

QUANDO A RAZÃO COMEÇA A JULGAR A LOUCURA: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA MANICOMIAL EM PERNAMBUCO

Carlos Alberto Cunha Miranda¹

Resumo

Este artigo tem como proposta realizar uma análise do processo de formação de uma nova mentalidade de assistência aos alienados que se deu na passagem do século XIX para o XX, na cidade do Recife. Inicialmente, chamarei a atenção para as ações da Santa Casa de Misericórdia quanto aos cuidados com os loucos durante o Império. Posteriormente, será observada uma nova prática médica quando da institucionalização da estrutura manicomial em Pernambuco, com a construção do Hospital de Alienados, em 1883, transformado em Hospital de Doenças Nervosas e Mentais do Recife, no século XX.

Palavras-chave: Caridade, Psiquiatria, Manicômio.

Abstract

This article aims to undertake an analysis of the process of forming a new mentality of assistance to the insane people that occurred in the late nineteenth to the twentieth century, the city of Recife. Initially, I will call attention to the actions of the Holy House of Mercy in caring for the insane during the Brazilian Empire. Later, it will be observed a new medical practice related to the institutionalization of asylum structure in Pernambuco, with the construction of the Psychiatric Hospital in 1883, transformed into Hospital of nervous and mental diseases in Recife, in the twentieth century.

Keywords: Charity, Psychiatry, Psychiatric Hospital

¹ Professor do Departamento de História da Universidade Federal de Pernambuco.

A partir do século XVII, o chamado período da “grande internação” consistiu em segregar, nas instituições correcionais, nos hospitais e *asilos*, através da repressão policial, a liberdade de uma grande massa de indigentes, delinqüentes, vadios, desempregados e loucos. Nessa época, a loucura passou a ser vinculada à maldade e o louco considerado um animal embrutecido, dotado de uma ferocidade natural, representando um perigo para a família e a sociedade.

Já na segunda metade do século XVIII esta política de confinamento sofreu questionamentos, primeiramente por parte dos internos que não apresentavam um quadro de alienação e temiam os riscos estabelecidos pela convivência com os loucos. Igualmente, em meio as novas necessidades da política econômica que se delineava em consonância com os princípios da industrialização nascente, as instituições de reclusão passaram a ser percebidas economicamente como limitadas, uma vez que em si não resolviam os problemas sociais existentes. É nesse momento que serão inseridos vários projetos baseados, sobretudo, na separação entre o “pobre válido e o pobre inválido”. O primeiro deveria ser reintroduzido no mundo do trabalho e o segundo considerado um peso morto para a sociedade.

Nesse contexto, foram repensadas novas formas de assistência estatal ou privada. A assistência à loucura recebeu um novo estatuto público. O louco, então, seria internado em instituições específicas e capazes de curá-lo, afastando-o do convívio social em função da sua periculosidade. Aos poucos, o internamento indiscriminado nos hospitais gerais foi substituído pelo confinamento no *Asilo* através de medidas reformadoras.²

Na Europa e nos Estados Unidos surgiram várias tendências referentes ao alienismo clássico que se articulavam no sentido de tornar a loucura uma questão médica. William Tuke (1732-1822), na Inglaterra, Vincenzo Chiarugi (1750-1820), na Itália, Benjamin Rush (1746-1813), nos EUA, e Philippe

2 FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica* - terceira parte- São Paulo: Editora Perspectiva. 1978.

Pinel (1745-1826), na França, justificaram “cientificamente” o isolamento e o trabalho como medidas terapêuticas. Dessa forma, a psiquiatria consubstanciou de ambigüidades o seu projeto de defender a sociedade contra a loucura e tratar os loucos em locais avaliados como terapêuticos. E, dentro dessa nova realidade, erige uma nova instituição: o manicômio.

Pinel se destaca não só pela suas idéias em prol das reformas nos hospícios, mas, sobretudo, pelo fato de descrever a loucura a partir de sinais ou sintomas agrupados segundo os princípios da classificação das ciências naturais estabelecida pelo naturalista sueco Carl Lineu. O saber classificatório interessava principalmente pelas repartições das superfícies através da observação dos sintomas da doença. É em virtude desse conhecimento taxonômico que o pensamento médico da época direcionou o conhecimento discursivo da loucura.

Em sua classificação, Pinel enfatizou a importância da observação das peculiaridades do comportamento do paciente, a fim de que se obtivesse uma descrição sem distorções. Sendo assim, a fala, os gestos e as expressões da face e dos olhos passaram a ser cuidadosamente analisados pelo corpo médico do hospício tendo em vista identificar o tipo de lesão nas faculdades mentais para, só assim, prescrever um tratamento adequado ao alienado. Enfim, insistia-se na necessidade imperiosa de os médicos conviverem, o maior tempo possível, com os “doentes mentais” para estudar seus comportamentos e suas personalidades.³

Cogitava-se que o isolamento no hospício e a percepção de novos costumes e de novas sensações pelos alienados proporcionariam um “efeito moral” importante para a cura. O isolamento foi um dos argumentos mais fortes defendidos no início do tratamento psiquiátrico, considerado um meio positivo para o sucesso da terapêutica prescrita. Assim como Pinel, Jean Dominique Esquirol (1772-1840) admitia que a clínica poderia ser pautada

3 Pinel, Philippe. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*; tradução de Joice Armani Galli – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

por meio de um processo de reeducação do alienado - “tratamento moral” - realizado em um hospício, longe da interferência da sociedade e, principalmente, da família e dos amigos. Assim, afastado de toda comunicação com o seu ciclo social, o interno passaria a se submeter às novas diretrizes traçadas pelos psiquiatras.⁴

Ressaltamos que, durante todo o século XIX, esse modelo proposto pelo médico francês e por seus discípulos inicialmente não foi seguido pela grande maioria dos hospícios europeus, haja vista a superlotação de suas populações, a falta de médicos e a insuficiência de verbas de manutenção.

Ainda nessa época, a psiquiatria, por meio de um discurso normativo, procurou estabelecer uma nova relação entre o louco e a sociedade. Para isso, fazia-se necessária a criação de novas formas de tratamento e de convívio dentro dos hospícios. Ao dar entrada no *asilo*, o interno era cercado por desconhecidos, principalmente aqueles que o assistiam os quais impunham sua autoridade através de uma rígida disciplina. De imediato, esse domínio provocava um profundo abalo na sua capacidade de reação. A alimentação, a medicação, o repouso, o recreio e o trabalho eram devidamente regulamentados. As relações estabelecidas entre médico e alienado eram bem definidas. Cabia a este obediência aos preceitos formulados, de modo que qualquer tentativa de resistência seria, imediatamente, repelida de forma coercitiva. Sendo assim, caso as privações impostas, a exemplo da suspensão da alimentação, não surtisses efeito, castigos corporais seriam utilizados. Segundo Joel Birmam, o princípio da ordem no tratamento moral era dotado de um caráter punitivo:

“Através dele a loucura seria banida, proibida de falar não podendo se formular em palavras e ações... é proibido ser louco num *asilo* de loucos. Ser louco num hospício é matéria punitiva, uma questão de castigo. A partir de então a loucura deve ser calada,

4 Apud. BIRMAN, Joel. “A psiquiatria como discurso da moralidade”. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978, p. 260. In: ESQUIROL, J.E.D. *Mémoire sur L’isolament des aliénés*. 3. parte, vol.II, p. 745.

disciplinada, pela ‘polícia externa’, para tornar-se controlada interiormente pela ‘polícia interna’⁵”.

