa de criação do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS) para que a atuação do Mesp ultrapassasse os limites do Distrito Federal. Em 1935 ele se torna claro e manifesto nas palavras de Capanema e dá o tom sobre a forma como se organizaria o ministério nos anos que se seguiriam.

Apresentado ao Congresso Nacional em 14 de dezembro de 1935, o projeto previa que, se aprovado, entraria em ação a nova organização já no primeiro dia do ano que se seguiria. Contudo, a legislatura, apesar dos esforços e arranjos políticos de Vargas, não aprovou o projeto de lei dentro do prazo esperado, alegando a necessidade de maior discussão, e este então voltaria a ser discutido no próximo período legislativo⁷⁵.

É no contexto destas proposições para a área da saúde que, em abril de 1935, foi apresentado um projeto de lei que procurava estabelecer o regimento interno do Serviço de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental do Distrito Federal além de instituir as bases do serviço nacional que seria denominado de Assistência Médico-Social e Médico-Legal aos Psicopatas Alienados ou não, e Profilaxia Mental⁷⁶. O texto havia sido formulado por congressistas que estavam envolvidos com a questão da doença

⁷⁴ CAPANEMA, Gustavo. Preâmbulo. **In:** *Plano de Reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública apresentado ao Poder Legislativo pelo Presidente da República*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1935. pp. 1-2.

⁷⁵ FONSECA. *op cit.* pp. 133-139.

⁷⁶ Projeto N. 296 – 1935. Arquivo Gustavo Capanema. Gch 34.08.03 / I-5. CPDOC / FGV.

mental e que em sua grande maioria eram psiquiatras, como Xavier de Oliveira e Ernani Lopes, este último presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Grande parte destes congressistas era ligada à LBHM que parecia manter seu prestígio das décadas anteriores, apesar de sabermos que dois anos mais tarde essa instituição encerraria suas atividades. Ernani Lopes, um dos redatores do projeto de lei, seria titular de um dos assentos do Conselho de Assistência e Proteção aos Psicopatas já que o projeto de lei previa logo no seu 2º artigo que o presidente da LBHM integrasse o referido Conselho.

Como já mencionado, a exemplo de outros conselhos criados, o projeto de lei supracitado, em um de seus primeiros artigos referia-se à criação do Conselho de Assistência e Proteção aos Psicopatas como aquele destinado à organização, finalidade e normas de funcionamento dos estabelecimentos psiquiátricos constituintes do Serviço. Importante ressaltar também a proposta presente no documento que previa que os serviços seriam subvencionados a partir da taxaçoão do álcool potável, que foi uma das principais bandeiras de combate da LBHM nos anos anteriores, como demonstram as semanas anti-alcoólicas por ela promovidas.

Não há qualquer indício de que o projeto tenha sido aprovado. Mais provável é que a Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, instituída na reforma do Mesp de 1934, tenha funcionado durante esse breve tempo – entre a proposta de criação deste órgão e a aprovação do novo projeto de reforma – sem um regimento estabelecido, uma vez que já no texto original da Reforma Capanema este órgão já nem conste na nova proposta. Em absoluto, no entanto, a psiquiatria havia perdido o espaço recém-conquistado. Quando o projeto para a área da saúde foi apresentado em dezembro de 1935, incluía-se aí três órgãos de alcance nacional: o Instituto Nacional de Saúde Pública, o Instituto Nacional de Higiene e Medicina da Criança, e o Instituto Nacional de Psiquiatria⁷⁷.

Além disso, a reforma do Mesp de 1935 estava centrada em quatro pontos principais. O primeiro referia-se a uma forma de organização distinta da empregada até então, estabelecendo-se uma diferenciação entre os órgãos de execução e os de direção. Os órgãos estariam divididos em classes: direção, execução e cooperação, além de haver

⁷⁷ Quando da aprovação da Reforma Capanema, em 1937, estes 3 institutos não faziam mais parte do corpo de texto da proposta, desta forma, pode-se afirmar que estes nunca chegaram a existir de fato.

previsão da ação supletiva da União e aplicação de recursos financeiros. Embora esta divisão não fosse nova, implicou numa forma de funcionamento distinta da utilizada até então. A atuação da União sobre os estados permaneceria indireta, mas esta diferenciação mais clara entre órgãos de execução e direção projetava mecanismos que permitiriam mais adiante uma influência mais direta do Governo Federal sobre os estados a partir dos órgãos de direção. Entre os órgãos diretivos, encontrava-se o Departamento Nacional de Saúde (DNS), que substituiria o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS). A estratégia consistia em transferir gradativamente os serviços de execução para os estados, permanecendo subordinados ao Executivo Federal as tarefas de fiscalizar, normatizar e supervisionar estes serviços. Este seria o molde das ações da União mais a frente, que consistia na centralização administrativa e descentralização executiva.⁷⁸

Outro ponto foi a proposta da criação das Conferências Nacionais de Saúde que seriam realizadas periodicamente de forma a promover a sistematização da ação supletiva de caráter federal. A primeira das Conferências, no entanto, após uma série de adiamentos, só foi realizada no ano de 1941, quando o Mesp já se encontrava organizado de forma diferente, como veremos a seguir.

O terceiro ponto trazia algo absolutamente novo em relação à organização administrativa do ministério: a criação das delegacias federais, que seriam classificadas como órgãos de cooperação. A inovação residia na intenção de dividir o país em cinco regiões distintas, cada uma destas possuindo uma delegacia que seria formada pelos antigos funcionários das inspetorias e sub-inspetorias dos portos⁷⁹.

O último ponto – esquecido em uma das reformulações futuras porque passou o projeto original – dava conta da mudança do nome do ministério, de Ministério da Educação e Saúde Pública para Ministério da Cultura Nacional, o que expressava o componente ideológico que cercou os serviços de promoção de saúde pública. A justificativa de Capanema, remete à discussão, anterior a este capítulo, sobre o projeto de formação do novo homem brasileiro que estava em curso, idealizada pelas autoridades federais: promover a saúde para que se formassem eficientes trabalhadores. De acordo com o ministro:

⁷⁸ *idem.*

⁷⁹ *ibidem.*

... Toda a finalidade do Ministério pode resumir-se numa palavra: cultura. Ou melhor: cultura nacional.

De fato, do emaranhado de conceitos que da cultura se têm dado, resalta sempre uma noção justa e clara, a saber: cultura é a valorização do homem. (...) Ora, é exactamente a esta valorização do ser humano que se propõe o Ministério. Elle visa melhorar o homem na sua saúde, nas suas qualidades moraes, nas suas aptidões intellectuais, para delle fazer um efficiente trabalhador. Por isto dizemos que o seu objectivo é a cultura. E, se accrescentamos que este objectivo é, mais propriamente a cultura nacional, é porque o homem, que se quer valorizar, se destina, acima de tudo, a viver para o serviço da nação. A nação foi sempre, e é sobretudo hoje em dia, a realidade viva, exigente, imperiosa, na qual o homem se integra de corpo e alma. Para Ella, o homem representa o mais precioso bem e o mais solido fundamento⁸⁰.”

Estas palavras dão-nos a exata noção do quanto a saúde foi parte integrante deste projeto político-ideológico do governo varguista de valorização do trabalho que é discutido por Ângela de Castro Gomes em um de seus trabalhos pioneiros sobre o governo Vargas⁸¹. Neste artigo a autora se debruça sobre o tema de forma a entender como, através do processo de atribuir ao trabalho e, ao trabalhador um novo simbolismo, baseado numa política utilizada largamente no século XIX tendo como

⁸⁰ CAPANEMA, Gustavo. Finalidade. *Plano de Reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública apresentado ao Poder Legislativo pelo Presidente da República*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1935. pp. 6-7.

⁸¹ GOMES, Ângela Maria de Castro. O Trabalhador Brasileiro. In: OLIVEIRA, Lucia; VELLOSO, Mônica; GOMES, Ângela M. de C. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro, ed. Zahar, 1982. pp. 151-166.

exemplo mais significativo a Alemanha de Bismarck, o Estado brasileiro pretendia resolver os conflitos existentes no país⁸². Como catalisadores destes conflitos estava a preocupação em formar um novo homem mais disciplinado e que servisse ao seu país, afastando a imagem do “malandro” como elemento representativo do país e enaltecido pelo povo.

A percepção que tenho deste processo difere em parte da análise que Gomes apresenta neste seu artigo específico. A autora compreende que a aplicação de regras que regulassem o mercado de trabalho e oferecessem “benefícios” – onde se incluía a preocupação com os estados físicos e mentais dos cidadãos – seria uma forma de garantir ao governo central seu poder de intervenção em todos os níveis da sociedade. Julgo que observar esse processo apenas como uma estratégia de repressão e restringir a análise a este único aspecto repressivo pode ser um tanto limitador. É certo que o governo Vargas tinha uma postura centralizadora e desta forma creditar a este a pretensão em exercer seu poder intervencionista em todos os âmbitos da vida social da nação não soaria um absurdo completo. Insisto apenas que, considerar, por exemplo, a prestação de saúde à população, como estratégia de controle pode soar como uma desvalorização da atuação governamental em produzir melhores condições a sua população. Assim como faço esta afirmação, tão pouco quero que minha análise seja restritiva. O trabalho de Gomes é importantíssimo para entender esta questão da construção do novo homem brasileiro enquanto projeto ideológico seguido pelo governo. Entretanto, cumpre nuançar a perspectiva que apenas enxerga sob a ótica exclusiva do controle o estabelecimento dos serviços sanitários, desconsiderando-se que o Mesp possuía como incumbência, justamente, a prestação de saúde aos indivíduos que estiveram excluídos do sistema e que, nem por isso, deixaram de ser vistos e encarados como parte do projeto de construção de uma nova imagem para o homem brasileiro. Apesar das proposições e empenho de Gustavo Capanema na reforma do Mesp apresentada em projeto em 1935, sua aprovação não foi realizada a tempo para que o mesmo fosse implementado no período legislativo de 1936. Assim este voltaria a ser

⁸². Ângela Maria de Castro Gomes possui inúmeros outros estudos que analisam as políticas trabalhistas na república brasileira, em especial as implementadas pelo Governo Vargas (Gomes, 1979; 1991; 1992; 1994; 1998; 2002). Mais recentemente sua produção intelectual vem investindo, dentre outros temas, sobre as políticas para a área da educação e saúde do governo Vargas empreendidas pelo ministro Gustavo Capanema (cf. Gomes, 2000; 2003).

discutido pelas comissões do Congresso Nacional, a pedido do próprio Capanema que pretendia alterar pontos da proposta inicial, as quais, segundo ele, haviam sido desfigurados na discussão inicial. O ministro, desta vez, participaria ativamente do processo de debate em torno dos substitutivos e emendas e influenciaria diretamente nos trâmites legais, o que resultou em protestos por parte de alguns parlamentares. Uma das questões mais relevantes apontada por ele, que devia ser revista de forma prioritária, dizia respeito à ação supletiva da União, na qual deveria ser atribuída maior participação do Governo Federal nos serviços sanitários antes planejados para serem transferidos para a administração do Distrito Federal e estados⁸³.

O substitutivo foi aprovado, assim como a grande maioria das emendas propostas por Gustavo Capanema. Além de mudanças quanto à organização interna do Mesp, é mister compreender que as alterações sugeridas pelo ministro tratavam de forma mais direta de assuntos como a interferência da União nos estados, o perfil e a abrangência da população-alvo a que se destinavam as políticas de saúde e a definição das atribuições de cada uma das diferentes esferas executivas. Tal definição de atribuições parecia importante frente ao quadro político instável que se apresentava diante da defesa da autonomia regional, aliada à necessidade do Governo Federal em garantir o apoio parlamentar. Dentro deste quadro é que foi sendo conformado o modelo de gestão que seria empregado pelo Mesp alguns meses antes do golpe de estado⁸⁴.

Em 13 de janeiro de 1937, foi promulgada a lei 378, que reorganizava a estrutura do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) que passava a ser denominado Ministério da Educação e Saúde (MES) (ver Anexo 3). Em relação ao primeiro projeto de 1935, além da diferenciação nominal, é perceptível também mudanças no organograma do ministério. A divisão principal consistiria em quatro grandes ramos que distinguiriam os órgãos relativos à administração, execução, cooperação e auxiliares⁸⁵.

Os órgãos de administração que estariam diretamente subordinados ao Gabinete do ministro, o qual continuaria a figurar como o órgão máximo dentro da estrutura planejada, seriam: a Diretoria de Pessoal; a Diretoria de Contabilidade; e os órgãos de

⁸³ FONSECA. *op cit.* pp. 140-144.

⁸⁴ *idem.*

⁸⁵ GAMA E SILVA. *op cit.* pp. 28-33.

administração especial, que seriam constituídos por dois departamentos: Educação e Saúde. Neste caso, refiro-me ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) que voltava a fazer parte da estrutura do ministério (com uma mudança na nomenclatura, assim como o próprio ministério em si) após ter seus serviços transferidos para o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS) em 1934. Junto a ambos os departamentos, funcionaria a Diretoria de Estatística de forma a fornecer dados que concorreriam para o aprimoramento dos serviços prestados.

Ao DNS estavam submetidas as divisões que teriam como função promover a cooperação da União com os serviços de caráter local (que já não fossem de responsabilidade federal) através de auxílio e subvenções, bem como fiscalizar o emprego dos recursos concedidos, a saber: Divisão de Saúde Pública, Divisão de Assistência Hospitalar, Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, e a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP)⁸⁶.

Comum aos dois departamentos existia ainda os órgãos complementares: a Comissão de Eficiência, que tinha como função estudar e propor medidas que visassem o melhor funcionamento burocrático; o Serviço Jurídico, incumbido de toda e qualquer matéria de natureza legal; a Biblioteca que seria responsável pela classificação, guarda e conservação de livros e impressos necessários aos trabalhos secretariais; o Serviço de Comunicações que seria o responsável pela publicidade dos atos governamentais; e, por fim, a Portaria que responderia pela segurança, conservação e limpeza das dependências destinadas aos órgãos de administração geral.

No que concerne aos órgãos de execução, estes estavam postos da seguinte forma: Serviços Relativos à Educação; os Serviços Intermediários; e os Serviços Relativos à Saúde⁸⁷. Os Serviços Intermediários constituiriam as Delegacias Federais de Educação e Saúde que estavam a eles subordinados e tinha como objetivo permitir à União se fazer presente em todas as regiões do país. Diferentemente do projeto de reforma do Mesp de 1935, ao invés de cinco regiões, foram estabelecidas oito regiões administrativas cada uma com sua respectiva delegacia alocada em um dos estados⁸⁸:

⁸⁶ GAMA E SILVA. *op cit.* pp. 36-40.

⁸⁷ *idem.*

⁸⁸ . O estado-sede das delegacias das respectivas regiões encontra-se apresentado em negrito.

- 1ª região: **Distrito Federal** e Estado do Rio de Janeiro;
- 2ª região: Amazonas, **Pará** e Território do Acre;
- 3ª região: Maranhão, Piauí e **Ceará**;
- 4ª região: Rio Grande do Norte, Paraíba, **Pernambuco** e Alagoas;
- 5ª região: Sergipe, **Bahia** e Espírito Santo;
- 6ª região: **São Paulo** e Mato Grosso;
- 7ª região: Paraná, Santa Catarina e **Rio Grande do Sul**;
- 8ª região: **Minas Gerais** e Goiás;

Quanto aos Serviços Relativos à Saúde é importante que se atente para o fato de que sua grande maioria limitava-se à atuação no Distrito Federal, uma vez que, a princípio, a União se responsabilizava pela execução direta somente na capital, dependendo os outros estados do estabelecimento de acordos. Essa situação se alteraria nos anos seguintes, devido à mudança no panorama político brasileiro, e resultaria em uma nova organização do MES no ano de 1941. Entretanto, quando da aprovação da Reforma Capanema, os serviços da alçada do ministério de alcance nacional à época seriam somente: o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, o Serviço de Saúde dos Portos e o Serviço Anti-Venéreo das Fronteiras⁸⁹.

Outro serviço de fundamental importância dentro das pretensões governamentais da época dizia respeito ao estabelecimento do Serviço de Bioestatística que curiosamente, contudo, não recebera a pecha de nacional, antes sendo apresentado um ante-projeto em que se aconselhava aos estados que o aprovassem em suas fileiras. O texto procurava organizar a forma como os estados recolheriam as informações, que órgãos seriam responsáveis por este recolhimento além das infrações cabíveis quando da deficiência de fornecimento destes dados por parte das unidades federativas. Pode-se pensar que esta iniciativa tinha como objetivo aproveitar-se das delegacias federais como órgãos fiscalizadores neste caso específico, o que estava em harmonia com a orientação que guiava a política de saúde do governo Vargas. Outra possibilidade é que

⁸⁹ *ibidem*.

o Governo Federal estava passando aos estados os custos na captação dos dados estatísticos que seriam de suma importância para o estabelecimento da direção que tomaria a promoção das iniciativas sanitárias.