Ao longo do século XIX, cada vez mais aumentava o número de pessoas internadas nos hospícios e novas categorias de “doenças mentais” pareciam surgir. Entretanto, a grande maioria dos pacientes não apresentavam qualquer melhora durante o período de internação, além de serem submetidos a um tratamento violento e desumano. O sistema asilar que prometiam a tão sonhada cura da loucura, rapidamente transformou-se num grande depósito de indigentes incuráveis, estigmatizados e excluídos da sociedade com o rótulo de “alienados”. Afirmar Roy Porter, “que o otimismo que criou o sistema asilar deixou em seu rastro um novo pessimismo ou fatalismo”.⁶

A segunda metade do século XIX é também marcada pela presença de grandes reformas urbanas, do sanitarismo, da biologia e das idéias evolucionistas, enfim, constitui-se um período em que as teorias e as práticas científicas foram aplicadas com maior intensidade sobre o homem, tudo em nome da ordem e do progresso. Destacamos os trabalhos de Charles Darwin, Claude Bernard e Pasteur que abalaram sensivelmente as elucidações demoníacas sobre a loucura, dando lugar ao surgimento de explicações de caráter científico.

Nesse período, percebemos o crescimento rápido da influência de psiquiatras alemães, especialmente através das teorias de Emil Kraepelin (1856-1926). Esse fato favoreceu, sobremaneira, os estudos anatomopatológicos e farmacológicos. Desconsiderando os aspectos afetivos e emocionais, a concepção organista passou a exercer uma forte influência nos hospícios que passaram a direcionar as práticas terapêuticas. Os tratamentos no manicômio foram direcionados para interferir diretamente sobre a lesão no cérebro, mais especificamente sobre o sistema nervoso. Esse

5 Joel Birman. Op. cit. pp. 407- 408.

6 PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991, p. 30.

procedimento tinha como objetivo alterar o estado do cérebro e, através dele, os comportamentos desviantes. Na medida em que a concepção organicista ganhou adeptos, o louco passou a ser tratado com práticas exclusivamente médicas. O emprego de recursos violentos, a exemplo das duchas frias, contenção no leito e camisas de força, também foi muito utilizado pelos organicistas nas duas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX como uma forma de “tratamento eficiente”.

No meio alienista, é importante ressaltar a grande aceitação da concepção de degenerescência de Bénédict-Augustin Morel, publicada em 1857, através de seu livro *Traité des dégénéresces*.⁷ As degenerações eram concebidas como desvios doentios mais ou menos pronunciados das qualidades originais do homem sob a ação de fatores e circunstâncias involuntárias transmitidas hereditariamente. Por sua vez, esses desvios lesionavam as células do sistema nervoso - a intoxicação. A essência dessa doutrina estava no caráter progressivo da transmissibilidade hereditária. Segundo o médico francês, à medida que o germe patológico era transmitido, seus efeitos se agravavam e os descendentes desciam os degraus da decadência física, mental e moral até a “degenerescência cretina”.⁸ Ao fim do percurso, devido a esterilização, a linhagem afetada se extinguiria por si só, por uma espécie de eliminação natural.

O conceito de degenerescência é originado de uma preocupação com o crescimento das populações pobres, pois se acreditava que o pauperismo, a ignorância, o alcoolismo, a epilepsia e a sífilis eram agentes que predispunham os indivíduos à degeneração. Diagnosticada em função das influências patológicas e sociais, era considerada a grande responsável pela ocorrência de uma elevada taxa de criminalidade, delinquência e loucura. Dessa forma, tal conceito, transmitido de geração a geração, ampliou

7 HARRIS, Ruth. *Assassinos e loucura: medicina, leis e sociedade no fim de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993, p. 59.

8 BERCHERIE, Paul. *Fundamentos da Clínica - História e Estrutura do Saber Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989, p. 110.

significativamente a noção de insanidade mental, criando novos rótulos para as condutas coletivas e individuais - a anormalidade moral. No início do século XX, novos personagens invadiram os hospícios: agora não são só os loucos mansos, os furiosos e os delirantes que passam a habitar os asilos, mas também indivíduos portadores de uma loucura invisível, *os degenerados* ou loucos morais, todos portadores de comportamentos estranhos e rebeldes. Essa nova concepção de loucura criou uma nova *classe de indivíduo mentalmente doente e perigoso*.

Como não era possível visualizar as anomalias no cérebro através das necropsias dos indivíduos diagnosticados como degenerados, optou-se por observar seus caracteres externos a fim de melhor diagnosticá-los.⁹ Para os discípulos de Morel, era comum “os candidatos à degenerescência” apresentarem algum tipo de má conformação. Assim, os diâmetros cranianos, algumas vezes, eram inferiores à média, outras vezes existiam desproporções entre o crânio e a face. Os degenerados também eram passíveis de possuir assimetria no rosto, dentes irregulares, configuração irregular das orelhas e anomalias nos órgãos genitais. O estrabismo e os tiques nervosos igualmente poderiam ser encontrados nesses indivíduos, além disso, eram tidos como excêntricos, exaltados, vaidosos e, sobretudo, egoístas. A busca incessante e minuciosa que indicasse sinais expressivos de traços anatômicos de degenerescência nos cérebros dos cadáveres perdurou durante muitas décadas nas aulas de anatomia das faculdades de medicina e nos laboratórios médico-legal.

No final do século XIX, o francês Valentin Magnan (1835-1916), em consonância com Morel, formulou a constituição da categoria dos hereditários-degenerados a qual, por sua vez, dividia-se em quatro classes: idiotas, imbecis, débeis mentais e degenerados superiores, sendo as duas últimas afeitas às loucuras degenerativas. As loucuras dos hereditários

9 LOUGAN, Mauricio. *Psiquiatria Institucional: do hospício a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 64.

degenerados formavam quatro classes: 1) idiotia, imbecilidade e debilidade mental; 2) anomalias cerebrais - estado mental dos desequilibrados; 3) síndromes episódicas; 4) delírios propriamente ditos: nascidos no terreno do desequilíbrio mental e deles extraíam-se características particulares que permitiam reconhecê-los clinicamente. Magnan foi também o responsável pela elaboração do conceito da “predisposição hereditária”, ou seja, alguns indivíduos, por herança, apresentavam uma disposição à doença mental, distinguindo-se por caracteres orgânicos e psíquicos “anormais”. Tanto Morel como Magnan acreditavam que comumente “os candidatos à loucura” possuíam má conformação.

Durante a infância, os degenerados apresentavam dificuldade no andar, falar e sérios problemas com a dentição. Sob o ponto de vista psíquico, ofereciam caracteres nitidamente patológicos. Na fase adulta, eram excêntricos, exaltados, vaidosos e, sobretudo, egoístas. Não apreciavam a noção de justiça e perturbavam os espaços sociais. Teimosos, eram propensos ao álcool e à devassidão. Ainda para alguns médicos adeptos de Magnan, era possível a família dos alienados apresentarem uma “predisposição hereditária”, na qual eram evidenciados alguns caracteres “anormais” de ordens físicas, mentais e morais, típicas de um indivíduo degenerado. Constatavam os médicos que, nessas famílias, eram freqüentes as congestões cerebrais, hábitos alcoólicos, fealdade extrema e perversão psíquica. Essas concepções médicas, no que concerne às noções de degenerescência e de constituição, criaram possibilidades de se rotular condutas individuais ou coletivas, como “anormais”. Nesta época, o limite entre a criminalidade e a loucura se torna tênue e a teoria da degenerescência causa uma verdadeira reviravolta no pensamento psiquiátrico, fato que fez aumentar, substancialmente, o número de internos nos hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, influenciados por tais teorias, os psiquiatras passaram efetivamente a compactuar com os postulados eugênicos criados pelo inglês Francis Galton. Nos primeiros anos do século XX, na Europa, nos Estados

Unidos e no Brasil, as sociedades eugênicas, em sua grande maioria, passam a ser dirigidas pelos médicos psiquiatras.

“A psiquiatria pode efetivamente, a partir dessa noção de degeneração, a partir dessas análises da hereditariedade, conectar-se, ou antes, dar lugar a um racismo, um racismo que foi nessa época muito diferente do que poderíamos chamar de racismo tradicional, histórico, o “racismo étnico”. O racismo que nasce na psiquiatria dessa época, é o racismo contra o anormal, é o racismo contra o indivíduo, que, sendo portadores seja de um estado, seja de um estigma, seja de um defeito qualquer, pode transmitir a seus herdeiros, da maneira mais aleatória, as consequências imprevisíveis do mal que trazem em si, ou antes, do não-normal que trazem em si”¹⁰”.

Entretanto, já no final do século XX, alguns psiquiatras europeus passaram a questionar a categoria dos alienados degenerados, especialmente através de Kraepelin que se recusava a utilizar o critério da degeneração com base para qualquer classificação etiológica.¹¹

No Brasil, um exemplo significativo da grande aceitação da teoria de Morel foram os diagnósticos fornecidos aos pacientes do Hospício Nacional de Alienados, no começo do século, nos quais 90% dos casos foram classificados como *degenerados atípicos*.¹² O enclausuramento destes indivíduos atendia aos reclamos de alguns setores da sociedade, especialmente da elite médica e jurídica. Nesse contexto, era necessário sanear os espaços urbanos da presença dos degenerados que, de alguma forma, perturbavam a paz social e contribuíam com o “enfraquecimento da raça”.

Assumindo feições ecléticas, os trabalhos apresentados pelos acadêmicos nas faculdades de Medicina do Brasil seguiram a orientação metodológica baseada na concepção de Pinel, na degenerescência de Morel e

10 FOUCAULT, Michel. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 403.

11 CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: O Aparecimento do Manicômio na Passagem do Século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo; EdUSP, 1998, p. 123.

12 RESENDE, Heitor. *Política de Saúde Mental no Brasil. Uma visão Histórica*. In: *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Editoras Vozes, 1990, p. 44.

na teoria organicista de Kraepelin. O novo sistema de assistência psiquiátrica permitiu que fossem realizadas inúmeras reformas nos hospícios através de pesquisas e novas tecnologias, a exemplo de laboratórios e dos serviços médico-legais, além de uma maior ingerência, por parte dos médicos, junto a instituições como o Estado, a família e a escola.

Os primeiros tempos da assistência aos alienados em Pernambuco

Durante o Império, muitos dos indivíduos considerados loucos viviam perambulando pelas ruas das cidades, fazendo-se notar pelos seus “gestos grotescos”, sendo motivo de chacota pela população local. Estes portadores de “doenças mentais”, especialmente pertencentes a população pobre e escrava, não possuíam qualquer tipo de assistência médica, mesmo àqueles que se encontravam internados nos hospitais das Casas de Misericórdia.

Na Santa Casa, o cargo de provedor da irmandade era muito disputado por homens de grandes posses imbuídos por um “espírito caritativo” os quais, na verdade, estavam mais preocupados em realizar boas ações para agradar a Deus e salvar a sua própria consciência. É assim que, nos hospitais dessas instituições, exercia-se uma função muito mais assistencial do que propriamente terapêutica. Salientamos que, desde período colonial, integrar os quadros das misericórdias possibilitava, às camadas privilegiadas da sociedade, não só o aumento de prestígio social, mas também o acesso aos negócios lucrativos e outros benefícios em proveito de seus familiares.¹³

Ainda no decorrer do Império e nos primeiros anos da República, a Santa Casa da Misericórdia do Recife foi considerada a irmandade mais rica da província, o que pode ser comprovado pelo grande patrimônio imobiliário e de capital angariados com as fartas doações de seus irmãos e das autoridades governamentais. Apesar disso, no hospital assistencial desta

13 MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A Arte de curar nos tempos da colônia: Limites e espaços de cura*. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004, p. 413.

instituição, os doentes eram mal alimentados, viviam em péssimas condições de higiene, enclausurados em celas sujas, escuras e úmidas. As visitas médicas eram esporádicas, a medicação, pouca e ineficiente, muitas vezes era prescrita pelos escravos encarregados de cuidar dos pacientes. Condenados à morte, eram, muitas vezes, submetidos a maus tratos, alimentação escassa, espancamentos e acometidos por doenças infecciosas. Por sua vez, as famílias abastadas escondiam seus “doentes mentais” em suas residências ou em quartos construídos anexos com essa finalidade, onde recebiam esporadicamente a visita de um médico, essa prática foi mantida até o século XX.

Após a independência e com a criação das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1832, e da Sociedade de Medicina e Cirurgia começaram a surgir os primeiros protestos contra a situação de total abandono em que viviam essas pessoas. Como membro da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o Dr. José Martins da Cruz Jobim elaborou um relatório criticando as precárias condições de assistência proporcionada a essa parcela da população.

Em relatório datado de 1840, o diretor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, mencionou a necessidade de se construir um hospital especializado para o tratamento dos loucos. Nessa época, a psiquiatria no Brasil seguiu o modelo da escola francesa de Pinel e Esquirol e serviu de modelo para criação do primeiro hospício no Brasil. Em 18 de junho de 1841, D. Pedro II assinou o decreto de nº 82 versando sobre a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. Entretanto, o hospício Pedro II foi inaugurado em cinco de dezembro de 1852, tendo seus trabalhos de construção prosseguidos até 1855.

O engenheiro encarregado da obra para a construção do Pedro II, Domingos Monteiro, tomou como referencial arquitetônico o hospital de *Chareton*, considerado um referencial da psiquiatria francesa. Situado na praia Vermelha, tinha capacidade para 350 pacientes e passou a receber alienados de várias províncias do Império. Nos primeiros tempos do Pedro

II, o hospício foi dirigido pelas Irmãs de Caridade e por um corpo médico que possuía pouca influência junto à direção do hospital. Frente a essa situação de subordinação, os doutores em medicina passaram a questionar a estrutura administrativa e as condições em que viviam os alienados. Essas críticas demonstravam o quanto a classe médica estava ansiosa em impor sua hegemonia sobre o sistema asilar.

Apesar de ser uma edificação nova, as dificuldades e os maus tratos persistiram, a exemplo da falta de higiene nas enfermarias, superlotação, truculência dos enfermeiros, do emprego da camisa de força, dos castigos corporais, da falta de médicos e do alto índice de mortalidade entre os pacientes vitimados por doenças infecto-contagiosas. Além disso, crianças órfãs eram admitidas nas enfermarias do hospital, misturando-se com pacientes agressivos e portadores das mais variadas doenças contagiosas.

Desde 1886, assumiu a direção do hospício o médico Teixeira Brandão, responsável pela criação da Assistência Médico-Legal aos Alienados. Adepto, juntamente com outros psiquiatras, da teoria da degeneração de Morel, divulgou, em 1884, um relatório que demonstrou um aumento significativo no número de internações no Hospício. Certamente esse acréscimo esteve relacionado com a ampliação de novos diagnósticos da doença mental formulados a partir da concepção de Morel.