O regulamento do MES criaria os serviços a serem realizados no Distrito Federal, determinando ainda os estabelecimentos que a eles estariam subordinados: o Serviço de Águas e Esgotos, o Serviço de Puericultura, o Serviço de Saúde Pública e o Serviço de Assistência a Psicopatas. Este último aparecia composto das seguintes instituições: Hospital Psiquiátrico (antigo Hospital Nacional de Alienados), Instituto de Neuro-Sífilis, Colônia Gustavo Riedel, Manicômio Judiciário e Colônia Juliano Moreira.

Dirigido por Waldemiro Pires⁹⁰, até o ano de 1936, o SAP começou a experimentar uma série de mudanças em sua estrutura e instituições que refletiriam o cenário de mudanças pelo qual a área passaria nos anos vindouros. O biênio 1938-1939 presenciaria um esforço grande por parte do SAP em reformular de forma drástica a maior instituição de sua responsabilidade – o Hospital Psiquiátrico – que segundo palavras do próprio diretor, por opinião unânime dos envolvidos com a questão psiquiátrica no período, seria o “‘depósito’ de psicopatas da Capital da República⁹¹”, devido às péssimas condições de conforto e higiene do edifício, a esta época já quase centenário.

A solução encontrada então pela administração do SAP fora o gradual deslocamento de pacientes do Hospital Psiquiátrico para suas outras unidades na medida em que reformas foram sendo realizadas dentro destas instituições. O projeto de reformulação da Colônia Gustavo Riedel, por exemplo, observava a construção de um espaço para 350 pensionistas, além do Manicômio Judiciário provido de 100 leitos, do Instituto de Neuro-Sífilis com outros 100 leitos, do Serviço de Neuro-Psiquiatria Infantil destinado a receber 180 pacientes e a construção do novo Hospital Psiquiátrico que teria capacidade de receber 400 enfermos. Estas obras não seriam concluídas dentro

⁹⁰ Waldemiro Pires, posteriormente, seria também o diretor da Divisão de Assistência a Psicopatas, órgão de abrangência nacional.

⁹¹ BARRETO, João de Barros. Serviços Federais de Saúde – Assistência a Psicopatas. **In:** *Arquivos de Higiene*. fevereiro de 1938, ano 8, no. 1. pp. 172-175.

do período de existência do SAP o que acarretou um sem número de problemas em ambas as instituições, envolvidas então com a superlotação e com o atraso nas obras⁹².

A Colônia Juliano Moreira foi outra instituição psiquiátrica que passara no período por uma série de intervenções por parte do SAP como a criação de dois núcleos, com lotação aproximada de 650 leitos e outro núcleo de arquitetura pavilhonar destinado a abrigar os doentes calmos em uma galeria e os agitados em outra, totalizando 640 leitos; sem contar os projetos que estavam em fase inicial de construção: o bloco médico-cirúrgico com 180 leitos, dos ambulatórios e instalações fisioterápicas que, ao fim de todo este esforço, dariam à instituição a lotação final de aproximadamente 3000 leitos.

Os relatórios do Serviço Nacional de Doenças Mentais, respectivos aos anos seguintes, todavia, não comprovaram a realização das mudanças pretendidas, ao menos não da forma como foram apresentadas inicialmente enquanto projetos do órgão governamental. Assim como no caso da Colônia Gustavo Riedel e do Hospital Psiquiátrico, a falta de recursos atrasou a plena realização dos trabalhos na Colônia Juliano Moreira, ainda que se perceba que os investimentos realizados nesta instituição tenham sido de ordem respeitavelmente maior que nas outras duas instituições mencionadas, indicando, talvez, a posição de protagonismo que esta assumiria nos anos que estavam por vir, após a reforma dos serviços de saúde que seria proposta pelo, então, diretor do DNS, João de Barros Barreto, em 1941.

Diante do quadro de dificuldades, Waldemiro Pires (até 1936) e posteriormente, Aduino Botelho que assumiria a direção do SAP no ano de 1938, apresentavam em seus relatórios alguns pontos que consideravam de fundamental importância para o desfogo das instituições psiquiátricas coordenadas pelo SAP: o desenvolvimento dos serviços de assistência nos estados vizinhos de forma a descongestionar os estabelecimentos do Distrito Federal, a implantação de normas mais claras, observadas no decreto 24.559, de 3 de Julho de 1934, quanto ao exame neuro-mental a que seriam submetidos os imigrantes e naturalizados e, por fim, o cuidado no desenvolvimento dos serviços de profilaxia e higiene mental, preocupação tão cara aos psiquiatras de então.

⁹² *idem*.

Finalizando a apresentação do organograma relativo ao MES, quando da aprovação do projeto de reforma de 1937, ainda existiam os órgãos de cooperação que seriam os Conselhos Nacionais, de Educação e Saúde, com a função de estudar e propor medidas para as respectivas áreas; e enfim, os órgãos auxiliares que eram constituídos pelos seguintes serviços: Obras, Transportes e Gráfico⁹³.

Além da reorganização institucional do MES, as ações federais nesta área da educação e saúde também passaram a privilegiar o treinamento e aperfeiçoamento de seus quadros profissionais com a promoção de cursos vinculados ao DNS – de acordo com o que vinha sendo pensado à época da reforma de 1934. Essa política levaria ao gradativo fortalecimento de uma classe de sanitaristas que teriam sua profissão regularizada em poucos anos, uma reivindicação antiga destes. Entre os programas de formação destes médicos encontrava-se uma especialização psiquiátrica que era então matéria eletiva no currículo de formação dos sanitaristas. A mudança na estrutura do MES em 1941, com a criação dos serviços nacionais, inclusive o de doenças mentais, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), alteraria esse quadro ao instituir um curso específico para a formação de psiquiatras.

O que se observava, contudo, é que o regime autoritário do Estado Novo começou a transfigurar de alguma forma os serviços relativos à área da saúde. A balança que equilibrava as relações entre União de um lado, e estados e municípios do outro, começava a pender para o primeiro lado, trazendo como consequência a nacionalização dos serviços de saúde, em consonância com o modelo administrativo pensado pelo governo: a ele caberia o papel de organizador e fiscalizador das políticas, enquanto aos executivos regionais caberia a execução.

De olho no crescente controle dos serviços sanitários, realizado pelo nível federal administrativo, o DNS iniciou uma série de inquéritos sobre diversos problemas de saúde em todo o Brasil, aproveitando-se da estrutura das Delegacias Federais de Saúde. Entre os inúmeros inquéritos que foram realizados⁹⁴, incluiu-se um sobre as condições da assistência psiquiátrica em âmbito nacional iniciado em 1937, sob a

⁹³ *ibidem*.

⁹⁴ Inquéritos realizados pelo DNS, a partir da estrutura existente das delegacias federais de saúde: sobre a peste no Nordeste; sobre endemias rurais (boubá, filariose, esquistossomose e leishmaniose); sobre a alimentação do povo brasileiro; sobre as habitações rurais; e, por fim, sobre as organizações sanitárias estaduais. Sobre estes inquéritos, ver: BARRETO, João de Barros. Serviços Federais de Saúde – Assistência a Psicopatas. **In:** *Arquivos de Higiene*, ano 8, fevereiro 1938, no. 1. pp. 88-92.

supervisão do DAP. O inquérito psiquiátrico tinha como objetivo o levantamento das condições referentes à situação de todos os estados integrantes da República no que concernia à capacidade de cada um destes em prestar serviços psiquiátricos a sua respectiva população.

O questionário enviado aos estados para obtenção das respostas pretendidas sobre a questão psiquiátrica era composto de 15 perguntas que pretendiam interar-se de uma gama significativa de assuntos fundamentais à organização e futura padronização destes serviços em caráter nacional, tais como: o número de instituições, a forma de admissão, causas mais freqüentes de psicopatias como forma de estabelecer as diferenciações regionais e a que esfera governamental respondia a administração destes hospitais⁹⁵.

A partir deste questionário chegou-se a conclusão de que alguns destes estabelecimentos que foram construídos ainda no século XIX não possuíam a infraestrutura necessária para atender de forma satisfatória aos pacientes. Em sua maioria estavam ligados à administração sanitária estadual e ainda aos serviços de segurança pública destes estados, o que contrariava de forma determinante a regulamentação de 1934 sobre a matéria. Percebeu-se ainda que devido a esta falta de serviços locais diretamente ligados ao assunto, a prestação de assistência era extremamente deficiente e que era preciso, por sua vez, que se fizessem investimentos na área de enfermagem especializada.

Desta forma, o resultado deste inquérito, onde foram apresentados estatísticas e pareceres que informavam o número de enfermos e a possibilidade de funcionamento das principais instituições de tratamento psiquiátrico relativa a cada unidade da federação, terminou por estabelecer uma classificação quanto ao grau de assistência prestada e ainda, a criação do documento intitulado “Plano Hospitalar Psiquiátrico – sugestões para a ação supletiva da União”⁹⁶, sem autor ou datação, tendo como destinatário o Ministro da Educação e Saúde, então Gustavo Capanema. Em suas páginas encontra-se o timbre do Departamento Nacional de Saúde acompanhado da

⁹⁵ *idem*. O inquérito será reproduzido na íntegra, ver Anexo de nº. 5.

⁹⁶ Plano Hospitalar Psiquiátrico – sugestões para a ação supletiva da União. Arquivo Gustavo Capanema. GCh 34.08.03 / II-14. CPDOC / FGV.

sigla do Ministério da Educação e Saúde o que atribui a esta fonte o caráter de oficialidade.

Quanto a sua composição, o documento estava dividido em 4 partes distintas. A Introdução discute a questão das psicopatias, aproximando estas das doenças corporais, assim chamadas, e um breve histórico de como esta situação foi tratada no país até aquele momento, como forma de justificar a proposição do Plano. A “Súmula do estado atual da assistência psiquiátrica oficial nos vários estados do Brasil” apresentava cada estado individualmente, suas principais instituições psiquiátricas e a forma como a assistência era prestada nestas localidades. Em seguida encontrava-se a forma como estes estados foram classificados a partir desta apreciação; e por fim, o “Plano Hospitalar” em si e suas diretrizes.

O Plano Hospitalar Psiquiátrico que toma como ponto de partida, o inquérito que se iniciara em 1937, apresentava as estatísticas por estes produzidas, bem como pareceres a respeito do número de enfermos e da possibilidade de funcionamento das principais instituições de tratamento psiquiátrico de cada unidade da federação, estabelecendo-se uma classificação quanto ao grau de assistência prestada. O documento produzia assim um ranqueamento dos estados da federação e entre parênteses as principais instituições psiquiátricas de cada estado à época, segundo informações coletadas a partir de fontes secundárias:

“ a) Classificação dos estados quanto ao grau de assistência psiquiátrica prestada:

I – Estados que não assistiam aos seus psicopatas: Sergipe, Goiás e Território do Acre⁹⁷.

II – Estados onde a assistência era rudimentar, não diferenciada, não havia tratamento especializado: Mato Grosso (enfermaria do Hospital da Misericórdia – 1905);

⁹⁷ Não possuíam instituições psiquiátricas até a implantação do Plano Hospitalar.

Espírito Santo (Asilo Deus, Cristo e Caridade – 1905-1941⁹⁸); e Piauí (Hospital Psiquiátrico Areolino Abreu⁹⁹).

III – Estados onde a assistência era bastante deficiente, apesar de já existir certa orientação quanto ao tratamento: Amazonas (Hospital Eduardo Ribeiro – 1894); Maranhão (enfermaria da Santa Casa de Misericórdia [Pavilhão da Lira] – 1800-1830¹⁰⁰); Ceará (Asilo de Alienados de São Vicente de Paulo – 1886); Rio Grande do Norte (Asilo de Alienados [Lazareto da Piedade] – 1911); Alagoas (Asilo Santa Leopoldina – 1891); e Santa Catarina (Asilo de Alienados Oscar Schneider e Hospício de Azambuja¹⁰¹).

IV – Estados onde a assistência era especializada, porém defeituosa e reduzida: Paraíba (Hospital-Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford Beers – 1928); Pará (Hospício de Alienados Mario da Légua – 1892); Bahia (Hospício Juliano Moreira – 1874); e Rio de Janeiro (Hospital Psiquiátrico de Niterói – 1895 / Hospital-Colônia de Vargem Alegre – 1904 / Manicômio Judiciário – 1921 / Hospital-Colônia Juliano Moreira – 1923).

⁹⁸ A datação é imprecisa, conforme MEDEIROS, Tácito Augusto. *Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Instituto Psiquiátrico UFRJ, 1977; RESENDE, Heitor. *Política de Saúde Mental no Brasil*. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson Rosário (org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1987.

⁹⁹ *idem*.

¹⁰⁰ *ibidem*.

¹⁰¹ Ambas as instituições não se encontram no histórico construído por mim para este trabalho, a partir das informações contidas em MEDEIROS. *op. cit.*; TUNDIS & COSTA. *op. cit.*

V – Estados onde a assistência utilizava métodos atualizados e realizavam a prevenção e serviços sociais: Paraná (Hospício Nossa Senhora da Luz – 1903); Rio Grande do Sul (Hospital São Pedro – 1884); Pernambuco (Hospício da Tamarineira – 1883 / Hospital-Colônia Barreiros – 1931); Minas Gerais (Hospital-Colônia Barbacena – 1903 / Instituto Raul Soares – 1922 / Colônia de Oliveira – 1927 / Manicômio Judiciário – 1929); e São Paulo (Hospício do Juquery – 1898 / Manicômio Judiciário – 1933).”

A partir desta classificação a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) procurou estabelecer uma orientação uniforme para os estados a fim de que ocorresse a implantação do Plano Hospitalar Psiquiátrico. Como explicitado no texto de apresentação do próprio Plano, em um primeiro momento a atuação do DAP teria se limitado ao auxílio meramente técnico, como a orientação das plantas prediais e feitura de projetos de regulamentação para os serviços psiquiátricos locais. Percebe-se neste período o claro incentivo para a construção de hospitais-colônias, considerados mais eficientes e menos dispendiosos.

O texto de apresentação do Plano – formulado ainda pelo DAP, mas posto em prática apenas quando da criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), em 1941 – foi baseada em três pontos principais: a reforma da legislação federal em vigor, o aprestamento do DAP e a instituição da ação financeira supletiva, tanto para as construções quanto para a manutenção dos serviços assistenciais criados nos estados.

O primeiro ponto, que já tratava da criação do SNDM, tinha como objetivo dar nova regulamentação as relações entre a União e os estados a partir do estabelecimento de um estatuto legal que clarificasse o papel das partes no novo arranjo que se pensava para a assistência psiquiátrica no país. Bem verdade é que os três pontos poderiam ser condensados neste, posto que a preocupação com a legislação visava clarificar as obrigações referentes às diferentes partes – governo federal e governos locais – quando da implantação do Plano Hospitalar, como se observa no próprio texto do documento:

“Quem empresta, dá, ou auxilia, impõe condições a serem observadas; toda colaboração é um contrato – explícito ou implícito – entre as partes; quem recebe deve arcar com as obrigações, e quem empresta ou auxilia, tem o direito e a obrigação de zelar pelo bom emprego do que foi dado ou emprestado...Ora, sem um Estatuto Legal que regule a matéria e esteja acorde às exigências da moderna assistência psiquiátrica, não se poderá chegar ao bom aproveitamento do auxílio, nem à fiscalização indireta de seu emprego¹⁰².”

O Plano estava assim em perfeita comunhão com a orientação federal para a área da saúde que pretendia a centralização administrativa nas mãos do governo central e a descentralização executiva que seria responsabilidade dos governos estaduais e municipais.

Nesta direção, objetivava-se a divisão do país em regiões federais de saúde que seriam responsabilidade de cinco psiquiatras, embora o Plano não esclareça quais seriam estas regiões e se obedeciam à mesma divisão empregada para os serviços sanitários.

Contudo, como se observará mais a frente nesta dissertação, o número de regiões sofreria alterações e estas seriam comuns às propostas para os serviços sanitários, demonstrando a inserção real da psiquiatria dentro do sistema de saúde pensado pela União.

Além disso, o Plano incluía a proposta de realização anual de um curso de formação psiquiátrica, de responsabilidade do DAP, de forma a capacitar os responsáveis pela gerência das instituições hospitalares psiquiátricas, como mencionado

¹⁰² Plano Hospitalar Psiquiátrico – sugestões para a ação supletiva da União. Arquivo Gustavo Capanema. GCh 34.08.03 / II-14. CPDOC / FGV.

anteriormente. Esta idéia foi posta em prática de forma efetiva nos anos que se seguiram, diferentemente do próprio Plano em si que sofreria alterações significativas.

Quanto ao auxílio supletivo financeiro que seria prestado pela União o que se apresenta no Plano é a intenção de que fosse aprovada a verba de 8 mil contos de réis para o exercício do triênio 1941-1943, importância que seria advinda da taxaço do álcool potável, na importância de 100 réis por litro negociado ficando por responsabilidade das Coletorias, Recebedorias e Alfândega o recolhimento deste imposto que constituiria o Fundo Especial de Assistência.