“O exemplo da distribuição por diagnósticos da clientela do Hospício Nacional de Alienados (90% de casos classificados como degenerados atípicos) dá bem a idéia das possibilidades de se recolher das ruas, sob esse rótulo bombástico, um leque extremamente amplo de indivíduos, desde doentes mentais, digamos autênticos, a marginalizados sociais de todos os matizes e categorias¹⁴”.

Nos primeiros anos da República, o Pedro II recebeu o nome de *Hospício Nacional dos Alienados* e sua administração foi desvinculada da Santa Casa de Misericórdia, ficando sob a tutela do Estado. Em sete de

14 Heitor Resende. Op.cit. p. 44.

outubro de 1893, na Capital Federal, foi reorganizada a Assistência Médico-Legal do Hospício Nacional dos Alienados, em conjunto com a criação do Pavilhão de Observação, o qual receberia os doentes suspeitos de alienação mental enviados pelas autoridades públicas.

Durante a presidência de Rodrigues Alves foi promulgada uma lei federal de *Assistência aos alienados*, datada de 1903, tendo como relator Teixeira Brandão. Essa lei estabelecia normas para internação dos alienados e delegava amplos poderes para os psiquiatras no âmbito da administração hospitalar. O decreto 132, de 23 de dezembro, instituiu que os hospícios deveriam ser os únicos lugares aptos a receber os loucos, subordinando sua internação ao crivo e uma avaliação médica. Nessa perspectiva, o discurso psiquiátrico foi reforçado e reconhecido publicamente. Este fato fez do psiquiatra um *personagem* detentor de uma espécie de autoridade e moral e policial. Administrativamente estava vinculado à polícia por ter de prestar conta das internações efetuadas por decisões judiciais.¹⁵ Entretanto, a promulgação dessa lei, sem as necessárias dotações orçamentárias, dificultou a instalação de manicômios judiciários.¹⁶

No mesmo ano, a direção da Assistência a Alienados e do Hospício Nacional foi entregue ao baiano Juliano Moreira, cargo que ocupou durante 23 anos.¹⁷ Durante a sua gestão, foram criados o Pavilhão - para doentes portadores de doenças infecto-contagiosas, os serviços cirúrgicos, antropométricos, fotográficos, oftalmológicos, odontológicos e o necrotério, além de laboratórios clínicos e anátomo-patológicos. Na época, o médico e seus colaboradores implementaram no hospício a doutrina organicistas de Kraepelin, o que resultou em um aumento significativo de internos no seu interior portadores de novos quadros nosográficos.

15 MANNONI, Maud. *O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981 p. 23.

16 ISAÍAS, Paim. *Estudos psiquiátricos*. Campo Grande: Solivros, 1998, p. 26.

17 PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2002, p. 98.

No final do século XIX e nas duas primeiras décadas do XX, a desagregação do sistema senhorial e a libertação dos escravos acarretaram a ida de uma grande massa de ex-escravos, brancos pobres e de parte da população rural para as principais capitais do Brasil que passaram a serem ocupadas por indivíduos de várias etnias, nacionalidades, culturas e de poder econômico com acentuadas diferenças. Para a grande maioria dessas pessoas, essas mudanças não representaram opções tranquilas para a consecução de uma vida melhor.

O desenvolvimento da indústria brasileira acarretou um significativo aumento da classe operária. Imigrantes pobres de várias partes do mundo, especialmente espanhóis, portugueses e italianos se tornaram trabalhadores nas fábricas. Nas cidades, as diferenças e os conflitos sociais entre as classes foram potencializados e se tornaram mais visíveis. As concentrações de indivíduos formando multidões, muitas vezes sem rumo, tornam-se uma perigosa ameaça à ordem social vigente. Nessa época, eclodem diversos conflitos culturais e sociais, principalmente na Região Sudeste do país. Foi nesse contexto que, no final do século XIX e nos primeiros anos da República, setores dominantes da sociedade brasileira começaram a se preocupar com o rápido crescimento desse contingente de pessoas que, organizado ou não, encontrava-se marginalizado na sociedade. Na época, ancorados no determinismo biológico de Cesare Lombroso e nos discursos racistas de Gobineau, Gustave Le Bon e de Francis Galton, médicos e intelectuais brasileiros procuraram justificar e legitimar a exclusão social, principalmente dos ex-escravos nas grandes cidades.

A forma encontrada pelas elites para disciplinar esses *indesejáveis* foi reprimir suas reivindicações sociais e suas práticas culturais. A exclusão social e o preconceito racial, principalmente contra os ex-escravos, impediam a ascensão social desses grupos e alimentavam a idéia de que seus hábitos e costumes era o grande empecilho para que o Brasil alcançasse o ideal de progresso da civilização européia. Entre as elites, o medo da violência e da desordem nas cidades era generalizado. Em seu discurso,

especialmente dos médicos, o espaço das ruas era considerado, por excelência, o lugar onde se reproduziriam os futuros delinqüentes, prostitutas, degenerados, vagabundos e “loucos de todos os gêneros”. Fazia-se necessário reprimir, identificar e enclausurar essas pessoas consideradas nocivas à sociedade e com grande potencial para procriar futuros desajustados sociais. Temiam-se não só as práticas de roubos, saques e assassinatos, mas também a transmissão de inúmeras doenças. Dessa forma, esses indivíduos se tornaram alvos de temor e repúdio. Surgia, assim, a necessidade de elaborar leis, códigos e criar instituições, assistencialistas ou não, voltadas para vigiar e enquadrar essa população segregada.

O discurso médico sobre a cidade, produzido nas Sociedades, Academias e nas Faculdades de Medicina, incluía uma preocupação com as doenças físicas e mentais que atingia a população dos principais centros urbanos brasileiros. Para alguns setores da sociedade e da elite médica era necessária uma intervenção enérgica no sentido de afastar *os loucos e os degenerados*, alguns destes personagens famosos das ruas, tendo em vista seus comportamentos inconvenientes e atitudes violentas. O destino desses indivíduos, muitas vezes abandonados por seus familiares, era o enclausuramento num hospício em delegacia e presídios.

Os “tipos populares” mais pitorescos eventualmente foram aceitos pela população e continuaram vivendo pelas ruas da cidade, sendo, no entanto, motivos de deboches, gracejos e até agressões físicas por parte de crianças e adultos. Utilizavam bebidas, pronunciavam palavrões, expunham hábitos estranhos, vestimentas exóticas e perambulavam pelas ruas pedindo esmolas nas portas das igrejas e dos estabelecimentos comerciais e públicos. Pelas suas excentricidades, tornavam-se, com frequência, noticiários dos jornais.¹⁸

Em Pernambuco, no ano de 1851, os membros do Conselho Geral de Salubridade Pública denunciaram o estado de abandono e as péssimas condições de funcionamento do Hospital da Misericórdia de Olinda, onde os

18 SETTE, Mário. Arruar. Recife: Secretaria de Educação e Cultura de Pernambuco, 1978, p. 316.

pacientes, sem nenhuma espécie de assistência médica, apenas esperavam a hora da morte:

“O Hospital da Misericórdia continha 5 indivíduos, quatro alienados e um paralítico; é a miséria sobre a miséria o que pesa sobre esses infelizes que ali procuram um recurso aos seus males: eles vivem na imundice, e tragando a própria fome sem remédio que torne mais suportável seus males, sem vestimentas que abriguem seus corpos; e com um pouco do péssimo pão nada mais se pode ser 2 vezes infeliz, e esperar talvez com desesperança, a hora que principie e marca-lhes eterno descanso¹⁹”.

Quando a capacidade das enfermarias e dos porões desse hospital se encontrava lotada, os doentes eram prontamente encaminhados para as prisões comuns onde passavam a conviver com criminosos, ladrões e arruaceiros. Na segunda metade do século XIX, com a inauguração da Casa de Detenção do Recife, 1856, além dos delinquentes, o presídio passou a abrigar um contingente significativo de loucos, prostitutas, bêbados, vadios, mendigos e escravos, todos detidos a mando de delegados e chefes de polícia acusados de infligir os padrões de comportamentos estabelecidos pela sociedade rigidamente estratificada da época. Foi assim que surgiu a necessidade de retirar de circulação os elementos indesejáveis que apresentavam algum desvio de conduta e que “tanto perturbavam a ordem social”.

Nessa época, as pessoas consideradas alienadas no Recife eram internadas no Hospital Geral São Pedro de Alcântara que funcionou em vários locais do Recife e, por último, instalou-se no bairro dos Coelhos. Pertencia à Santa Casa de Misericórdia e suas instalações físicas eram de extrema precariedade. Aproveitando-se da incorporação da Santa Casa de Olinda pela do Recife em 1860, o Senador Ambrósio Leitão da Cunha decidiu transformar o abandonado Hospital da Misericórdia de Olinda em um Hospício de Alienados. A esse respeito, o Presidente da Província dirigiu

19 Ata do Conselho Geral de salubridade Pública datada de 10 de julho de 1851. Typographia Imp. p. 116.

uma mensagem à Assembléia relatando a sua decisão. Inicialmente, encaminhou, ao Hospital Pedro II, os enfermos que conviviam com os alienados do velho Hospital de Olinda e estes ao velho Hospital dos Coelhos, lugar em que aguardariam o término dessa reforma.

Durante o inverno de 1862, uma grande parte do Hospital Geral desabou e as paredes que restaram ficaram escoradas para evitar o seu total desmoronamento. Nesse período, dada a insuficiência de verbas, foram realizados apenas pequenos reparos em suas instalações. Mesmo com as obras não concluídas, os pacientes foram reconduzidos do Recife a Olinda na manhã do dia 20 de julho de 1864. Amontoados numa Alvarenga, cobertos e escoltados por militares da milícia provincial, os doentes retornaram através do rio Capibaribe até a foz do Beberibe, onde a embarcação ancorou no Varadouro. O desembarque dos doentes ocorreu durante a noite, com o propósito de que tal acontecimento não fosse presenciado pelas famílias abastadas da cidade. Sempre escoltados, seguiram a pé do Varadouro até a Misericórdia, lugar em que continuaram a viver em condições de extrema precariedade.²⁰

Durante o ano de 1877, com capacidade para quarenta enfermos, o Hospício de Olinda chegou a abrigar em suas dependências 144 pacientes. Nessa época, dotado de instalações anti-higiênicas e superlotadas, carente de assistência médica e recursos financeiros, o índice de mortalidade no hospital foi altíssimo, o movimento do hospício relativo aos anos de 1864 a 1880 representa bem este quadro:

20 FILHO, Heronides Coelho. *A psiquiatria no país do açúcar*. João Pessoa, Editora União, 1977, p. 34-35

Tabela I

Biênio	Existências	Entradas	Saídas	Falecimentos
1864 – 1866	34	67	19	18
1866 – 1868	64	54	16	35
1868 – 1870	67	72	22	43
1870 – 1872	74	63	19	44
1872 – 1874	74	75	25	50
1874 – 1876	88	120	43	49
1876 – 1878	116	131	33	70
1878 – 1880	144	193	47	176
TOTAL		175	224	485

Essa situação permaneceu inalterada nos anos seguintes. O relatório de 1880, apresentado pelo Provedor da Santa Casa, Oliveira Maciel, descreveu as condições em que se encontrava o Hospício de Alienados da Visitação de Santa Isabel:

“ Os Infelizes, que existem no velho edifício de Olinda a que tanto impropriamente se dá o nome de hospício, ali vegetam sofrendo além de privação da razão, falta de ar, luz e dos mais necessários. Por maiores que sejam os cuidados, não se pode manter no estabelecimento o indispensável asseio. Úmido, acanhado e velho, não se pode ali empreender melhoramento algum, nem só por ser dele suscetível o edifício como por se tratar da construção nova que devemos esperar, muito breve poderá recebê-la. Entretanto ali se acham aglomerados 114 loucos por os parentes e a polícia, embora a insalubridade e acanhamento do edifício, para os remetem”.²¹

Frente a essa situação de indigência, foi decidida pelo presidente de Província, Henrique Pereira de Lucena (1872-1875), a construção do

21 Relatório da Santa Casa de Misericórdia do Recife de 1 de junho de 1880, do provedor F. De Oliveira Maciel. Recife: Tipografia de M. Figueroa de F & Filho. pp. 31-32.

Hospício dos Alienados do Recife para abrigar os já existentes em Olinda e enclausurar os indivíduos tomados como loucos que perambulavam pelas ruas da cidade. Para financiar a sua construção foi feita uma grande campanha a fim de arrecadar fundos através de doações e de verbas públicas. Em relação à escolha do local que seria erigido, foi finalmente escolhido um grande sítio chamado Tamarineira, na freguesia da Graça. É importante ressaltar que, durante os trabalhos para sua construção, ocorreram vários problemas de ordem operacional. Ao se aproximar o mês de setembro de 1878, prazo estabelecido para a entrega deste edifício, apenas o pavilhão administrativo estava concluído. A obra foi retomada posteriormente quando o provedor da Santa Casa, Francisco de Assis Oliveira Maciel, com a autorização do então presidente da província, Cavalcanti de Lacerda, contratou um novo empreiteiro para finalizar a sua edificação.²² Nos Relatos de Heronides Coelho, dois aspectos merecem ser destacados: o primeiro, a percepção de que os loucos foram usados, durante o tempo de construção do hospício, como propaganda de ambições políticas daqueles que se diziam arautos dos desvalidos; o segundo, a ausência de atenção dos médicos da província a questões relacionadas à loucura.

Victor Fournié, projetista da obra, adotou o Sistema Pavilhonar, considerado, até então, o padrão arquitetônico hospitalar mais moderno da época. Inaugurado em primeiro de janeiro de 1883, ainda com obras inacabadas, recebeu, um dia antes, 87 pacientes do hospital da Santa Casa de Olinda, 47 homens e 40 mulheres.²³

Desde a sua inauguração, o hospital passou por períodos de graves crises, haja vista a falta de verbas, de médico, de higiene em suas instalações e o aumento crescente de sua população interna, uma vez que recebia doentes de todas as regiões de Pernambuco e de outros estados do Nordeste. Em relatório apresentado ao Presidente da Província, datado de 30 de janeiro de

22 Sobre os detalhes para construção do Hospício de Alienados do Recife, vide Heronides Coelho Filho.

23 FILHO, Heronides Coelho. *A psiquiatria no país do açúcar*. Op. Cit. p. 61.

1883, o doutor Pedro Lobo Moscozo, Inspetor de Saúde Pública de Pernambuco, comentou a precariedade das instalações e as condições de vida em que vivam os pacientes. De acordo com o médico, embora todo o esforço despendido pelo administrador da província em levantar fundos suficientes para construção desse estabelecimento, contratando, até mesmo, um engenheiro vindo da Europa que se supunha possuir os conhecimentos necessários para soerguer as mais modernas construções, o Hospício de Alienados, já no mesmo ano de sua instituição, apresentava sérios problemas estruturais que caso não fossem corrigidos a tempo, ameaçariam o seu papel no futuro.