No próximo capítulo discutiremos como, então, o Plano Hospitalar Psiquiátrico foi posto em prática com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), em 1941, o qual seria parte de mais uma reformulação do Ministério da Educação e Saúde, realizado a partir da proposta de Barros Barreto, diretor do DNS. Se desde a organização do Ministério em 1937, o projeto de nacionalização dos serviços sanitários vinha sendo posto em prática – incluindo-se aí o fim do convênio entre a Fundação Rockefeller e o governo federal passando à responsabilidade deste o combate direto as epidemias rurais específicas – o mesmo se consolidaria em 1941. O MES alcançaria então em sua plenitude o modelo desejado desde a sua criação, ainda como Mesp, com sua nova organização pautada pelo combate a doenças específicas, a partir de um modelo normatizado de ação, dentro de uma estrutura verticalizada.

Neste novo modelo de ação – onde se incluem as iniciativas do SNDM – procurarei demonstrar como no plano da política geral de saúde, a I Conferência Nacional de Saúde foi de suma importância para o sucesso do próprio modelo. No plano da política assistencial psiquiátrica, analisarei o caso específico de uma instituição que teve papel de destaque para os intentos do DNS e, conseqüentemente, do SNDM: a Colônia Juliano Moreira.

CAPÍTULO 3

O SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS E UMA DE SUAS INSTITUIÇÕES: O CASO DA COLÔNIA JULIANO MOREIRA

O regime ditatorial implantado no Brasil com o estabelecimento do Estado Novo trouxe uma série de mudanças no cotidiano político e social do país. As relações entre o Governo Federal, governos estaduais e população conformaram-se dentro de um novo arranjo que resultou em reflexos em praticamente todas as áreas. A este trabalho, o que realmente importa é como essa realidade diferenciada determinou novos rumos no que concerne à organização e à promoção dos serviços sanitários nacionais.

Como já tratado no desenvolvimento desta dissertação, a forma como a questão da saúde fora abordada nos períodos anteriores a este supracitado dependeram sempre dos interesses locais. Do período monárquico até os anos 20 do século XX foram de inteira responsabilidade, sendo realizados da maneira que melhor conviesse aos grupos políticos dominantes ou que lhes permitia sua condição financeira. Após esse período, especialmente na vigência do Governo Provisório, as ações na área da saúde foram fruto do delicado equilíbrio resultante dos malabarismos realizados pela União para pôr em prática seus intentos sem ferir as susceptibilidades locais, uma vez que o poder central dependia da aprovação dos representantes estaduais para pôr a termo suas propostas.

O advento do Estado Novo, no entanto, transfigurou este cenário. Os seguidos fechamentos do Congresso Nacional e, por conseguinte, a significativa redução na capacidade de negociação dos poderes estaduais acabou resultando na possibilidade do Governo Federal de determinar os rumos que seriam tomados e seguidos no que se referia a área da saúde pública. Estabelecia-se, enfim, o cenário idealizado pelo governo Vargas, neste caso mais específico, pelo ministro da educação e saúde, Gustavo Capanema que intencionava há algum tempo transformar a União, na figura do

Ministério da Educação e Saúde, em órgão proponente e fiscalizador das políticas sanitárias, transferindo para os serviços locais a execução das diretrizes impostas por estas políticas federais.

Esta orientação que vinha sendo posta em prática e se intensificando desde a última reformulação do Ministério da Saúde e Educação (antigo Ministério da Educação e Saúde Pública – Mesp) atingiria seu ápice com a reorganização de 1941, que se convencionou chamar Reforma Barros Barreto, tendo esse nome porque fora proposta por João de Barros Barreto, então diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e figura de destaque ímpar dentro da estrutura governamental sanitária. O objetivo da Reforma era focar nas doenças que eram consideradas os principais problemas de saúde pública no país e estabelecer órgãos voltados diretamente para o combate destes alvos, como a malária, a lepra, e a tuberculose, para ficar em alguns dos exemplos principais. O resultado deste plano foi a criação dos Serviços Nacionais que possuíam como tarefa o estudo e preparo para o implemento destas políticas em todo território nacional.

Os Serviços Nacionais (SNs), em número de treze, possuíam poderes plenos no que concernia à formulação destas políticas e sua execução passava a ser responsabilidade dos serviços estaduais que estavam subordinados diretamente aos órgãos federais, como tentáculos que se espalhavam por todo o país, cumprindo assim uma das metas que orientara o Governo Vargas de levar a todos os cantos do território nacional a influência federal, em detrimento dos interesses oligárquicos locais, tendo a saúde pública servido sempre como uma das ferramentas desta estratégia. A orientação dada por estes SNs seria o resultado dos planos nacionais, formulados a partir das informações recolhidas pelos inquéritos que vinham sendo realizados desde a década anterior e determinariam que rumo as ações referentes deveriam seguir¹⁰³.

Entre os Serviços Nacionais, o destaque óbvio para este trabalho, encontrava-se o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) tratando de confirmar que a matéria era encarada definitivamente como um dos principais problemas a serem combatidos pelas fileiras sanitárias federais. Retificava-se a tendência que se apresentara desde

¹⁰³ FONSECA. *op cit.* pp. 210-211..

meados da década anterior que alinhavara a doença mental as outras enfermidades físicas e que, portanto, merecia atenção por parte do MES em todo o território nacional.

Este capítulo, assim, tem como intento discutir de que forma se deu esta nova reforma na estrutura organizacional do Ministério da Saúde e Educação, apresentando as principais alterações ocorridas dentro do organograma ministerial. Pretendo também investigar mais a fundo como essa nova organização transformou as relações entre União e estados e o que isto veio a acarretar na promoção das políticas de saúde pública dentro do período, ressaltando-se que o foco recairá sobre como a questão foi direcionada a área psiquiátrica.

Procurarei também estudar de que forma os planos nacionais foram formulados ao procurar observar a realização da I Conferência Nacional de Saúde, também no ano de 1941, e que possuía o propósito de discutir com representantes de todos os estados e territórios nacionais a situação sanitária do país e estabelecer os planos de combate às doenças sobre bases sólidas. Quanto a este evento, não deixarei de discutir como a psiquiatria, apesar de não constar como assunto na pauta inicial, foi tratada pelos representantes e pelo seu mediador, o próprio Capanema. Conseqüentemente, investigarei de que forma foi posto em prática o Plano Nacional Hospitalar Psiquiátrico, apresentado no capítulo anterior, e que sofrera alterações advindas da realidade que se apresentara à época de sua implementação.

Por fim, para entender e exemplificar de forma mais específica a atuação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), procurarei também focar minha análise no caso da Colônia Juliano Moreira, uma das principais instituições psiquiátricas da época. Sua história será remontada desde os primeiros anos de sua criação até as transformações ocorridas, fruto dos seguidos investimentos na infra-estrutura local, do aumento significativo do número de internos e das mudanças de direção dentro do SNDM que terminaram por alterar a orientação assistencial deste hospital psiquiátrico.

3.1- A Reforma de 1941: a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais

A reforma ocorrida no ano de 1941 possui peculiaridades em relação às realizadas em ocasiões anteriores, porque antes de ser considerada uma reforma na estrutura ministerial foi formulada diretamente como uma reestruturação do Departamento Nacional de Saúde (DNS). A esta época, por razão da necessidade de racionalizar o processo de nacionalização dos serviços sanitários, este departamento fora “alçado” a uma posição de destaque dentro da estrutura governamental. A seguir, algumas das justificativas utilizadas pelo ministro Capanema para o cumprimento de tal intento em mensagem oficial ao Presidente da República:

“(...) Tenho a honra de apresentar a V. Excia. um projeto de decreto-lei dispondo sobre a organização do Departamento Nacional de Saúde.

Não se trata de fixar rumos diferentes ou contrários aos da reforma proposta a V. Excia. em 1935 e consubstanciada na lei n. 378 de 13 de janeiro de 1937. Procura-se antes, no terreno da administração da saúde, conservar as bases daquela reforma, dando, porém, ao sistema dos órgãos administrativos relativos ao problema, a configuração e o ordenamento que a experiência tem apontado como mais adequados.

Dois são os princípios que inspiraram a reorganização ora proposta.

Em primeiro lugar, o princípio da maior coordenação. Segundo o sistema vigente, o DNS pertence ao grupo dos órgãos de direção, e os serviços destinados à realização das atividades concernentes à saúde, ao grupo dos órgãos de execução. Entre o primeiro e os segundos pode haver ou deixar de haver articulação segura e

permanente. O projeto introduz no conjunto desses órgãos mais forte coesão. Define e estrutura o DNS em termos de maior coordenação, conferindo-lhe o caráter de um sistema único de repartições e de atividades. Fora é de dúvida que esta regra de unidade representa um passo a mais no sentido da eficiência administrativa.

Em segundo lugar, o princípio da maior atuação. Nos primeiros anos de sua existência, por insuficiência de recursos ou de processos, não pode o Ministério da Educação e Saúde operar em matéria de saúde, no plano nacional. Os seus serviços estavam quase todos limitados ao Distrito Federal, sendo de pequena projeção os esforços porventura empregados nas outras unidades federativas. A reforma proposta em 1935 buscou, a este respeito, nacionalizar o Ministério, mercê da firme decisão assentada por V. Excia. no sentido de ampliar a atuação federal, quanto aos problemas de saúde, de modo que ela deixasse de considerar preferentemente o Distrito Federal para abranger, de maneira sistemática, todo o território nacional. Foram tomadas iniciativas e providências, notadamente a partir da vigência do regime de 10 de novembro, destinadas, por um lado, a transferir à administração municipal da Capital da República os encargos de natureza local e, por outro lado, a instituir e desenvolver serviços que fossem alcançar os mais distantes pontos do país. São sobretudo dignos de nota os esforços empreendidos em matéria de organização sanitária e de combate às grandes endemias (a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a malária e a peste). O projeto ora proposto procura assentar as bases de solidificação dos trabalhos desenvolvidos, dando ao DNS um sistema de órgãos adequados não só a manter

mas ainda a desenvolver os empreendimentos de caráter nacional iniciados.

Representa, como se vê, o projeto de decreto-lei menos um traçado de perspectivas novas, menos uma promessa de novas realizações do que uma consolidação da experiência já realizada e uma sistematização dos esforços já empreendidos. (...) ¹⁰⁴”

A mensagem demonstra claramente que apesar de direcionadas ao DNS, as alterações terminavam por abarcar toda a forma de organização em que esteve baseada a estrutura ministerial que segmentava sua atuação em diferentes camadas que distinguiam os órgãos em de execução e administração. O texto acima transcrito parece dar uma demonstração explícita de que o organograma do MES em 1937 demonstrava problemas na proposta de funcionamento deste órgão governamental, o que ocasionou a proposição de mudança de sua direção.

No que se refere à distinção entre os níveis executivo e administrativo, a reformulação do DNS sugere que ao invés de uma série de órgãos administrativos desconexos, caberia então ao Departamento Nacional de Saúde o controle exclusivo e direto sobre a fiscalização da promoção de políticas sanitárias no país, devendo este órgão responder diretamente ao MES sobre consultas referentes à matéria em questão.

Essa centralização administrativa sobre os assuntos concernentes à saúde pública nacional sob as ordens do DNS seguia também uma tendência do período. A situação política do país, que vivia o regime ditatorial estadonovista, permitia ao Governo Federal, que sempre demonstrou inclinações centralizadoras, a concentrar em um único órgão todos os poderes sobre matéria que sempre fora motivo de intensos debates; mesmo quando no Brasil ainda vigorava a democracia, e o Congresso Nacional abrigava os diferentes grupos regionais e seus interesses e o governo central era obrigado a contemplar a estes como forma de manter a governabilidade.

¹⁰⁴ Apresentação da Proposta de Reorganização do DNS ao Presidente Vargas. Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 35.02.19. CPDOC / FGV. *apud* FONSECA. *op cit.* pp. 209-210.

O próprio Capanema esteve envolvido no projeto de reforma supracitado, com os seguidos regimentos internos dos SNs formulados quando da aprovação do projeto, e contou com a colaboração estreita João de Barros Barreto. À época, Barros Barreto tinha sido reconduzido à direção do DNS, o que demonstrava a posição de destaque que este assumiria como condutor das mudanças sobre as novas direções que deveriam seguir as políticas de saúde pública e sobre como estas deveriam inserir-se no novo programa administrativo pensado para os serviços públicos¹⁰⁵.

Barros Barreto se formou em 1912 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e fez o curso de aperfeiçoamento no Instituto Oswaldo Cruz no ano de 1918, antes de seguir para uma temporada americana na *John Hopkins School of Hygiene and Health*, em Baltimore e na *Harvard School of Public Health*, em Boston, entre os anos de 1924-1925. Tornou-se uma das figuras proeminentes do sanitarismo brasileiro sendo o responsável pela direção de órgãos importantes da estrutura organizacional da área em momentos distintos, como o Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, por exemplo. Quando da reintegração do DNS ao organograma do MES, em 1937, este assumiu sua direção, deixando-a em 1939 e retornando, justamente, no ano de 1941, para gerenciar as reformas a que este órgão foi submetido. Permaneceu no cargo até o fim do primeiro Governo Vargas, em 1945¹⁰⁶.

No que diz respeito ao projeto de reorganização do DNS, de 1941, este foi sancionado em tempo recorde, apenas um mês depois de apresentado, o que não deixa de ser um indicativo da forma como vinha sendo conduzida a vida política brasileira, principalmente se comparado com a reforma anterior proposta por Capanema em 1935 que levou quase dois anos para ser aprovada dentro daquele contexto de efervescência parlamentar¹⁰⁷.

Em 2 de Abril de 1941, o decreto-lei 3171 dava então nova organização para o Departamento Nacional de Saúde (ver Anexo 4), atribuindo a este a incumbência de:

¹⁰⁵ FONSECA. *op cit.* pp. 210-211.

¹⁰⁶ Sobre João de Barros Barreto ver: FONSECA. *op cit.*; HOCHMAN, Gilberto. Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945). In: *Educar*. Curitiba, no. 25. Ed. UFPR. 2005.

¹⁰⁷ FONSECA. *op cit.* pp. 210-211.

- (...) a) promover a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre as condições da saúde, sobre as questões de saneamento e higiene, e bem assim sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento;*
- b) superintender a administração dos serviços federais dados à realização das atividades mencionadas na alínea anterior, e ainda das que tenham por objetivo promover, de qualquer maneira, medidas de conservação e melhoria da saúde, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças;*
- c) estabelecer a coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem à realização de quaisquer atividades concernentes ao problema de saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assistí-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades, e controlar a aplicação dos recursos concedidos;*
- d) organizar cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários. (...)*

Sendo aprovado sem substitutivos, o primeiro artigo já demonstra que o projeto de centralização administrativa, que vinha sendo buscado pela União desde o início dos anos 30, quando de sua emergência ainda como governo provisório (e pelos sanitaristas já desde a década de 1920), atingia sua plenitude neste momento. As referências diretas à intervenção federal na organização das atividades estaduais e municipais, que

deveriam atuar, então, sob orientação direta do DNS são representativos dos novos tempos que grassavam na administração pública sanitária. Importante ressaltar, também, a preocupação não apenas em imputar às repartições locais a forma de coordenação de seus serviços, mas a necessidade do poder central em dominar todas as informações e dados referentes às atividades de saúde pública em todo território nacional, como forma de monopolizar o planejamento, controle, supervisão e estabelecimento de resultados relacionados à questão no país.

Por fim, este primeiro artigo do decreto-lei demonstra a preocupação com a formação e o aperfeiçoamento dos quadros subordinados ao Departamento Nacional de Saúde. Os cursos promovidos periodicamente pelo DNS eram usualmente lecionados pelos principais nomes da área médica brasileira e abordavam assuntos direcionados como a área da organização hospitalar, o tratamento sobre o sistema de águas e esgotos e o combate às endemias rurais. Sobre o curso específico para formação de psiquiatras, mencionado anteriormente nesta dissertação, destacamos novamente as inclinações de caráter eugênico de seu conteúdo presentes no meio psiquiátrico nos anos de 1940¹⁰⁸, a partir da promoção do principal órgão da estrutura da área da saúde pública no Brasil. Assim, é possível observar que a eugenia ainda encontrava eco nas hostes principais da classe médica do país, como também poderá ser observado ainda mais a frente, quando procurarei tratar sobre a realização da I Conferência Nacional de Saúde.

Após a aprovação desta sua reforma o Departamento Nacional de Saúde ganhava a seguinte constituição: Serviço de Administração; Instituto Oswaldo Cruz (IOC); Divisão de Organização Hospitalar (DOH); Divisão de Organização Sanitária (DOS); as delegacias federais de saúde; e, por fim, os SNs, em número de treze, sendo estes – o Serviço de Saúde dos Portos, o Serviço Federal de Águas e Esgotos, o Serviço Federal de Bioestatística, o Serviço Nacional do Câncer, o Serviço Nacional de Educação Sanitária, o Serviço Nacional de Febre Amarela, o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, o Serviço Nacional de Lepra, o Serviço Nacional de Malária,

¹⁰⁸ BARRETO, João de Barros. Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública referente ao ano de 1943. In: *Arquivos de Higiene*, 1944, ano 14, no. 1. pp. 461-489.

o Serviço Nacional de Peste, o Serviço Nacional de Tuberculose e o Serviço Nacional de Doenças Mentais¹⁰⁹.