O inspetor fez referência à ação do provedor da Santa Casa que impugnou a construção dos aposentos dos “furiosos dentro do primeiro quadro” e do andar térreo nivelado com o chão em uma área que, nos meses de fortes chuvas, era inundada pelas cheias. Graças a essa interferência única, o aposento dos “furiosos” foi edificado fora do “quadro” e o andar térreo erigido “metro e meio” levantado do chão.

Fisicamente, o hospício possuía duas alas compostas de dois edifícios, um em frente ao outro, separados por um estreito pátio. Para o inspetor, essa disposição já contrariava a lógica do empreendimento, pois era necessária a edificação de pavilhões largamente separados para o oferecimento de serviços específicos para cada paciente. De acordo com o médico, cada um deveria ser destinado para uma “classe de doentes”, tendo as camas aos lados e a mesa ao centro, servindo não só para fazerem suas refeições, como também para estudarem, comerem e trabalharem conforme pudessem.

Segundo o médico, o prédio foi levantado para receber 600 doentes, além dos empregados, serventes e das irmãs de caridade, porém não foi pensada a constituição de seu esgoto e o abastecimento da água. Os dejetos fecais eram lançados num chamado “poço absorvente ou sumidouro”, que se localizava perto de um com água aparentemente melhor. Era por esse motivo que a água utilizada coletivamente para higienização, consumo e preparação de alimentos era retirada do poço mais afastado do edifício, sendo turva e de

cheiro e gosto desagradável, haja vista a presença de árvores frondosas que deixavam cair dentro dele grande quantidade de folhas que quando apodreciam formavam lodo.

Em virtude dessa situação, os empregados mandavam buscar água da Companhia do Beberibe para seu uso por se tratar de própria para consumo. Em relação a essa prática, o doutor Moscozo faz o seguinte comentário:

“Se em um estabelecimento desta qualidade falta o primeiro elemento da saúde, a água, tão recomendado pelos higienistas, o que há de se esperar dos outros meios de tratamento que tem de ser postos em prática, a fim de poder se conseguir mais algumas curas o que até hoje, se tem conseguido?”.²⁴

Diante desta dificuldade de abastecimento de água e da falta de funcionários para sua limpeza, as latrinas exalavam um cheiro fétido em quase todos os compartimentos. No que diz respeito à alimentação, o inspetor argumenta que o consumo de bacalhau, que segundo ele não continha elementos nutritivos, pelos pacientes era recomendado diante do estado de debilidade física e mental em que se encontravam.

O médico criticou ainda a disposição das celas e a reutilização das grades de ferro que estavam no velho hospital de Olinda com a finalidade de trancafiar os doentes “furiosos”. Concluindo o seu relatório, fez o seguinte comentário:

“Todo o principal empenho foi construir um palácio para o administrador do Asilo, e não uma habitação salubre apropriada, higiênica, com os recursos necessários para se poder ser útil a esses indivíduos, mais que infelizes, que perderam o uso da razão, e que ali naquele majestoso templo da caridade vão definhar e cair aos golpes da parca bebendo água pútrida e comendo bacalhau para não terem força para quebrar as grades

24Relatório do Dr. Pedro de Attahyde Lobo Moscoso apresentado ao Presidente da Província, datado de 30 de janeiro de 1883. Pernambuco: Typ. Manoel Figueroa de Farias & Filhos, p. 66.

de ferro que colocaram em todas as janelas, convertendo em prisão o Asilo da piedade, o que é hoje in limite condenado por todos os higienistas”.²⁵

O primeiro regulamento do Hospício de Alienados é datado de 1884. O seu corpo de funcionário contava com a presença de um diretor, um capelão, dois facultativos clínicos, um ecônomo, um amanuense, quatro enfermeiros, quatro enfermeiras, um porteiro, um administrador de serviços externos, um guarda de sítio, um barbeiro, um cozinheiro e seu ajudante e quatro serventes (Art.3). Todos esses profissionais eram diretamente fiscalizados pelo mordomo da Junta designado pelo Provedor da Santa Casa (Art. 2).

Ainda de acordo com o referido regulamento, o hospício estava aberto à internação de ambos os sexos. Havia, entretanto, uma discriminação de acordo com a origem social dos pacientes internos que os dividia em duas categorias. A dos admitidos gratuitamente: os indigentes, os escravos de senhores que, por possuírem mais de um cativo, não possuíam meios para pagarem as despesas de seu tratamento e curativo, e os marinheiros de navios mercantes, *apresentando-se escrito do proprietário, consignatário, capitão ou mestre da embarcação, a que pertencerem, ou do cônsul respectivamente* (Art. 24). E a dos pensionistas, que eram aqueles que tinham condições de pagar as despesas de seu internamento, e militares, tanto do mar como da terra, que fossem remetidos pelas autoridades competentes (Art.26). Para o tratamento dos pacientes havia três classes: a primeira, com direito a quarto separado e tratamento especial, a segunda, com quartos separados para dois até quatro internos e a terceira para os indigentes que ocupariam as enfermarias gerais. (Art. 29). Os alienados irmãos da Santa Casa de Misericórdia que não tivessem meios para arcar com as despesas seriam admitidos gratuitamente e tratados como pensionistas de primeira classe, estendendo-se esse direito a sua mulher e aos seus filhos menores (Art. 31). Apesar desta separação, a divisão dos espaços internos era

25 Relatório do Dr. Pedro de Attahyde Lobo Moscoso apresentado ao Presidente da Província, datado de 30 de janeiro de 1883. Op. Cit. p. 67.

desordenada. Não havia isolamento dos diversos tipos de transtornos mentais, como também de pacientes portadores de enfermidades infecto-contagiosa.

Ainda no que concerne à arquitetura do hospício, é importante mencionar a presença de uma capela situada defronte a sala de recepção. Nesse pequeno espaço reservado ao culto dos domingos, as irmãs de caridade e o capelão do hospício prestavam assistência espiritual aos funcionários e enfermos

O tratamento médico se limitava ao emprego de banhos, camisa de força, reclusão nos calabouços, o uso de medicamentos à base de brometo de potássio, hidrato de cloral, amileno, sulfonal, quina e ao emprego de sedantes, como o ópio e a morfina. Além disso, a quebra do regime disciplinar do hospício poderia implicar duras medidas contra os internos. Dessa forma, os meios terapêuticos, muitas vezes, se confundiam com mecanismos de castigos.

O Art. 38 do primeiro Regulamento estabelecia que, mediante autorização do facultativo, poderiam ser empregados os seguintes meios punitivos:

Art. 38.

Reclusão solitária de até dois dias;

Diminuição da dieta alimentar por um dia;

Privação de visita, passeios e quaisquer outros recreios, inclusive o uso de tabaco;

Colete de força, com ou sem reclusão;

Cadeira de força;

Banhos de emborcação aplicados somente na presença de um dos facultativos. ²⁶

O uso desse impressionante arsenal terapêutico associado à temida truculência dos enfermeiros demonstra que, em muitos casos, os responsáveis pela administração do hospício, médicos ou não, consideravam

26 Regulamento do Hospício de Alienado citado por Heronides Coelho Filho p. 75-84.

os loucos poderosos inimigos dotados de um instinto animal que, por esse motivo, deveriam ser vigiados e reprimidos sempre que contrariassem qualquer dispositivo disciplinar da instituição. Muitas vezes, ao delegar poderes arbitrários ao enfermeiro do pavilhão, os alienistas se isentavam da incômoda posição de ter que tomar decisões disciplinares na presença dos pacientes. Dessa forma, sua imagem de onipotência e respeitabilidade raramente era arranhada. Apesar de demonstrar uma aparência distante, era o alienista, na realidade, o maior responsável pelas internações e reinternações dos pacientes durante um tempo determinado.

Após a Proclamação da República, a direção da instituição foi entregue a dez freiras italianas da *Congregação das Filhas de Santana* que desembarcaram no Recife no dia 8 de agosto de 1891. Logo após a sua chegada e sob a direção da Irmã Teodósia Cechetti, promoveram, juntamente com o provedor da Santa Casa, uma reformulação no quadro de pessoal. O Capelão fr. Augusto da Imaculada Conceição foi demitido e substituído por um padre italiano. Substituíram também o diretor, o amanuense e os enfermeiros. Sem dominar a língua portuguesa, as freiras logo encontraram sérias dificuldades para administrar o hospício.²⁷ Na época, o estabelecimento continuava enfrentando serias dificuldades, sem a possibilidade de proporcionar um tratamento adequado aos seus pacientes. Os médicos, em pequeno número, estavam subordinados às religiosas e ao mordomo, portanto, tinham pouca ingerência sobre os assuntos da administração do hospício e, quase sempre, encontravam-se à margem das questões de ordem administrativa. Em muitos casos, até a orientação do tratamento terapêutico sofreu a interferência por parte das freiras, temidas por se valerem, muitas vezes, de uma postura autoritária. É importante ressaltar que, nessa época, os graves problemas apresentados pela estrutura asilar continuaram presentes. Além da ignorância e da violência dos enfermeiros, os ineficientes meios terapêuticos se restringiam, tão somente,

27 FILHO. Heronides Coelho. Op. Cit. p. 86.

ao emprego de camisa de força, reclusão em calabouços e ao uso de poucos e ineficientes medicamentos.

De três de julho de 1889 a 18 de novembro de 1890, foram encaminhados, pelo médico da Casa de Detenção, 245 indivíduos considerados loucos para o Hospício de Alienados.²⁸ Nesse período, eram freqüentes as reclamações dos administradores no que se refere à presença dos loucos nesse estabelecimento prisional. Seus comportamentos agitados e agressivos obrigavam a administração a mantê-los em celas isoladas, o que, segundo as autoridades, provocava superlotação em outras. Nesse sentido, crime e loucura caminhavam lado a lado, ambos representando casos de desvio da “moralidade vigente”. Destacamos que, mesmo com a consolidação do sistema manicomial no Recife e a separação paulatina e específica das “entidades abstratas” (delinqüência e loucura), praticamente, essa situação ficou inalterada por um bom tempo.

No final do século XIX, dotado de péssimas condições de higiene e espaços onde conviviam misturados crianças, adultos e portadores de doenças infecto-contagiosas, o hospício tão logo se transformou num verdadeiro depósito de doentes, com elevada taxa de mortalidade. Segundo um relatório apresentado pela Junta Administrativa da Santa Casas de Misericórdia, em 1891, ocorreram 251 óbitos, o que corresponde a 40% da totalidade dos pacientes internados no hospício neste ano.²⁹

O serviço religioso do hospital, antes dirigido pelo padre italiano Marianno Bonugli, passou a ser exercido, em 1892, pelo cônego João Machado de Mello e, posteriormente, pelo Padre Fernão Rangel de Mello. Apesar das dificuldades de encontrar sacerdotes para ocupar as funções religiosas no Hospício dos Alienados, o padre Constantino Gomes de Mattos

28 APEJE. CDR, ofício de 18 de novembro de 1890. In: MAIA Clarissa Nunes. POLICIADOS: controle e disciplina das classes populares na cidade do Recife, 18654-1915. Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em História da UFPE, Recife: 2001 p. 208.

29 Relatório da Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife. Recife: Typographia Industrial, 1891, p. 9.

passou a desempenhá-las a partir de janeiro de 1897. Em 1893, a Superiora das Irmãs do Instituto de Santa Anna que dirigia a *economia interna* do hospício, Theodosia Cechetti, também foi substituída, provisoriamente, pela Irmã Dedicca Pucci, até a chegada de outra superiora da Itália.³⁰

Após a direção do Dr. Inácio Firmo Xavier, o comando do hospício foi entregue ao Doutor Ermínio Coutinho que, em virtude de seu falecimento em 06 de abril de 1904 na capital da Paraíba, foi preenchido pelo Dr. Joaquim Loureiro, auxiliado pelos Drs. Constâncio Pontual, Fernando Lisboa Coutinho e Teófilo de Holanda Cavalcanti. Nesse período, foram acrescidos ao corpo hospitalar do hospício, os Drs. recém-formados Alcides Codeceira, Teodorico Padilha e Souto Maior. É dessa forma que a rotina do hospital é um pouco modificada quando são introduzidos os serviços de eletroterapia, entregue à Codeceira, e instituída a hidroterapia, além de outros pequenos melhoramentos.³¹ Apesar da figura do médico-diretor substituir as irmãs da caridade no controle da administração, o hospício continuou desprovido de elementos necessários às pesquisas científicas, dotado de condições insalubres e com um corpo de enfermeiros truculentos e pouco habilitados. As queixas eram constantes contra as condições do hospício sob a tutela do Provedor da Santa Casa de Misericórdia. Apesar das constantes lamentações por falta de verbas, os “irmãos filantrópicos” pareciam estar mais preocupados em manter as vantagens proporcionadas pelo cargo e poucos “enxergavam” o horror em que viviam os internos do Hospício de Alienados.

Em abril de 1909, durante a realização do *I Congresso Médico de Pernambuco*, os participantes do encontro realizaram uma inspeção ao Hospício de Alienados onde foram recebidos pelo comendador José Maria de Andrade, provedor da Santa Casa, e o coronel Clementino Farias de Tavares Gonçalves, mordomo do hospício. Acompanhados pelo Chefe de

30 Relatório Administrativo da Junta Administrativa da Santa Casa de Misericórdia do Recife: Typografia Industrial, 1894, p. 24.

31 FILHO, Heronides Coelho. *A psiquiatria no país do açúcar*. Op. Cit. p. 89-90.

Clínica, Dr. Joaquim Loureiro, os visitantes foram conduzidos ao desinfetório a fim de que lhe fossem apresentada esta nova dependência destinada a evitar que moléstias epidêmicas invadissem o hospício. Nesta, o Doutor Loureiro explicou que o *doente*, ao penetrar, deveria se banhar, passar à câmara de enxofre e, posteriormente, à *zona limpa*, lugar em que vestiria roupa desinfetada. Depois de um ou dois toques na sineta do desinfetório, a irmã superiora era avisada da existência de um paciente em condições de ser internado. Além da sua área externa, a visita se estendeu pelos pavimentos térreo e superior: calabouço ou quarto de isolamento para os “furiosos”, dormitórios, refeitório e quarto de 1ª e 2ª classes, sala de hidroterapia cozinha, dispensa, refeitório das irmãs, sala de eletricidade e diversos outros espaços destinados aos pacientes. Em seguida, o diretor apresentou aos congressistas a movimentação do hospício entre os anos de 1904 a 1908, nos quais fica evidente o altíssimo índice de mortalidade entre os internos. Nesse período, faleceram 1169 pacientes.