Cada uma destas diferentes unidades era dividida em algumas outras seções específicas que determinavam o funcionamento e as atribuições referentes a cada uma destas diretorias. Por exemplo, o Serviço de Administração era constituído pelas seguintes divisões internas: o gabinete do chefe, a biblioteca, a portaria, a seção de comunicações, a seção de material, a seção de orçamento e a seção de pessoal. Essa organização fornece uma idéia clara, além da óbvia nomenclatura em si, de que cabia a este a tarefa de esquematizar o funcionamento dos serviços referentes a todo o DNS, uma tendência do período Vargas no que concerne a uma maior otimização dos serviços de natureza pública prestados no país¹¹⁰.

Importância ímpar também nesta nova esquematização na prestação dos serviços de saúde pública no país, e dentro da orientação federal de padronização e supervisão das funções administrativas atribuídas ao DNS, foi concedida à Divisão de Organização Hospitalar e à Divisão de Organização Sanitária. Estas foram criadas com o objetivo de executarem as funções que antes eram destinadas a Divisão de Saúde Pública e da Divisão de Assistência Hospitalar que compunham o organograma anterior do Departamento Nacional de Saúde¹¹¹.

A direção da Divisão de Organização Hospitalar (DOH) esteve a cargo do Dr. Teófilo de Almeida e a organização de seus serviços encontrava-se dividida nas seguintes subdivisões: a seção de assistência e seguro de saúde, a seção de edificações e instalações e a seção de organização e administração¹¹².

Cabia a esta divisão a criação de hospitais regionais, além de ambulatórios e postos de socorro, respeitando-se o sistema de divisão distrital, o cumprimento dos

¹⁰⁹ GAMA E SILVA. *op cit.* pp. 102-105 & FONSECA. *op cit* p. 211. Quanto a esta organização, é importante apenas que se leve em consideração que os dois autores apesar de convergirem em praticamente todos os aspectos referentes ao assunto, inclusive no que concerne ao número de serviços do DNS, distanciam-se em um ponto específico. Gama e Silva menciona a existência de um Serviço de Biometria Médica que seria responsável pelos serviços de radiologia, oftalmo-otorrinolaringologia e laboratoriais e ignora a existência, ou ao menos, não alinha entre as seções do DNS, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC). De seu lado Fonseca não considera o Serviço de Biometria Médica como parte integrante do organograma do DNS, mas por sua vez, insere o IOC como seção do DNS. A opção pelo trabalho de Fonseca, deve-se apenas pelo fato de que este parece em vários momentos mais bem fundamentado do que o de Gama e Silva, apesar da importância equânime de ambos na confecção desta dissertação.

¹¹⁰ GAMA E SILVA. *op cit.* pp. 102-105.

¹¹¹ FONSECA. *op cit.* p. 211.

¹¹² GAMA E SILVA. *op cit.* pp. 102-105. & FONSECA. *op cit* pp. 228-232.

requisitos mínimos determinados de dois leitos para mil habitantes nos hospitais gerais, nas zonas rurais, e de um médico para quatro mil habitantes. Um ano mais tarde, com a aprovação de seu regimento interno, outras funções lhe foram atribuídas, tais como: a organização de um plano geral de assistência compreendido de uma rede de hospitais de abrangência nacional, o estabelecimento de normas e padrões de organização, instalação e regras de funcionamento dos diferentes serviços técnicos e administrativos de hospitais de tipos diversos, além da organização e atualização constante de um cadastro sobre as instituições hospitalares em todo o país. Sobre este último tópico, esta classificação levava em consideração o número de leitos, a capacidade física e o padrão dos edifícios, os tipos de clínica, de propriedade e a manutenção destas (sendo, oficiais, filantrópicas ou particulares) e a orientação seguida em sua administração e direção¹¹³.

A direção da Divisão de Organização Sanitária (DOS) esteve a cargo do sanitarista Amilcar Barca Pellon e seu organograma fora composto pelas seguintes seções: a de administração sanitária, a de doenças transmissíveis, a de enfermagem, a de engenharia sanitária e a de nutrição¹¹⁴.

Quanto à DOS, coube-lhe a coordenação dos problemas de saúde, a assistência dos serviços a serem empreendidos nos estados e, por conseguinte, a implementação do sistema distrital de centros e postos de saúde, além da instituição da carreira de técnico de serviços de saúde e a promoção de cursos de formação e especialização dos profissionais da área. Assim como a Divisão de Organização Hospitalar, a aprovação do decreto que regulamentava as atividades da DOS, trouxe novas atribuições para o órgão, como, por exemplo: a incumbência de promover análises e propor soluções para os problemas que não fossem contemplados pelos Serviços Nacionais, como o tracoma e a esquistossomose, por exemplo; padronizar, de forma a respeitar as diversidades regionais, as atividades de saúde pública em todo território nacional; realizar inquéritos; incentivar e investir em soluções para os problemas de saneamento; promover a criação de novas escolas de enfermagem em diferentes regiões do Brasil; e, encarregar-se da divulgação das atividades realizadas pelo DNS, a partir da publicação do periódico oficial *Arquivos de Higiene*¹¹⁵.

¹¹³ *idem*.

¹¹⁴ GAMA E SILVA. *op cit.* pp. 102-105 & FONSECA. *op cit.* pp. 223-227.

¹¹⁵ FONSECA. *op cit.* pp. 223-227.

Estas duas divisões supracitadas, de relevância ímpar dentro da estrutura do DNS, que pretendiam a promoção padronizada dos serviços de saúde pública em todos os recantos do país, dependiam de postos avançados nas diferentes regiões, as quais seriam as delegacias federais de saúde. Estas já haviam sido criadas com esse intento quando da reforma aprovada em 1937 e, neste momento, senão de forma semelhante, adquiririam importância maior ainda dentro da estratégia governamental.

Em 1941, algumas alterações foram realizadas quanto à organização geográfica das regiões administrativas do país, que passava a reunir na primeira região junto ao Distrito Federal e o Estado do Rio de Janeiro, os estados de São Paulo e Minas Gerais. A reunião destes principais eixos políticos, em uma única região demonstrava a intenção da União em expandir e fortalecer sua presença e de seus organismos para outras regiões que influíam, então, de forma menos decisiva, nos desígnios políticos do país, ou seja, reunir os principais estados em uma única região permitia que o Governo Federal sofresse menos interferência dentro do processo que estava em curso. Outras mudanças significativas no que concerne a reorganização das regiões foram a reunião de Mato Grosso a Goiás em uma nova região administrativa e a separação de Amazonas e Pará, que passariam a formar duas outras regiões, abrigando sedes distintas. A primeira incluiria ainda o Território do Acre, enquanto a segunda estaria ligada ao Maranhão. As regiões administrativas, apesar das mudanças realizadas, permaneceram em número de oito, como anteriormente¹¹⁶.

A estrutura de delegacias e centros de saúde que formaram a orientação da promoção de políticas de saúde pública do DNS, estabelecidas por intermédio das diretrizes formuladas pelos órgãos centrais, como a DOS, acima mencionadas, foram também organizadas a partir do estabelecimento, justamente, dos Serviços Nacionais (em número de 13 como anteriormente dito). A ação se dava com a realização de inquéritos e posterior estudo destes dados para confecção de planos direcionados para cada área específica coberta por um dos diferentes organismos pré-estabelecidos. Cada um destes Serviços Nacionais era formado por uma estrutura própria, com exceção do Serviço Nacional de Educação Sanitária, que viria a substituir o antigo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária e o Serviço Nacional de Águas e Esgotos, que não

¹¹⁶ FONSECA. pp. 217-222.

continha sub-seções. Quanto aos demais Serviços Nacionais, estes estavam constituídos da seguinte forma:

- Serviço de Saúde dos Portos – Gabinete do Diretor, Seção de Administração e as Inspetorias de Saúde dos Portos (Amazonas, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro);

- Serviço Federal de Bioestatística – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Seção de Apuração e Publicação, Seção de Estatística Nosocomial e a Seção de Estatística Sanitária;

- Serviço Nacional do Câncer – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Instituto do Câncer e a Seção de Organização e Controle;

- Serviço Nacional de Febre Amarela – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Seção de Epidemiologia, Seção de Controle Anti-Steigômico, Seção de Vacinação e a Seção de Viscerotomia;

- Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Seção de Entorpecente, Seção de Farmácia, Seção de Medicina, Seção de Odontologia, além de dois órgãos subordinados que eram a Comissão de Biofarmácia e a Comissão de Farmacopéia;

- Serviço Nacional de Lepra – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Instituto de Leprologia, Seção de Epidemiologia e a SEÇÃO de Organização e Controle;

- Serviço Nacional de Malária – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Instituto de Malariologia, Seção de Epidemiologia, Seção de Organização e Controle e a Seção de Pequena Hidráulica;

- Serviço Nacional de Peste – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Seção de Epidemiologia e a Seção de Organização e Controle;

- Serviço Nacional de Tuberculose – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Seção de Epidemiologia e a Seção de Organização e Controle;

- Serviço Nacional de Doenças Mentais – Gabinete do Diretor, Seção de Administração, Seção de Cooperação, Centro Psiquiátrico Nacional, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Manicômio Judiciário e Colônia Juliano Moreira¹¹⁷.

O ponto em comum em todos os SNs, além do posto de diretor responsável, foi a Seção de Administração que surgia como um ponto localizado e de contato com a Seção de Administração do DNS e que parecia uma ponte entre o órgão central da estrutura governamental e suas divisões.

Os Serviços diferiam entre si entre os que possuíam objetivos organizativos e de fortalecimento das estruturas federais, digamos assim, como o de Fiscalização da Medicina e o de Bioestatística, por exemplo, e os que eram direcionados para determinadas doenças e epidemias que grassavam pelo país, como o da Lepra e o da Tuberculose.

A forma de atuação destes últimos seguia uma orientação comum, com a determinação de trabalhar de forma coordenada com as delegacias e profissionais locais, a adoção de normas padronizadas na execução das atividades e a preocupação em estabelecer um perfil profissional para os atores envolvidos nestas atividades sanitárias dirigidas pelo Governo Federal¹¹⁸. Alguns destes serviços – para citar os exemplos mais claros, da Febre Amarela e da Malária – já contavam com alguma organização, pois foram criados por intermédio do convênio existente entre a União e a Fundação Rockefeller e foram inseridos dentro desta reforma de 1941, justamente porque passavam, enfim, ao controle do Estado. Sobre o Serviço Nacional da Malária sua única peculiaridade consistia no fato de que sua formação englobava os já existentes Serviço da Malária da Baixada Fluminense e Serviço da Malária do Nordeste, sendo que este último, quando da aprovação do novo regimento do DNS, não fora instantaneamente anexado ao Serviço Nacional da Malária porque ainda se encontrava sob a direção da instituição filantrópica norte-americana¹¹⁹.

¹¹⁷ GAMA E SILVA. *op cit.* pp. 102-105.

¹¹⁸ FONSECA. *op cit.* pp. 232-235.

¹¹⁹ *idem.*

No que concerne ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, o foco principal deste capítulo, sua atuação, ainda que guardasse distância dos SNs que possuíam como incumbência debelar as grandes epidemias que assolavam o país, convergia em outros inúmeros pontos demonstrando que a psiquiatria permanecia inserida no rol das preocupações da saúde pública nacional. A busca pela prevenção das doenças mentais permaneceu uma constante dentro da atividade psiquiátrica do período, corroborando sua presença e valorização na estrutura sanitária brasileira.

Além disso, as delegacias de saúde que, via de regra, deveriam ter como delegado um sanitarista de carreira e que possuíam em sua estrutura uma série de profissionais – como técnicos de laboratório, clínicos, engenheiros sanitaristas e outros – continham também em seu corpo técnico psiquiatras, comprovando a inserção psiquiátrica nos meios sanitários¹²⁰. Estes dirigiam o sistema ambulatorial, o qual era utilizado como uma estratégia de triagem para evitar o enclausuramento de pacientes, além de promover os preceitos educacionais que visavam uma boa higiene mental da população. A Liga Brasileira de Higiene Mental já não existia mais, porém a intenção de educar moralmente os brasileiros não cessara. Seu ideário se mantivera por intermédio de algumas das principais figuras que circularam nos meios psiquiátricos nos anos 20 e 30 do século XX, como Adauto Botelho, para usar o exemplo mais significativo, e que agora estavam na coordenação dos órgãos de destaque dentro da estrutura federal. Um indicativo claro disto, era a orientação dada na formação e especialização dos psiquiatras e enfermeiras de então, que ainda valorizavam os preceitos eugênicos nos cursos promovidos pelo DNS¹²¹.

O diretor do SNDM, desde 1941, ano de sua criação, foi Adauto Botelho (1895-1963) que permaneceu a frente do órgão até o ano de 1954. Um ano antes, já havia assumido a direção d Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) do Distrito Federal. Nascido em Minas Gerais, formou-se em 1917 pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil. Entre outros cargos relevantes que assumiu durante sua vida profissional esteve a direção do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (Ipub) no período de 1956-58 e do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, órgão de

¹²⁰ *ibidem*.

¹²¹ Este assunto já foi mais bem desenvolvido no primeiro capítulo deste trabalho. Ver: BARRETO, João de Barros. Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública referente ao ano de 1943. **In:** *Arquivos de Higiene*, 1944, ano 14, no. 1. pp. 461-489.

divulgação do Ipub. Foi membro efetivo de algumas das principais sociedades psiquiátricas da época, como a LBHM, a Sociedade de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, além da Academia Nacional de Medicina. Enquanto esteve à frente do SNDM, ministrou alguns cursos promovidos pelo DNS de formação e especialização de médicos psiquiatras¹²².

Assim como os outros Serviços Nacionais, o SNDM tinha como orientação uma política nacional que abarcasse todos os cantos do país. A área psiquiátrica, no entanto, como peculiaridade, já havia estabelecido um esboço de plano antes mesmo de suas áreas congêneres. Estes foram contemplados na realização da I Conferência Nacional de Saúde, que seria realizada no final do mesmo ano da Reforma Barros Barreto, 1941.

3.2 – A I Conferência Nacional de Saúde

Aprovada a partir da publicação do decreto 6788, de 30 de Janeiro de 1941, a I Conferência Nacional de Saúde (CNS) teria seus trabalhos iniciados apenas em 10 de novembro do mesmo ano, no auditório do Departamento de Administração do Serviço Público (Dasp). Aconteceu imediatamente após a realização da I Conferência Nacional de Educação, no quarto aniversário da instauração do regime do Estado Novo, depois de uma série de adiamentos que datavam desde a reforma de 1937, uma vez que a realização do evento já fora contemplada naquele momento¹²³.

A CNS durou seis dias e contou com representantes de todos os estados brasileiros, em número de 22 delegados com direito a voto além de 27 técnicos convidados. Ela foi presidida pelo próprio Capanema que também esteve a frente de uma delegação governamental composta por 20 pessoas que constituíam os principais

¹²² PICCININI, Walmor. História da Psiquiatria – Adauto Junqueira Botelho: notas biográficas. **In:** *Psychiatry on line Brasil*. Fevereiro 2009, vol. 14, n. 2. <http://www.polbr.med.br/ano09/wal0209.php>

¹²³ HOCHMAN, Gilberto & FONSECA, Cristina M. O. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. **In:** GOMES, Ângela Maria de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro, FGV / USF, 2000. pp. 173-193.

nomes do Ministério da Educação e Saúde, ligados a área da saúde e membros de outros ministérios e órgãos da estrutura federal¹²⁴.

Durante a leitura da exposição de motivos, determinou-se que caberia a I Conferência Nacional de Saúde:

- a) *Estudar as bases de organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção a infância, síntese dos objetivos a serem atingidos e dos meios a serem mobilizados nesses dois terrenos do serviço público nacional;*
- b) *Estudar e definir o sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais nas órbitas estadual e municipal;*
- c) *Considerar de modo especial, as campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, para o fim de serem assentadas medidas relativas à sua coordenação e intensificação, e bem assim a situação das cidades e vilas e de todo o país quanto à montagem e funcionamento dos serviços de água e esgoto¹²⁵.*

Estavam expressos então, os objetivos que orientariam os debates a serem realizados pelos membros do evento. A organização da CNS deu-se da seguinte forma: qualquer delegado poderia apresentar resolução para votação desde que assinada pelo número mínimo de oito delegados. Estas então seriam encaminhadas as comissões competentes, em número de cinco que se referiam aos temas principais da agenda: comissões de proteção a maternidade, infância e adolescência; de organização sanitária e assistencial estadual e municipal; de serviços básicos de saneamento; da campanha nacional contra lepra; e da campanha nacional contra tuberculose.

¹²⁴ *idem.* & FONSECA. *op cit.* pp. 212-215.

¹²⁵ Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.03 / I – 20. CPDOC / FGV.

As comissões julgariam o projeto e este seguiria para votação, no prazo máximo de quarenta e oito horas. Não havendo qualquer emenda por parte das comissões especializadas, as quais poderiam propor substitutivos, o projeto seria enviado de volta ao plenário e seria motivo de apreciação deste. Qualquer delegado poderia manifestar-se sobre o projeto e, desde que sua proposta de mudança fosse aprovada pela comissão referente ao assunto, esta voltaria para estudo da referida comissão e entraria em votação, então, no prazo de 24 horas. Sua aprovação dependeria dos votos da maioria mais o voto do ministro Capanema (um indicativo do poder de que gozava o mesmo enquanto presidente da CNS e por sua posição dentro do contexto político do período). Uma vez aprovada, a redação final ficava a cargo do ministro Capanema e era encaminhada para aprovação do plenário¹²⁶.

Apesar da óbvia concentração de poderes nas mãos do ministro, a CNS favoreceu que experiências fossem trocadas na articulação entre gestores de saúde das diferentes esferas de poder administrativo. Ela permitiu que o Governo Federal, a partir das resoluções apresentadas, orientasse o processo de regulamentação de seus serviços, que seria iniciado no ano seguinte, e estabelecesse relações políticas que viriam a legitimar o processo centralizador que entrara em curso desde o ano de 1937 e que encontrava, então, seu ápice com o estabelecimento dos Serviços Nacionais, no mesmo ano em que fora realizada a I Conferência Nacional de Saúde¹²⁷.

De forma a orientar os trabalhos que seriam realizados na Conferência, anteriormente à realização deste encontro, a União enviara a cada uma das unidades federativas um questionário que continha 106 perguntas divididas em 15 temas que englobavam os de maior interesse da administração federal, tais como os cinco objetivos que determinaram a realização do encontro. Outros temas também compunham este inquérito preliminar, entre eles, a situação da organização e dos serviços referentes à psiquiatria nos diferentes estados, e ainda que, esta área não fosse um dos temas principais da agenda da I CNS, ela não ficou de fora das discussões¹²⁸.

Três das propostas apresentadas na CNS eram relativas à área psiquiátrica e mereceram destaque dentro dos debates do evento, sendo importante que se diga que se

¹²⁶ Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.03 / I – 22. CPDOC / FGV.

¹²⁷ FONSECA. *op cit.* pp. 212-215.

¹²⁸ Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.03 / I – 20. CPDOC / FGV. As perguntas referentes a assistência psiquiátrica presentes neste questionário serão reproduzidas no Anexo 6 desta dissertação.

não foram tema de apreciação imediata, tão pouco foram ignoradas pelo ministro Capanema que mediava os trabalhos¹²⁹.

A primeira delas foi apresentada por Amilcar Barca Pellon, que viria ser o diretor da DOS, mas que à época dirigia interinamente a Divisão de Organização Sanitária e Hospitalar do Estado do Pará. Tratava-se de proposta relativa ao assunto da organização dos serviços sanitários e assistenciais dos estados, que constituíam um dos objetivos do encontro. A proposta de Barca Pellon fora formulada nos moldes de um artigo, o que consistiu na única crítica proferida por Gustavo Capanema que pediu ao plenário que se ativesse ao previamente estipulado e não apresentasse mais propostas em tais termos. Nenhuma crítica, contudo, ao conteúdo da proposta que em uma de suas inúmeras divisões versava exatamente sobre a assistência aos deficientes físicos e mentais:

(...) g) Assistência a deficientes físicos e mentais:

Os Departamentos Estaduais de Saúde manterão ou orientarão serviços destinados

- 1) aos desamparados e deficientes físicos;*
- 2) ao tratamento de pessoas que apresentem perturbações mentais;*
- 3) ao amparo médico e social dos predispostos a doenças mentais e dos egressos de estabelecimentos psiquiátricos;*
- 4) a proteção legal dos psicopatas;*
- 5) a promoção de medidas que visem combater as causas das doenças psíquicas e nervosas;*
- 6) a seleção de menores anormais para o necessário tratamento médico-pedagógico (...)*

¹²⁹ Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.03 / I – 22. CPDOC / FGV.

A preocupação de Barca Pellon, um sanitarista de formação, serve como indicativo da situação em que se encontravam alguns estados brasileiros quanto à questão dos doentes psiquiátricos e demonstra que o assunto ganhara vulto entre os principais gestores da saúde pública no país. Não há de se estranhar, também, a ênfase concedida à prevenção dessas doenças e ao cuidado com os menores, bandeiras que os meios psiquiátricos defendiam desde a década anterior.

A segunda proposta referente à área psiquiátrica fora apresentada por Tarquino Lopes Filho, o delegado do estado do Maranhão, e referia-se a um projeto de resolução sobre a obrigatoriedade do certificado médico pré-nupcial, um dos pilares mais antigos defendidos pelos meios psiquiátricos à época da Liga Brasileira de Higiene Mental. Segundo palavras do delegado, os certificados seriam necessários, porque deveriam ser considerados como:

“... uma das bases para a tarefa eugênica da higiene ... primeira medida de medicina preventiva a ser tomada com relação às doenças capazes de se transmitirem de um a outro cônjuge e a sua descendência.”

Seus argumentos baseavam-se no fundamento legal do Código Penal, então aprovado, que entraria em vigor em janeiro do ano seguinte, e que tratava sobre o *delito do contágio*. Sua proposta era de que o certificado deveria ser instituído em caráter facultativo nos dois primeiros anos a partir da data da publicação da respectiva lei e, após esse prazo, se tornaria obrigatório para todos, devendo ser concedido por autoridade sanitária competente. Seriam recebedores do referido certificado pré-nupcial, na forma da lei que regulasse o assunto, os que não houvessem sofrido de doenças como a sífilis, tuberculose, lepra ou quaisquer doenças venéreas, nem sofressem de doenças ou estados mentais prejudiciais a sua herança genética.

A proposta não foi rechaçada por Capanema, que apesar de encontrar dificuldades em encaminhá-la a uma das comissões, considerou o assunto como da alçada da Comissão de Proteção a Infância e Maternidade.

A última das propostas que envolviam a área psiquiátrica foi apresentada pelo delegado representante da Paraíba, Janduí Carneiro, e tratava da obrigatoriedade, em todos os centros de saúde, de um dispensário de profilaxia e higiene mentais. Em sua resolução, o delegado paraibano afirmava que estes dispensários seriam responsáveis pelo desenvolvimento das campanhas contra o álcool, a sífilis, os malefícios resultantes das credices populares, dos hábitos nocivos e dos fatores relativos a “desigienização” (sic) do povo brasileiro. Além disso, poderia determinar de forma eficiente a idade mental das crianças e resolver o agrupamento homogêneo destas no setor escolar, indicando de modo científico os deficientes e anormais. Carneiro protestava contra a ausência destes dispensários nas plantas dos centros de saúde que vinham sendo formuladas até então pela Seção de Obras do MES, afirmando que a triagem dos insanos não seria atribuição dos meios policiais, mas sim de profissionais capacitados. O projeto pede que o ministro não permita a confecção de plantas destes centros sem a inclusão dos dispensários de profilaxia e higiene mental.

Esta, sem dúvida, foi a resposta mais dura de Capanema a uma das mencionadas propostas, ao afirmar não haver dentro da CNS uma comissão de assistência à psicopatas. Ainda assim, entretanto, Capanema não descartaria a referida proposta e a enviou a Comissão de Organização e Administração Sanitária e Assistencial dos Estados por julgar ser esta uma matéria que versava não apenas sobre a proteção aos psicopatas, mas antes sobre a organização dos centros de saúde.

Sobre as resoluções advindas da I Conferência Nacional de Saúde pouco se pode afirmar, principalmente sobre os assuntos que são caros a este trabalho, caso destas propostas acima expressas. Os documentos do Arquivo Gustavo Capanema, que se encontram no Centro de Pesquisa e Documentação Histórica da Fundação Getúlio Vargas não contêm os resultados das discussões das comissões, exceto a que trata da campanha nacional contra a tuberculose. Os fatos levam a crer, todavia, que as outras comissões também tenham apresentado seus resultados, uma vez que, o Serviço Nacional da Lepra, da mesma maneira que o Serviço Nacional da Tuberculose, também, executou seu plano de parâmetros nacionais. A este trabalho, contudo,

interessa observar em particular sobre que base seria posto em prática o Plano Nacional Psiquiátrico, que como mencionado no capítulo anterior, já havia sido formulado.

3.3 – A atuação do SNDM: o caso da Colônia Juliano Moreira

A criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) trouxe uma nova realidade para a organização da atividade psiquiátrica brasileira nos anos de 1940. Ainda que a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) possuísse a pecha de órgão nacional sua atuação nos outros estados resumia-se praticamente ao auxílio na confecção dos regimentos dos serviços estaduais, feitura de plantas prediais e subvenções federais nos casos mais críticos, onde o tratamento prestado a população local inexistia, ou era tão deficiente que em alguns casos, parecia ser mais prejudicial que a negligência.

Desta forma, não é de se estranhar que no primeiro relatório enviado ao DNS, sobre as atividades do serviço no ano de 1941¹³⁰, o então diretor do SNDM, Adauto Botelho, tenha alertado para a dificuldade encontrada em expandir a área de abrangência do SNDM para os outros estados sem deixar de cumprir com as obrigações presentes no Distrito Federal. Em uma previsão bastante pessimista baseada nos dados que recebera a partir de inquéritos realizados, Botelho vislumbrava um grande esforço para tornar equânimes os serviços em todas as unidades federativas do país.

Na capital da República, todavia, a situação não era de absoluto conforto com o Hospital Psiquiátrico, principal instituição do Distrito Federal em condições físicas inaceitáveis, fruto de sua condição centenária e da falta de reformas. Esta instituição encontrava-se proibida de receber novas internações e a situação dos outros hospitais começava a tornar-se insustentável devido à superlotação e conseqüente déficit no número de servidores diretamente proporcional, criando uma lacuna enorme na relação oferta e procura de assistência psiquiátrica.

¹³⁰ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1942. In: *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1943, vol. 1. pp. 11-46.

Conforme descrita no relatório do SNDM relativo a 1942¹³¹, a falta de recursos para cobrir todos os objetivos pretendidos trouxe algumas situações que acabariam tornando mais dificultoso o ano inaugural de atividades do SNDM. Obras importantes como as realizadas nas Colônias Gustavo Riedel, encontravam-se paralisadas, ou eram desenvolvidas em ritmo mais lento que o ideal, acarretando um número significativo de evasões e mortes devido à falta de condições sanitárias ideais. As colônias psiquiátricas, que já eram a tendência a ser adotada no que diz respeito ao tratamento dos enfermos mentais, conforme indicado no Plano Hospitalar Psiquiátrico, terminariam também por ser a saída encontrada pela direção do SNDM¹³², para resolver os problemas relativos ao progressivo “desativamento” do Hospital Psiquiátrico.

Assim como a Colônia Gustavo Riedel, a Colônia Juliano Moreira (CJM) serviu para abrigar o contingente de pacientes do Hospital Psiquiátrico Nacional e começam neste ponto várias mudanças que fariam com que a instituição recebesse uma série de investimentos que a tornariam um hospital de destaque dentro deste período.

Criada em 1924, com o nome de Colônia de Psicopatas Homens, nas áreas que pertenciam a Fazenda do Engenho Novo, o qual foi desapropriada por decreto em 1912, a CJM – que só receberia esse nome em 1935, a partir do decreto 379, de 15 de outubro – visou transpor para a região de Jacarepaguá todos os pacientes das colônias de São Bento e Barão de Mesquita localizadas na Ilha do Governador. As antigas colônias foram criadas em 1890 e tiveram como diretor Domingos Lopes de Araújo – que permaneceu coordenando ambas até 1 de junho de 1908, quando pediu exoneração do cargo – e, posteriormente, Rodrigues Caldas. Desde ao menos os anos 10 do século XX, portanto, essas colônias eram consideradas inadequadas, pois não atendiam a uma série de necessidades reivindicadas pelos alienistas, inclusive no plano arquitetônico já que, devido a sua superlotação não permitiam, o estabelecimento de separação entre os diferentes tipos de asilados, posto que os prédios foram construídos como asilos para

¹³¹ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 5-56.

¹³² A esta época, o SNDM nem ao menos possuía uma sede fixa, tendo sido lotado em princípio em acomodações temporárias em prédio na Avenida Pasteur no centro da cidade com suas funções administrativas sendo executadas por um escriturário contratado, Nelson Laranjeiras. Ver: BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 5-56.

mendigos. Outras reclamações advinham da insalubridade das terras da Ilha, da infertilidade do solo e da dificuldade no transporte de suprimentos que só poderia ser realizado por meio de barcos. Além disso, as terras da Ilha eram de propriedade dos beneditinos que a requeriam e ainda a Marinha tinha planos de estabelecer uma base no local¹³³.

A mudança de localidade era vista como forma de resolver esses problemas e a nova Colônia aparecia então como solução para o tratamento de doentes mentais crônicos, apenas do sexo masculino, inicialmente. O espaço serviria ao intento de por em prática o tratamento hetero-familiar, que consistia em permitir aos internos o contato com indivíduos não acometidos por moléstias nervosas, como forma de favorecer aos enfermos a ambientação mais fácil com o meio social. Contava ainda com o atrativo de tornar a CJM auto-suficiente em termos de recursos (coisa que não viria a ocorrer) a partir dos ganhos provenientes com a atividade agropecuária que seria realizada nos novos domínios pelos próprios internos. Esta intenção, inclusive, era uma das práticas terapêuticas defendidas pelos alienistas, a laborterapia (ou praxiterapia), que pregava a cura através do trabalho; não é de se estranhar, portanto, que até hoje na entrada da CJM encontre-se a inscrição em latim *Praxis Omnia Vincit*.

Apesar do tom de preocupação que pairava sobre todas as seções descritas no primeiro relatório do SNDM relativo ao ano de 1942, o tomo que se referia a CJM redigido pelo seu diretor recém-empossado, o Dr. Carlos Sampaio Correa, demonstrava um pessimismo bastante grande com os trabalhos na instituição, documentados a partir de uma série de proposições expostas. De acordo com o diretor, o número de enfermos havia sofrido um acréscimo de quase mil pacientes em seu movimento total, o que tornava a proporção considerada ideal entre pacientes e servidores ainda mais distante do esperado: 1 servidor para 26 enfermos¹³⁴.

O aviso 367, de Julho de 1942 que transformava a CJM em estabelecimento misto para pacientes agudos e crônicos (querela que foi motivo de protestos pelos

¹³³ LOUGON, Mauricio. *Os caminhos da mudança: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2006. pp. 59-61 & ALMEIDA, Antonio Gouvêa de. Colônia Juliano Moreira: sua origem e um pouco de sua trajetória histórica (1890-1946) **In: Revista Brasileira de Saúde Mental**. 1967, ano 13, vol. XI, número único. pp. 161-169.

¹³⁴ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. **In: Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais**. 1945, vol. 1. pp. 5-56.

seguidos anos), segundo o diretor Sampaio Correa, prejudicava ainda mais o funcionamento da instituição. Para Correa, se na situação anterior o ideal seria a proporção de 1 servidor para 9 enfermos, diante do novo quadro se esperava como proporção ideal 1 funcionário para 4 doentes e, uma vez que as condições físicas do hospital não fossem as melhores, almejava-se mesmo a existência de 1 servidor para 3 pacientes¹³⁵.

O diretor da CJM, valendo-se de sua posição e da nova condição que fora imposta à instituição, listava uma série de problemas que deveriam ser resolvidos de forma mais breve possível. As considerações sobre a Seção de Obras do MES, uma constante nos relatórios de todas as instituições foi o alvo das maiores críticas devido à paralisação ou demora em concluir obras iniciadas, ou mesmo o atraso no começo de outras¹³⁶.

Relatórios como este se apresentam como peças de negociação política. Não deixa de ser curioso que com todos os problemas apresentados ao longo de seu texto, ao final do mesmo, o diretor da instituição tecia elogios ao incremento das condições sanitárias e ao grande esforço dos servidores em realizar seu trabalho de forma quase heróica.

Todavia, no caso da CJM os protestos parecem ter surtido efeito como apresentou o relatório seguinte¹³⁷. A atenção a tais reivindicações não foi dada apenas devido aos protestos emitidos no relato do diretor da CJM. A situação do país neste período específico era delicada e a Seção de Cooperação, dirigida por Heitor Peres¹³⁸, de alguma forma esclarecia as dificuldades inerentes à época. Em 1942, o Brasil entrava na II Guerra Mundial e os investimentos em outras áreas decaíram. Curioso notar que até mesmo dentro destas instituições psiquiátricas realizavam-se testes, como o desligamento das luzes ou a submissão a situações de estresse, a fim de que se pudesse observar a reação dos pacientes em situações de confronto, frutos do receio de que o combate invadisse as fronteiras do país. Enfermeiros da Escola Alfredo Pinto,

¹³⁵ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 5-56.

¹³⁶ *idem*.

¹³⁷ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1949, vol. 1. pp. 118-215.

¹³⁸ Heitor Peres dirigiu a Seção de Cooperação do SNDM de 1941 a 1946, quando passou a exercer o cargo de diretor da Colônia Juliano Moreira, onde permaneceu até o ano de 1954.

foram postos de sobreaviso, tanto para serem enviados em missões ao exterior, quanto para estarem preparados para o tratamento dos soldados que retornassem sofrendo de moléstias psíquicas advindas do horror da guerra¹³⁹.

A situação financeira do SNDM melhoraria nos anos que estavam por vir, como podemos observar abaixo, em um quadro indicativo do incremento de investimentos com pessoal nos últimos anos do primeiro governo de Vargas¹⁴⁰:

1941	1942	1943	1944	1945 ¹⁴¹
1.500: 000\$0	2.210: 000\$0	Cr\$ 66.000,00	Cr\$ 106.000,00	Cr\$ 124.800,00

No entanto, não se pode esquecer que a atuação do Serviço Nacional de Doenças Mentais possuía como imperativo expandir-se para fora das fronteiras do Distrito Federal e durante estes anos o mesmo acompanhou uma série de visitas a outros estados¹⁴². O intuito era de observar as condições do atendimento psiquiátrico nestes estados, auxiliar na formulação de instituições e feitura de regimentos estaduais; e ainda, no credenciamento de instituições já existentes e passíveis de receberem subvenções federais para auxiliarem no tratamento das populações locais.

Ainda no relatório de 1942 foi apresentado o censo hospitalar que demonstrava que as relações entre o SNDM e instituições de outros estados recebia algum incremento. De 23 instituições que haviam respondido em 1941, ainda ao DAP, esse número subia para 67 do conjunto de 79 instituições que haviam sido cadastradas, até

¹³⁹ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 5-118.

¹⁴⁰ Dados colhidos em dois números diferentes dos Arquivos do SNDM. Ver: BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1942. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1943, vol. 2. pp. 11-56 & BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1945. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1949, vol. 1. pp. 5-118.

¹⁴¹ O Cruzeiro foi instituído em 5 de Dezembro de 1942, pelo decreto 4791, e cada Cruzeiro correspondia ao valor de mil Réis.

¹⁴² BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1949. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 11-56.

aquele momento, pelos organismos federais voltados à administração da assistência psiquiátrica¹⁴³.

A direção do SNDM, no entanto, acreditava que esta relação poderia melhorar e pressionava para a aprovação de um regimento interno do órgão que, em seu entendimento, poderia legitimar e qualificar a atuação do Serviço em âmbito federal¹⁴⁴. Este só seria aprovado em 1944, sendo o último dos regimentos dos SNs a ser aprovado, nos termos do decreto 17185, de 18 de novembro de 1944.

Todavia, uma vez que o regimento demorava a ser aprovado pelo Congresso Nacional a solução para enfrentar a situação que se apresentava era colocar em curso outras ferramentas que demonstrassem o compromisso nacional do SNDM. A solução encontrada foi a execução do Plano Hospitalar Psiquiátrico. A situação financeira do país, diante do contexto de guerra, não permitiria que o projeto inicial do referido Plano fosse posto em prática em sua plenitude. A alternativa do SNDM para suprir a falta de assistência financeira a outras unidades federativas brasileiras foi o lançamento do então batizado Plano Mínimo de Assistência Hospitalar Psiquiátrica¹⁴⁵. Este novo plano surgia em caráter emergencial e seguiria três etapas sucessivamente atendidas, iniciando-se pelos estados que haviam sido considerados mais problemáticos no que consistia ao tratamento psiquiátrico de sua população ou que se encontrasse em situação financeira mais alarmante.

De acordo com este novo Plano elaborado pelo SNDM, os estados atendidos, dentro das respectivas etapas, seriam:

- 1ª etapa: Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas, Espírito Santo, Mato Grosso e Goiás;
- 2ª etapa: Amazonas, Pará e Ceará;
- 3ª etapa: Bahia, Rio de Janeiro e Paraná.

¹⁴³ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 5-118.

¹⁴⁴ *idem*,

¹⁴⁵ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1942. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 5-56.

O objetivo do Plano Mínimo Hospitalar de Assistência Psiquiátrica, não diferia de seu congênere original, ao pretender instalar hospitais psiquiátricos em todos os estados da União, organizar de forma definitiva sob seus parâmetros os serviços locais psiquiátricos além da adoção de recursos complementares de assistência financeira e da continuidade na execução de medidas de higiene e profilaxia mentais nas localidades.

A situação dos estados que foram incluídos no Plano variava sensivelmente em termos de necessidade de criação de leitos, sendo considerados os casos mais graves o da Bahia, com um déficit de 700 leitos; o do Ceará com necessidade de 600 leitos; e o do Estado do Rio de Janeiro, que realmente não gozava por parte das autoridades da atenção dada ao Distrito Federal, com uma carência de 500 leitos. O auxílio financeiro prometido pelo SNDM seria de custear 1/3 de cada um dos leitos que fosse construído e instalado, cujo preço médio de acordo com os cálculos do órgão seria de Cr\$ 10.000,00¹⁴⁶.

O SNDM prometia a fiscalização no emprego destas verbas e o empréstimo de colaboração técnica para a arquitetura destes leitos, consubstanciado na organização dos projetos de construção e trabalho de instalação dos hospitais. Ainda, se comprometia a aumentar o número de admissões de psiquiatras, médicos extranumerários e mensalistas, enfermeiros, servidores e técnicos de alimentação.

Dentro do Plano havia, também, a sugestão de criação de uma Comissão Nacional de Higiene Mental, a ser formada por quatro membros, sendo que um deles da área militar, demonstrando que o país realmente vivia tempos especiais. Esta comissão seria encarregada de elaborar um plano de ação geral para a área psiquiátrica, tendo em vista que esta seria a missão patriótica do SNDM. Acreditava-se, então, que com a aproximação do fim do conflito mundial, avistava-se um período propício ao desajustamento psico-social do povo brasileiro, devido à desordem sócio-econômica resultante de períodos de exceção como o que se afigurava¹⁴⁷.

Os investimentos para as instituições que já se encontravam em funcionamento e não seriam incluídas inicialmente no novo plano psiquiátrico, também começavam a

¹⁴⁶ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1943. In: *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1945, vol. 1. pp. 5-118.

¹⁴⁷ *idem*.

serem mais intensos, e voltando ao caso específico da Colônia Juliano Moreira, esta sofreu uma série de mudanças significantes em seu espaço físico. Após os protestos sobre as condições a que estavam submetidos os pacientes e o estado das dependências do hospital, a CJM começava a receber atenção especial, uma vez que as outras instituições do Distrito Federal encontravam problemas que poderiam ser resolvidos de forma menos urgente. Ao contrário, a situação do atendimento na capital poderia tornar-se caótica, considerando que a mesma já era, então, bastante complicada e que inúmeros estados sem condições de prestar a assistência necessária aos seus concidadãos os enviava para a capital da República.

Ao fim do ano de 1942, as obras dos pavilhões de tuberculosos homens e mulheres já estavam terminando, além das relativas ao pavilhão de isolamento e já se encontrava em andamento a reforma na rede de esgoto e estação de tratamento, a construção do sistema de estradas e arruamentos, as residências destinadas ao diretor da instituição, o prédio administrativo e as residências dos enfermeiros e mais, quatorze residências destinadas à assistência hetero-familiar¹⁴⁸. Pretendia-se para os próximos anos que estavam por vir, a construção de mais residências voltadas para este fim, a construção da lavanderia central para os núcleos femininos, da capela e do necrotério e o estabelecimento da rede geral de iluminação. Previa-se ainda, a adaptação do Pavilhão Domingos de Araújo para abrigar os doentes agitados, a construção de pavilhões anexos com capacidade de 60 leitos nos núcleos Ulisses Vianna e Franco da Rocha e a construção de dois novos pavilhões com capacidade, cada um de 100 leitos, para abrigar adolescentes homens e mulheres.

Apesar dos pesados investimentos realizados, os problemas não foram sanados e os relatórios apresentados nos anos seguintes comprovam que as necessidades institucionais cresciam, até porque o número de pacientes aumentava exponencialmente. O relatório referente ao ano de 1945 apresenta a lotação da Colônia Juliano Moreira excedida em 900 pacientes¹⁴⁹. Este fato, certamente, foi um indicativo

¹⁴⁸ BOTELHO, Aduino. Relatório das Atividades do SNDM em 1942. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*, 1945, vol. 1, pp. 5-56.

¹⁴⁹ BOTELHO, Aduino. Relatório relativo ao ano de 1945. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1949, vol. 1, pp. 5-118.

de que o hospital tornara-se o principal escoadouro dos enfermos de doenças psíquicas no Distrito Federal.

Os problemas diante dessa situação, contudo, pareciam colocar de forma imperativa a necessidade de uma série de novas instalações que contemplassem a situação de forma satisfatória. No mesmo relatório¹⁵⁰, o diretor Carlos Sampaio Correa elenca as necessidades emergenciais para o funcionamento pleno da instituição, tais como: a construção dos dois pavilhões para adolescentes, reivindicação que ainda não havia sido atendida; o reformatório para alcoolistas; dois pavilhões complementares com 100 leitos um no Núcleo Ulisses Vianna (homens) e outro no Núcleo Franco da Rocha (mulheres); dois pavilhões para oficinas que permitiriam o desenvolvimento da praxiterapia; construções do biotério, necrotério e forno crematório de lixo; dois pavilhões para pacientes epiléticos; a creche para abrigar os filhos dos alienados; escolas para que os pacientes pudessem receber educação; três abrigos para 200 enfermos em cada um, a serem localizados nos núcleos Ulisses Vianna (homens), Franco da Rocha (mulheres) e Teixeira Brandão (mulheres); conserto da rede geral interna e colocação de postes de iluminação externa; conserto e reparo dos pavilhões destinados a agitados, de forma a garantir a reclusão e assistência propícias; revisão da rede de canalização e esgoto; conserto das cercas de arame que rodeavam os pavilhões que não possuíam muros; e a construção de 30 postos de vigilância em cada um dos pavilhões existentes.

As reivindicações não cessavam por aí, entre outras necessidades expressas pedia-se a contratação em caráter emergencial de pelo menos 30 enfermeiros, 40 atendentes, 30 guardas, 15 serventes e mais 22 médicos psiquiatras¹⁵¹. Os anos que se seguiriam demonstrariam que alguns destes requerimentos seriam atendidos, enquanto outros, por razões diversas, tais como a falta de recursos, continuariam sendo motivos de reclamações por parte dos diretores da Colônia Juliano Moreira¹⁵².

A situação, no que concerne à questão psiquiátrica, não se alteraria nos próximos anos, nem mesmo após o fim da Era Vargas e, conseqüentemente, o fim do

¹⁵⁰ BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1945. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1949, vol. 1. pp. 5-118.

¹⁵¹ BARRETO, João de Barros. Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública referente ao ano de 1943. **In:** *Arquivos de Higiene*, 1944, ano 14, no. 1. pp. 461-489.

¹⁵² BOTELHO, Adauto. Relatório relativo ao ano de 1945. **In:** *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. 1949, vol. 1. pp. 5-118.

ministério Capanema, uma vez que Aduino Botelho permaneceria à frente do SNDM até o ano de 1954, ou seja, o fim do segundo período em que Vargas esteve à frente da presidência da República. Os anos de ínterim, com o General Eurico Gaspar Dutra seguirem a mesma direção dos quinze anos anteriores, devido a sua posição de composição e de afinidade com a orientação varguista e à permanência de Botelho no cargo de diretor do SNDM. De um lado foi mantida sua política voltada para o preventivismo com a manutenção dos serviços de higiene mental nos centros de saúde e nos ambulatórios e de outro se expandiu a rede hospitalar assistencial, com o prosseguimento da implantação do Plano Hospitalar Psiquiátrico – marca da administração de Botelho a frente do SNDM¹⁵³.

¹⁵³ BARRETO, João de Barros. Relatório de Atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública referente ao ano de 1945. **In:** *Arquivos de Higiene*, 1946, ano 16, no. 1. pp. 473-497.

CONCLUSÃO

Ao longo da minha passagem pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, uma pergunta me acompanhava enquanto me familiarizava com o tema da saúde pública no Brasil: em que lugar desta questão se inseria a psiquiatria? A intenção deste trabalho, desta forma, foi justamente compreender de que maneira esta especialidade médica fez parte da estratégia governamental de promoção de políticas públicas de saúde? Como ela era vista e como foi introduzida dentro de um planejamento mais geral de prestação de bem-estar para a população brasileira em um certo lugar e período histórico? Meus questionamentos alcançaram o nível da inquietação quando cursei a disciplina eletiva do PPGHCS intitulada, *Políticas de Saúde Pública no Brasil*, e no decurso das aulas pude constatar que o assunto da incursão da psiquiatria nestes estudos era praticamente ignorado, apesar do tema, a psiquiatria, já ter sido trabalhado de forma intensa e profunda por uma série de historiadores do assunto.

Minha proposta inicial de trabalho, quando de minha entrada no Programa de Pós Graduação da Casa de Oswaldo Cruz visava o estudo sobre a história de uma das mais importantes instituições psiquiátricas do país, a Colônia Juliano Moreira. A mim, contudo, pareceu que estava procurando dar um passo maior que as pernas, e minha conclusão foi que antes de entender o funcionamento de uma instituição específica era preciso compreender em que contexto histórico e político se dera a possibilidade de criação e de expansão daquela instituição. Sobre que bases aquela instituição foi capaz de exercer as atividades de cuidado da população atingida pelas moléstias mentais? E, então, meu objeto foi alterado.

A bibliografia sobre este assunto ainda é pouco numerosa, uma vez que não tem sido o foco das pesquisas que procuram entender o funcionamento das atividades governamentais no que concerne aos programas sanitários destinados à população nacional. Este, portanto, pode ser considerado um trabalho introdutório, no sentido de alinhar-se às raras pesquisas sobre o tema de forma a colaborar na tentativa de

posicionar as luzes sobre uma relação que não pode ser ignorada – as políticas de saúde e a assistência psiquiátrica – uma vez que a mesma teve seu grau de significância.

Foi nesta direção, portanto, que busquei ressaltar que os anos de 1930 observaram um esforço do Governo Federal de construir uma nova imagem para o homem brasileiro, a partir de uma ótica que privilegiaria sua capacidade de produção, a valorização da sua força de trabalho e como esta convergiria em benefícios diretos para o Estado. Uma das formas de realizar tal intento seria a garantia de que estes homens, trabalhadores e produtores de bens possuíssem sua saúde em forma plena. Além da saúde corpórea era preciso também que este estivesse no pleno gozo de suas faculdades mentais. A psiquiatria então, inseria-se dentro deste projeto e alcançava seu lugar no panteão das preocupações referentes à promoção de saúde para o povo brasileiro.

Não pretendi afirmar que a psiquiatria só começava a ser enxergada a partir deste ponto. Não se pode negar a relevância que Juliano Moreira e suas propostas para a assistência psiquiátrica obtiveram na constituição da psiquiatria nesse contexto. Julgo apenas que ao ser alçada ao patamar de um assunto de âmbito nacional, a ser de fato pensado, planejado e executado nas diferentes regiões do país e pelos diferentes níveis administrativos existentes, o combate a doença mental era pela primeira vez igualado a outras moléstias que foram o foco de atuação do Governo Federal desde décadas anteriores aos anos 30 do século XX.

Esta mudança de postura em relação à questão psiquiátrica, contudo, não se deu por uma consciência tardia da importância desta especialidade médica no que concerne à saúde e bem-estar do homem. A meu ver, a mudança ocorreu a partir de uma nova “roupagem” adotada pela psiquiatria na virada dos anos 1920 para os anos 1930. Ou seja, quando da associação desta com a eugenia. Esta relação não é nenhuma novidade, sendo inclusive objeto de pesquisa de alguns dos principais historiadores do assunto, como os que procuramos apresentar e debater nesta dissertação: Jurandir Freire Costa e José Roberto Franco Reis, dois dos maiores críticos deste encontro.

Minha hipótese, todavia, vai diretamente de encontro às proposições de ambos os autores, uma vez que, creio, a psiquiatria encontrou o seu lugar de importância nas políticas de saúde e na estrutura administrativa federal referente à execução destas políticas, justamente, quando adotou para si alguns dos preceitos eugênicos que a levaram a procurar formas de prevenção para os distúrbios mentais, antes de,

exclusivamente, tratá-los sob a ótica assistencial que predominara em suas atividades até aquele momento. Foi pela via da eugenia, portanto, que a psiquiatria se inscreveu no projeto em marcha de construção de um novo homem brasileiro e, conseqüentemente, pode andar lado a lado com outras frentes de promoção de saúde da ação governamental a qual foi regida sempre pela preocupação em atacar preventivamente as endemias e epidemias que assolavam a nação.

A proposta é nova e, em algum sentido, pode despertar discussões. Ocorrendo isto, o objetivo foi alcançado. Espero que a concatenação entre o material bibliográfico e as fontes pesquisadas no decorrer das páginas desta dissertação tenha obtido êxito em comprovar meu ponto de vista sobre a questão, a saber: demonstrar que a eugenia, a mesma que nos anos 1910 e 1920 fora decantada como aliada benéfica do sanitarismo brasileiro, não fora a algoz da ciência psiquiátrica. Antes, apenas, colocou a psiquiatria num novo patamar de grandeza e importância frente à saúde pública permitindo ao meio psiquiátrico encontrar um novo lugar no arranjo institucional na promoção das políticas sanitárias no país.

ANEXOS

ORGANOGRAMAS DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA¹⁵⁴:

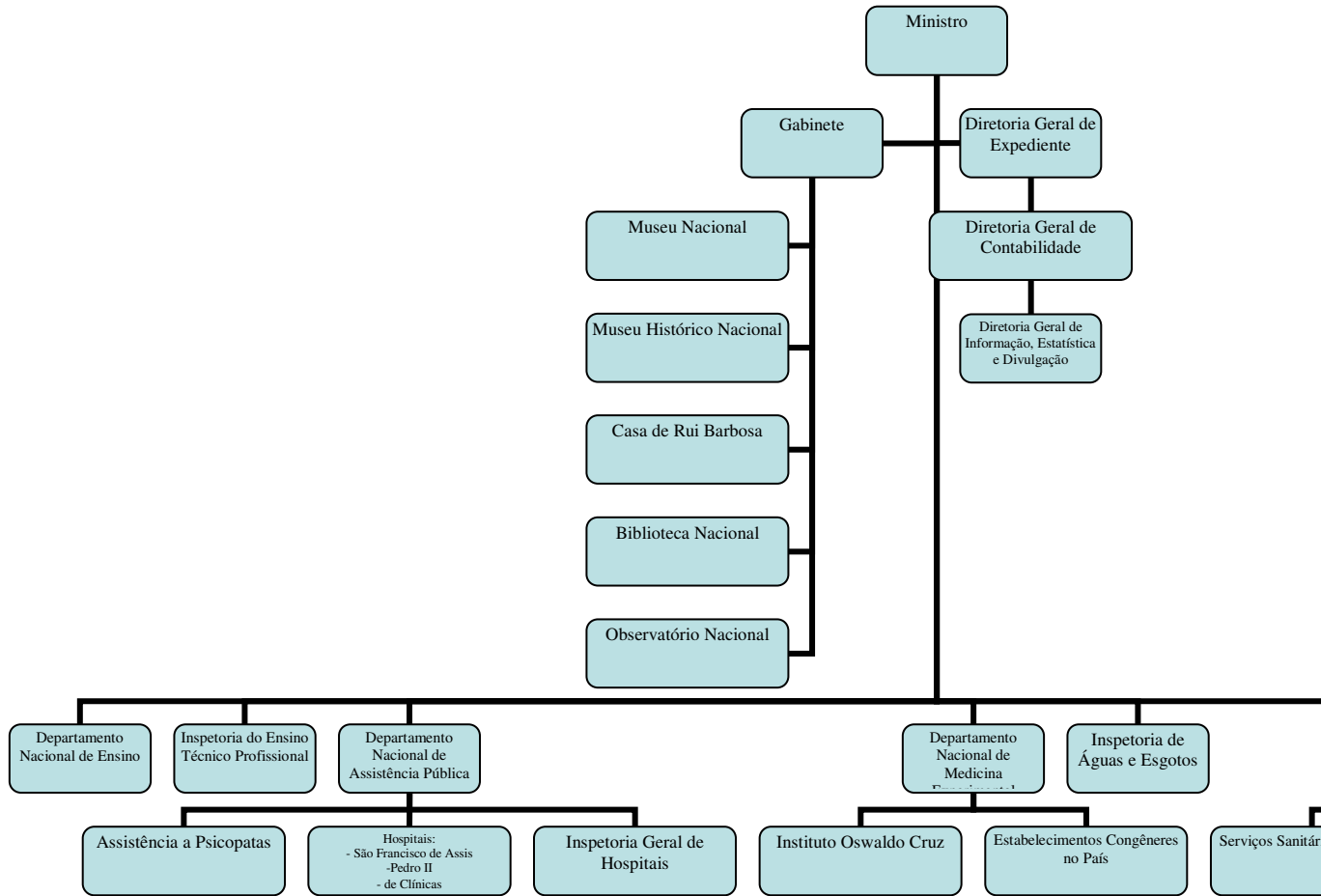
Anexo 1: Ministério da Educação e Saúde Pública (segundo regulamento aprovado em 5 de janeiro de 1931, decreto 19560) – (página 118).

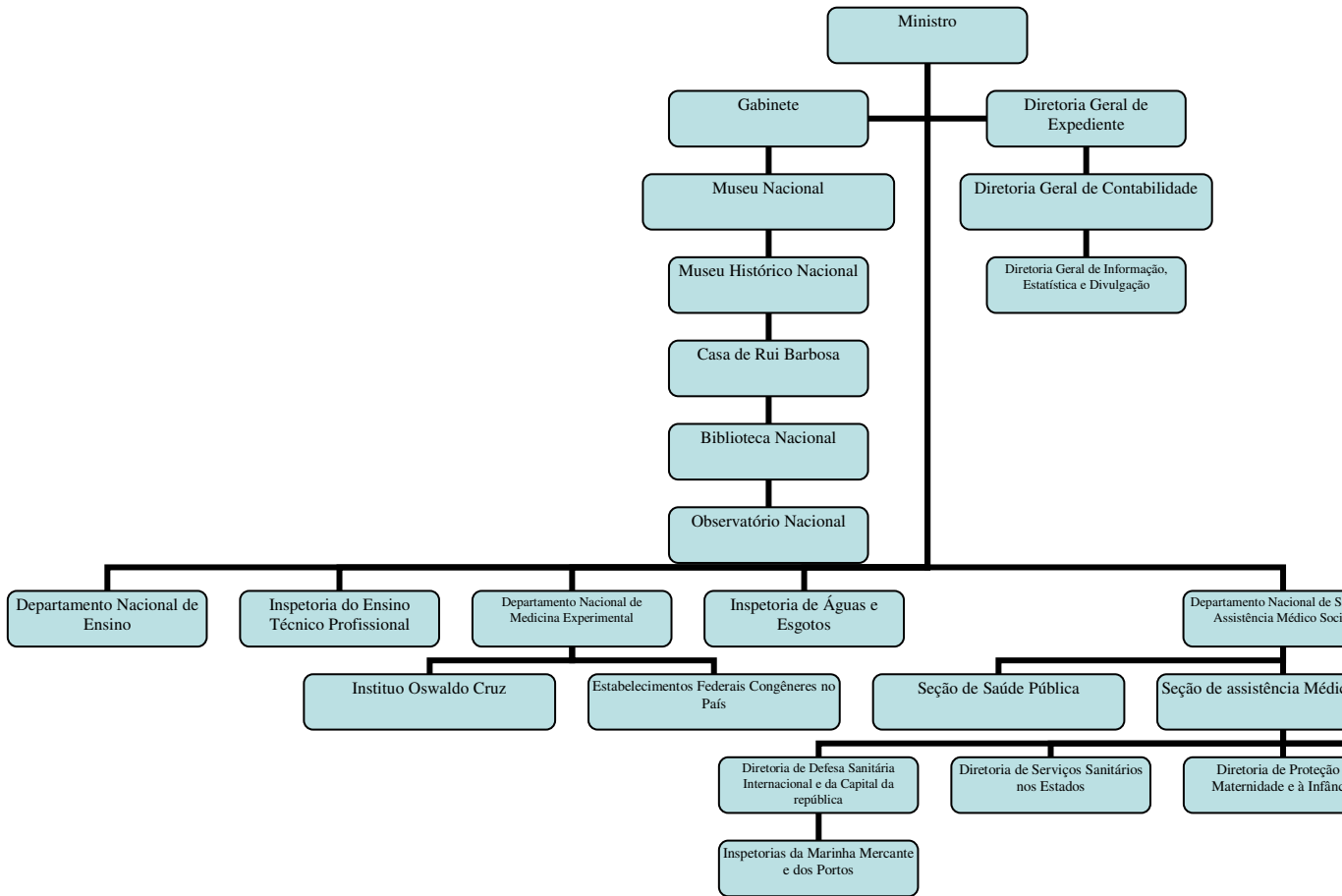
Anexo 2: Ministério da Educação e Saúde Pública (segundo decreto 24814, de 14 de julho de 1934) – (página 119).

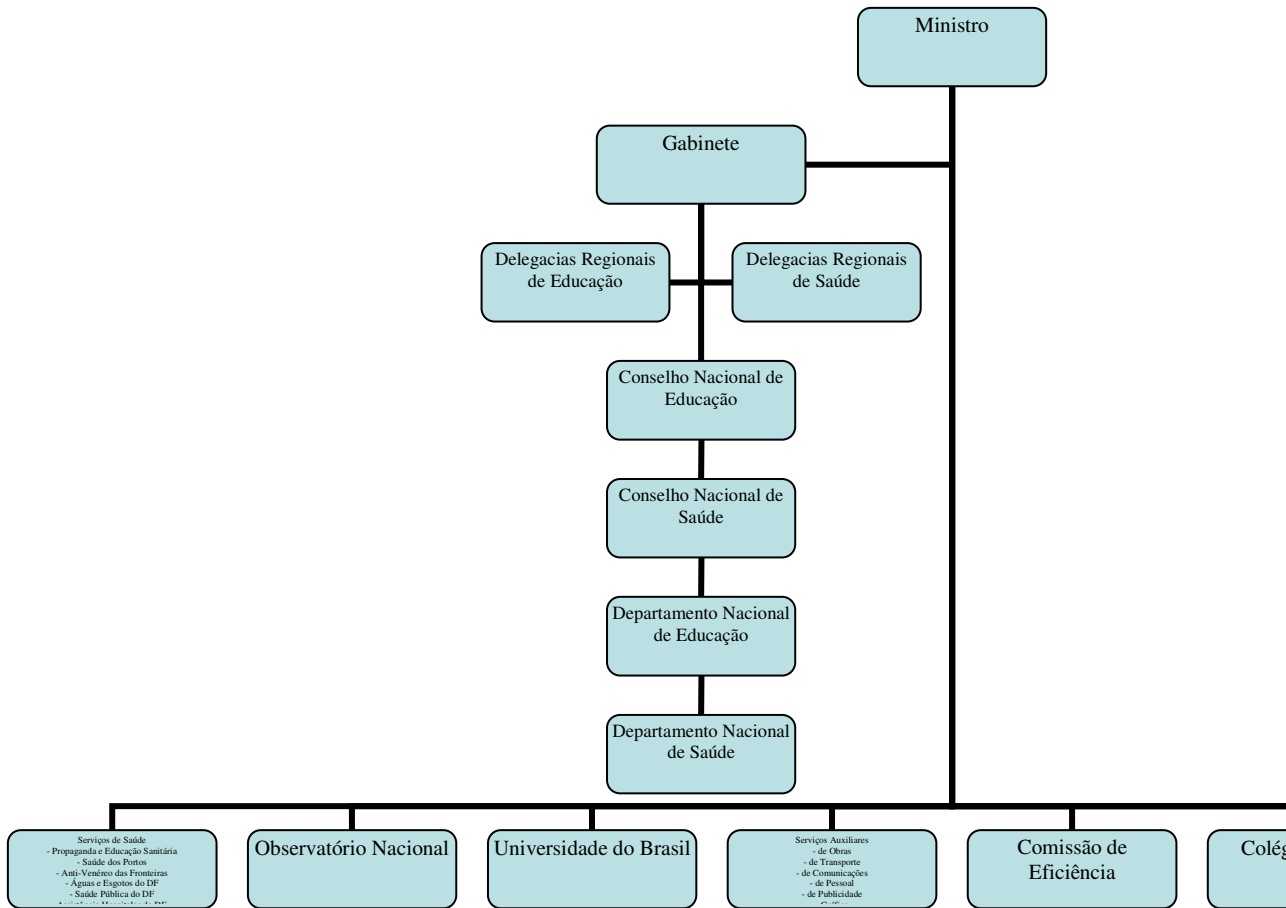
Anexo 3: Ministério da Educação e Saúde (de acordo com a lei 378, de 13 de janeiro de 1937) – (página 120).

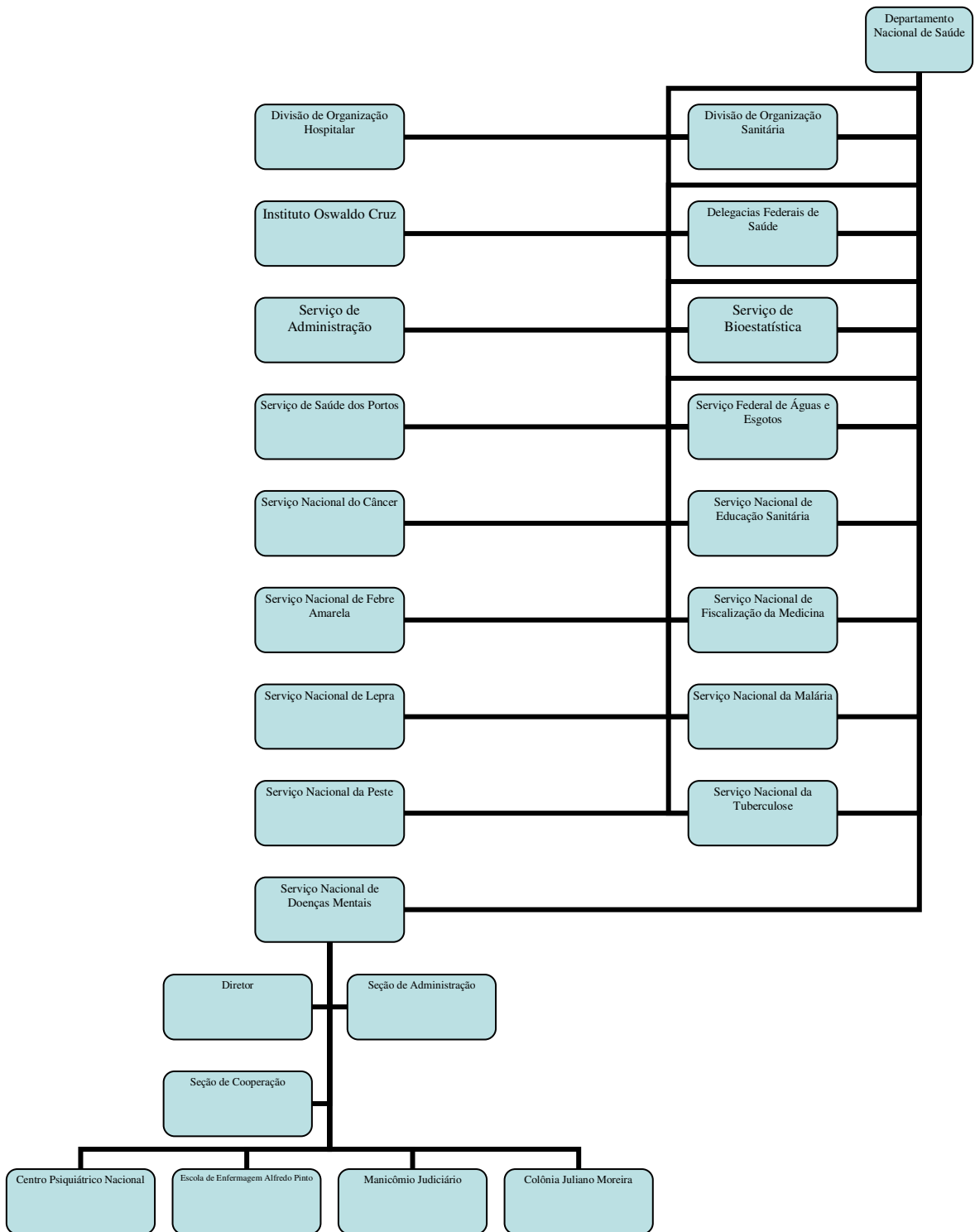
Anexo 4: Departamento Nacional de Saúde (segundo o decreto-lei 3171, de 2 de abril de 1941) – (página 121).

¹⁵⁴ GAMA E SILVA. *op cit.* p. 17 – p. 41 & FONSECA. *op cit.* p. 292.









OUTROS DOCUMENTOS

Anexo 5: Inquérito Psiquiátrico de 1937¹⁵⁵:

- 1) Quantos hospitais há destinados à internação de psicopatas? A que sistema obedecem (mono-bloco ou pavilhonar)? A que regime de assistência estão submetidos os doentes (regime fechado, serviço aberto, hospital colônia)? Possuem ambulatórios e dispensários?
- 2) De quando datam esses serviços?
- 3) Tem autonomia administrativa e técnica, ou estão ligados diretamente aos Serviços de saúde Pública? Há alguma regulamentação para os mesmos?
- 4) A quanto monta a verba que lhes é destinada anualmente?
- 5) São dirigidos por médicos especialistas? Possuem serviço especializado de enfermagem? Qual a percentagem de médicos psiquiatras para o total de doentes? Qual a percentagem de enfermeiros e guardas no mesmo sentido?
- 6) Estão os hospitais para psicopatas aparelhados de serviços anexos, como os de intercurrencia, clínica cirúrgica e especializadas (oftalmologia, oto-rino), fisioterapia, etc.? São munidos de serviços destinados a pesquisas e investigações clínicas, com a respectiva parte de laboratório?
- 7) Quantas Casas de Saúde particulares especializadas existem? São dirigidas por psiquiatras? Sofrem fiscalização do Serviço Oficial?

¹⁵⁵ BARRETO, João de Barros. Serviços Federais de Saúde – Assistência a Psicopatas. **In:** *Arquivos de Higiene*. fevereiro de 1938, ano 8, no. 1. pp. 88-93.

8) Qual o processo para admissão, permanência e saída dos doentes nos hospitais públicos ou privados? Qual o número atual de doentes internados em estabelecimentos públicos ou privados? Discriminá-los por sexo, cor, idade, nacionalidade, estado civil, profissão e precedência (si do Estado ou de fora). Será possível a estatística diagnóstica ou nosográfica dos mesmos?

9) Quais, entre as causas apuradas de psicopatias, as mais frequentes? Particularizar, entre as mesmas, sobretudo a sífilis nas suas variantes, as toxicomanias (especialmente o alcoolismo) e os fatores sociais. Relatar os dados verificados em relação à hereditariedade nos psicopatas. Qual a idade mais frequente no despertar das doenças mentais?

10) Qual a percentagem anual de internações e saídas? Qual a percentagem de curas ou remissões, se possível por entidades? Qual a percentagem de óbitos verificada anualmente, e se possível a estatística das *causa-mortis*?

11) Há alguma organização de ordem oficial ou privada, visando a Higiene Mental e a Assistência Social? Os flagelos sociais, como as toxicomanias (em especial o alcoolismo e diambismo), prostituição, suicídio, mendicância, vadiagem, pauperismo, etc. sofrem combate ou repressão? Têm sido objeto de verificação, estudo ou fiscalização as práticas dos chamados baixo-espírito, misticismo afro-brasileiro, catimbós e cangerês? Qual o grau de difusão das mesmas e a sua influência na gênese das psicopatias?

12) Há algum serviço que cuide de seleção ou orientação profissional? Nas organizações que cuidam da Higiene do Trabalho há alguma secção destinada à neuro-psiquiatria? No Serviço Médico-Escolar há psiquiatras e técnicos de pedagogia? Faz-se o chamado Serviço de Despitagem Escolar? O método de admissão e promoção dos alunos nas escolas primárias é orientado pelo emprego de testes especializados?

13) Há algum Instituto destinado a crianças anormais? Qual o número de crianças internadas nos hospitais psiquiátricos, se possível discriminadas pelo diagnóstico?

14) A que serviço estão afetos as incidências médico-legais dos alienados? Existe Manicômio Judiciário? Qual a sua organização? No Serviço Médico-Legal do Estado há alguma seção especializada para a perícia psiquiátrica? Há anexos psiquiátricos nas prisões? Há psicopatas nas prisões? Quantos?

15) Há alguma Sociedade Científica visando o estudo dos problemas da neuro-psiquiatria? No caso de haver Faculdade de Medicina, há alguma colaboração entre as clínicas neuro-psiquiátricas e o Serviço de Assistência a Psicopatas? Os hospitais de psicopatas, pelos seus técnicos, têm alguma função no ensino universitário ou privado, da neuro-psiquiatria?

Anexo 6: Perguntas relativas à psiquiatria no “Questionário sobre a situação sanitária e assistencial dos estados¹⁵⁶”:

(...) XV – Assistência

101 – Quantos hospitais e casas de saúde especializada para doenças nervosas e mentais existem no Estado? (dar o total de leitos e o seu número, por mil habitantes, em cada município).

102 – Qual o número de alienados por dez mil habitantes?

¹⁵⁶ Questionário sobre a situação sanitária e assistencial dos estados. Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.26 / I-19. CPDOC / FGV.

BIBLIOGRAFIA

Fontes Primárias

- *Legislação*

BRASIL. Decreto 82, 18 de Julho de 1841. Funda o Hospício Pedro II.

BRASIL. Decreto 1.077, 4 de Dezembro de 1852. Aprova e manda executar o Estatuto do Hospício Pedro II.

BRASIL. Decreto 146-A, 11 de Janeiro de 1890. Desanexa da Santa Casa de Misericórdia o Hospício Pedro II que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados.

BRASIL. Decreto 508, 21 de junho de 1890. Cria a Assistência Médico-Legal a Alienados.

BRASIL. Decreto 1.559, 7 de Outubro de 1893. Reorganiza os serviços da Assistência a Alienados onde define que as Colônias são exclusivas aos alienados indigentes.

BRASIL. Decreto 1.132, 22 de Dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados e propõe a criação de uma instituição para os alienados que se encontravam nas prisões públicas.

BRASIL. Decreto 5.125, 1 de Fevereiro de 1904. Aprova novo regulamento para a Assistência a Alienados.

BRASIL. Decreto 8.834, 11 de Julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados e altera a designação do Hospício Nacional de Alienados para Hospital Nacional de Alienados.

BRASIL. Decreto 9.748, 31 de Agosto de 1912. Aprova o projeto e plantas das obras de instalação de uma Colônia de Alienados na Fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá.

BRASIL. Decreto-Lei 2.442, 5 de Janeiro de 1921. Trata do Manicômio Judiciário em seu segundo artigo.

BRASIL. Decreto-Lei 4.242, 5 de Janeiro de 1921. Fixa despesa geral da República dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1921 e inclui o aumento de recursos para conclusão da Colônia de Alienados de Jacarepaguá.

BRASIL. Decreto-Lei 14.831, 25 de Maio de 1921. Aprova regulamento do Manicômio Judiciário.

BRASIL. Decreto-Lei 15.299, 18 de Janeiro de 1922. Aprova crédito suplementar à consignação para conclusão da Colônia de Alienados de Jacarepaguá.

BRASIL. Decreto 5.148-A, 10 de Janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psychopatas no Distrito Federal.

BRASIL. Decreto 17.805, 23 de Maio de 1927. Cria a Assistência a Psychopatas.

BRASIL. Decreto 24.559, 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências.

BRASIL. Decreto-Lei 578, 13 de Janeiro de 1937. Reorganiza o Ministério da Educação e Saúde Pública e estabelece que a assistência a psicopatas no Distrito

Federal seria atribuição do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, composto dos seguintes órgãos: Hospital Psiquiátrico, Instituto de Neuro-Sífilis, Colônia Juliano Moreira, Colônia Gustavo Riedel e Manicômio Judiciário.

BRASIL. Decreto-Lei 3.171, 2 de Abril de 1941. Cria o Serviço Nacional de Doenças Mentais.

BRASIL. Decreto-Lei 3.189, 10 de Abril de 1941. Dispõe sobre as aulas da Escola Profissional de Enfermeiros do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

BRASIL. Decreto-Lei 3.497, 13 de Agosto de 1941. Cria o Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

BRASIL. Decreto 17.185, 18 de Novembro de 1944. Aprova Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

BRASIL. Decreto-Lei 7.055, 18 de Novembro de 1944. Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a comissão inspetora, e dá outras providências.

- *Arquivo Gustavo Capanema*

Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 35.02.19. CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.03, I- 20. CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.03, I- 22. CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema. Gcf 36.05.26, I-19. CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 34.08.03, I-5, CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 34.08.03, I-10, CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 34.08.03, II-1, CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 34.08.03, II-14, CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 34.08.03, III-1, CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 34.08.03, VI-20, CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 36.05.26, I-20, CPDOC / FGV.

Arquivo Gustavo Capanema, Gch 36.05.26, I-22, CPDOC / FGV.

- *Periódicos*

Anais de Assistência a Psychopatas, 1939, vol. único.

Anais de Assistência a Psychopatas, 1941, vol. único.

Archivos de Hygiene, maio de 1937, ano 7, no. 1.

Archivos de Hygiene, novembro de 1937, ano 7, no. 2.

Archivos de Hygiene, fevereiro de 1938, ano 8, no. 1.

Archivos de Hygiene, novembro de 1938, ano 8, no. 2.

Archivos de Hygiene, junho de 1941, ano 11, no. 1.

Archivos de Hygiene, abril de 1942, ano 12, no. 1.

Archivos de Hygiene, abril de 1943, ano 13, no. 1.

Archivos de Hygiene, agosto de 1943, ano 13, no. 2.

Archivos de Hygiene, 1944, ano 14, no. 1.

Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria, 1940, vol. XXIII, no. 1.

Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1943, vol. único.

Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1945, vol. 1.

Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1945, vol. 2.

Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1949, vol. único.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Antonio Gouvêa de. Colônia Juliano Moreira: sua origem e um pouco de sua trajetória histórica (1890-1946) In: *Revista Brasileira de Saúde Mental*, ano 13, vol. XI, número único, 1967. pp. 161-169

BENCHIMOL, Jaime. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, Jorge; NEVES, Lucília de Almeida. *O Brasil Republicano – Economia e Sociedade, poder e política e representações, vol. 1: O tempo do liberalismo excludente – da proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro, ed. Civilização Brasileira, 2003.

CAPANEMA, Gustavo. Preâmbulo. In: *Plano de Reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública apresentado ao Poder Legislativo pelo Presidente da República*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1935. pp. 1-2.

_____. Finalidade. In: *Plano de Reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública apresentado ao Poder Legislativo pelo Presidente da República*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1935. pp. 6-7.

CASTRO SANTOS, Luiz A. de & FARIA, Lina R. de. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista, EDUSF, 2003.

CHALHOUB, Sidney. Cortiços. In: _____. *Cidade Febril – cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, ed. Cia, das Letras, 1996.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro, ed. Garamond, 2007.

CUNHA, Maria Clementina Pereira da. *Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro, ed. Paz e Terra, 1986.

- CUNHA LOPES, Ignácio. Aperfeiçoamento da Raça (problemas eugênicos e psico-higiênicos). In: *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro, ano 3, 1945. p. 211-235.
- ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. In: *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, vol.5, no.3, Fevereiro 1999. p.547-563.
- _____. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro 1830-1930)*. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2001.
- FONSECA, Cristina M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2007.
- FONTENELLE, J. P. Hygiene Mental e Educação. In: *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, no. 1, vol. 1, 1925.
- GAMA E SILVA, José Saldanha da. *Evolução do Ministério da Educação e Saúde*. Série Evolução da Administração Civil Brasileira, Rio de Janeiro, Monografia, FGV, s / d.
- GOMES, Ângela Maria de Castro. *Burguesia e Trabalho: política e legislação social no Brasil (1917-1937)*. 1. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- _____. Economia e trabalho no Brasil republicano. In: GOMES, A. M. de C.; PANDOLFI, Dulce; ALBERTI, Verena. (org.). *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002, v. , p. 216-319.
- _____. O ministério da Revolução. In: GOMES, A. M. de C.. (org.). *Trabalho e previdência: 60 anos em debate*. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV, 1992.

- _____. O primeiro governo Vargas: projeto político e educacional. In: MAGALDI, Ana Maria; ALVES, Cláudia; GONDRA, José. (org.). *Educação no Brasil*. Santa Catarina: EDUSC, 2003, v. , p. 445-462.
- _____. República, trabalho e cidadania. In: BOSCHI, Renato. (org.). *Corporativismo e desigualdade : a construção do espaço público no Brasil*. Rio de Janeiro: RioFundo, 1991.
- _____. O Trabalhador Brasileiro. In: OLIVEIRA, Lucia; VELLOSO, Mônica; GOMES, Ângela M. de C. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro, ed. Zahar, 1982. pp. 151-166.
- _____. Trabalhismo e democracia: o PTB sem Vargas. In: GOMES, A. M. de C.. (org.). *Vargas e a crise dos anos 50*. 1 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- _____. Vargas y los trabajadores de Brasil. In: D´ARAÚJO, Maria Celina (org.). *La era Vargas : estudio, seleccion y notas*. Cidade do México: Fundo de Cultura Economica, 1998, p. 93-107.
- GOMES, Ângela Maria de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro, FGV / USF, 2000. pp. 173-193.
- HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo, ed. Hucitec, 2006.
- _____. Reformas, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945). In: *Educar*. Curitiba, no. 25. Ed. UFPR. 2005.
- HOCHMAN, Gilberto & FONSECA, Cristina M. O. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In:

GOMES, Ângela Maria de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro, FGV / USF, 2000. pp. 173-193.

LATOUR, Bruno. As profissões. In: LATOUR, B. (org.). *Ciência em Ação – como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo, UNESP, 2000.

LOUGON, Maurício. *Os caminhos da mudança: alienados, alienistas e a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica pública*. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2006.

MACHADO, Roberto. *A Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, ed. Graal, 1978.

MARTINS, Paulo César Garcez. Habitação e Vizinhança – limites da privacidade no surgimento das metrópoles brasileiras. In: SEVCENKO, Nicolau (org). *História da Vida Privada no Brasil, vol. 3: República – da Belle Époque à era do rádio*. São Paulo, ed. Companhia das Letras, 1998.

MEDEIROS, Tácito Augusto. *Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Instituto Psiquiátrico UFRJ, 1977.

NOGUEIRA, Pedro. Aspectos da assistência a psicopatas em S. Paulo. In: *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, vol. XXIII, no. 1, 1940. pp. 75-82.

PEREIRA NETO, André de Faria. Tornar-se Cientista – o ponto de vista de Bruno Latour. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 13, no. 1, 1997.

PEREIRA, Maria de Fátima. *A psiquiatria brasileira nos anos de 1930 a 1950*. Dissertação de mestrado (não concluída), Rio de Janeiro, 1992, IMS/UERJ.

PICCININI, Walmor. Juliano Moreira (1873-1933): um brasileiro extraordinário. In: *Psychiatry on line Brazil*, no. 7 / Julho, 2002.

_____. História da Psiquiatria – Aduino Junqueira Botelho: notas biográficas. In: *Psychiatry on line Brasil*. vol. 14, n. 2, 2009.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2002.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. In: *Psychiatry on line Brazil - part of The International Journal of Psychiatry*, Dezembro 2001.

_____ & DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. In: *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, vol.12, no.3, Dezembro 2005. p.983-1010.

REIS, José Roberto Franco. *Higiene Mental e Eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)*. Dissertação de mestrado, Campinas, 1994, UNICAMP.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. & ROSÁRIO, N. do (orgs.) *Cidadania e Loucura: política de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, ed. Vozes/Abrasco, 1987. pp. 15-73.

RUSSO, Jane. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. In: RUSSO, J. *et al* (org.). *Duzentos anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ Editora da UFRJ, 1993. pp. 7-10.

SCHWARTZ, Lilian M. *O Espetáculo das Raças*. São Paulo, ed. Cia. das Letras, 1993.

SKIDMORE, Thomas. O Negro no Brasil e nos Estados Unidos. In: *Argumento*, ano 1. no. 1, 1973.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *A política biológica como projeto: a “eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, 2006, PPGHCS/COC – Fiocruz.

STEPAN, Nancy. Eugenia no Brasil 1917-1940. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, Diego (org.). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, ed. Fiocruz, 2003.

TELAROLLI JR., Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo, Fundação Editora da UNESP, s / d.

TEIXEIRA, Manoel Olavo. Nascimento da Psiquiatria no Brasil. In: *Cadernos IPUB*, n. 8, 1997. pp.42-78.

_____. Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho. In: *Cadernos IPUB*, vol VI, n. 18, 2000. pp.84-101.

VENANCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. In: *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, vol. 10, n. 3, 2003. pp. 883-900.

_____ & CARVALHAL, Lázara. Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. In: DUARTE, L. F. D.; RUSSO, J.; VENANCIO, A. T. A.. (Org.). *Psicologização no Brasil: atores e autores*. 1ª ed, Rio de Janeiro, ed. Contra Capa, 2005. pp. 65-83.

_____ & _____. A Classificação Psiquiátrica de 1910 – ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: JACÓ-VILELA, A.M.; CEREZZO, A.C.; CONDE, H.. (Org.). *Clio-Psyché Ontem: Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil*. 1ª ed, Rio de Janeiro, ed. Relume/Dumará, 2001. pp. 151-160.

_____ & FACCHINETTI, Cristiana. “Gentes provindas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 1, no. 1, ed. Escuta, 1998. pp. 356-363.

WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio para guardar doídos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Editora da Universidade UFRGS, 2002.