Dando prosseguimento à visita, os médicos do hospício os doutores Luiz Loureiro e Alcides Codeceira apresentaram aos visitantes *diversos espécimes de loucos*: delírio de perseguição, melancolia crônica, epilepsia alcoólica, confusão mental, loucura puerperal, alcoólica, religiosa e histérica, degenerados melancólicos, dementes, sífilíticos, idiotice completa etc. Os casos apresentados pelos dois médicos refletiam uma classificação eclética que fora adotada pela psiquiatria brasileira que, apesar de haver uma predominância das concepções organicistas, ainda concebia a doença mental como uma enfermidade moral.

Nessa ocasião, os visitantes foram informados que o hospício mantinha 27 empregados: 12 enfermeiros e auxiliares na sala dos homens, 6 enfermeiras e auxiliares na sala das mulheres, 2 cozinheiros, 1 ajudante, 1 feitor, 1 horteleiro, 2 notadores de serviço externo, 2 lavadeiras e um carroceiro. O hospício contava ainda com um grupo de 12 religiosas de Filhas de Sant’Anna, algumas delas brasileiras, supervisionadas pela irmã superiora Maria Ricca.

Após uma rápida “conversa” com uma paciente, os médicos continuaram sua visitação pelas instalações do andar superior do hospício. A visita se encerrou às quatro horas da tarde com um brinde de champanhe na sala de recepção, não sem antes o provedor da Santa Casa, o Comendador José Maria de Andrade, tecer alguns comentários sobre a falta de verba dessa instituição e o fato de que ela ainda não se encontrava em condições desejadas de acordo com os progressos da medicina da época.³²

Ainda durante o Congresso de 1909, o Dr. Joaquim Loureiro, médico efetivo do Hospício de Alienados apresentou um trabalho intitulado: *Considerações Clínicas sobre a psicose dos detentos em Pernambuco*, no qual abordou as temáticas do crime e da loucura. Em seu estudo, sugeriu o fim da prisão celular nas penas de longa duração, a adoção de exame médico em todos os criminosos recolhidos na Casa de Detenção, com o objetivo de identificar os portadores de doenças mentais e assim poder tratá-las, propôs que a assistência aos alienados também fosse financiada pelos 59 municípios do Estado, uma vez que as autoridades municipais, para se libertarem dos encargos e responsabilidades, enviavam para o Hospício de Alienados, com escala na Casa de Detenção, todos aqueles que apresentassem um quadro de alienação ou fossem suspeitos de alienação. Ainda em seu estudo, o doutor Loureiro enumerou algumas das principais enfermidades mentais que acometiam os presos da Casa de Detenção que foram transferidos para o Hospício dos alienados: mania com perigo de perseguição; psicose degenerativa; psicose etílica e sífilítica; paralisia geral; epilepsia e melancolia.³³

Sugeriu também a criação, com a contribuição dos municípios, de um Pavilhão de Observação nas proximidades do Hospício de Alienados. Tal proposta tinha como objetivo proporcionar exame e internação nos indivíduos suspeitos de alienação antes de serem encaminhados definitivamente ao hospício. Essa sugestão foi, posteriormente, posta em

32 Annaes do 1º Congresso Médico de Pernambuco. Recife: Off. Typ. do Diário de Pernambuco, 1910, pp. CIX- CXV.

33 I. Congresso Médico de Pernambuco. pp. 293-311.

prática por Ulysses Pernambucano. Tal medida tinha a finalidade de evitar a superlotação do presídio, considerada pelo médico a grande responsável por serias "perturbações das faculdades mentais dos presos".

Clarissa Nunes Maia, em seu estudo referente ao controle e à disciplina das classes populares na cidade do Recife entre os anos de 1865-1915, apresenta uma esclarecedora tabela de presos correccionais que deram entrada na Casa de Detenção do Recife no ano de 1909. Do total dos 2591 presos, 185 eram loucos e 215 loucas correccionais.³⁴ Somente no ano de 1915 foram efetuadas 58 prisões de indivíduos considerados alienados pelas autoridades policiais.³⁵

Conforme foi visto, nesse período, a custódia de alguns criminosos passa a ser disputada pela justiça correccional e pelos médicos, especialmente os psiquiatras. Inúmeros são os trabalhos na área de medicina que tinham como meta tutelar o tratamento e a figura dos criminosos nos presídios e nos hospícios do Brasil. Acreditavam os doutores que tal intervenção contribuiria *para determinar as cousas biológicas e sociais da criminalidade e*, assim, estabelecer um melhor tratamento a cada delinqüente, com o objetivo de reintegrá-lo à sociedade. Supunham também que, através do conhecimento médico, era possível *reconhecer as nuances múltiplas das perturbações do psiquismo* e, dessa forma, distingui-las da simulação.

Seguindo a orientação da escola italiana de antropologia criminal, o Dr. Gouveia de Barros, ex-médico do Hospício de Alienados e vice-presidente do Instituto de Assistência e Proteção à Infância do Recife, em seu estudo *Necessidade da Fundação de um Instituto Médico-criminal em nossa Casa de Detenção*, propôs a conversão da Casa de Detenção em Instituto Médico-criminal. Segundo o médico Pernambucano, como a ciência da época estudava o crime como doença e o criminoso como doente, era necessária a feitura de uma *profilaxia do crime* e um tratamento adequado ao criminoso.

34 Clarissa Nunes Maia. Op. Cit. p. 195.

35 Idem. p. 135.

Essas medidas começariam nas escolas com a verificação e a exclusão de crianças que apresentem alguma *predisposição ao crime*:

“A inspeção médica nas escolas e colégios deve ser feita, não só no ponto de vista da higiene escolar, mas, sobretudo na verificação dos retardados, dos débeis e, em ultima análise, dos imbecis e dos idiotas, que, por sua condição orgânica herdada, congênitas ou adquiridas, se acham predispostos para o crime e para loucura, cabendo aos governos a obrigação de criar escolas especiais para esses infelizes, onde ao lado de uma educação toda especial, que os nossos professores, na sua maioria, leigos em matéria de psicologia infantil, não possa proporcionar, se faça a psicologia do crime”.³⁶

Ainda segundo Gouveia de Barros, no caso específico do criminoso, era importante que seu tratamento fosse realizado com "conforto material e moral", condições necessárias para sua recuperação. Para tanto, seria indispensável que a penitenciara se aproximasse mais de um hospício do que de uma instituição voltada apenas ao comprimento de penas e castigos.

No presídio, o Instituto Médico-criminal seria dotado de um Laboratório de Estudo, uma Oficina de Ciência e uma Clínica. Nesse estabelecimento, os detentos, reincidentes ou não, seriam acompanhados através de um boletim no qual seriam registrados todos os fatos relacionados ao seu estado mental e somático. Essas informações auxiliariam os estudiosos a tecer a sua *profilaxia do crime*. No Boletim também seriam registrados os resultados dos exames clínicos realizados em caráter permanente nos epiléticos, alcoólatras, loucos, etc. De acordo com o médico, o estado em que se encontravam as penitenciárias no Brasil propiciava ao preso a temida "psicose dos detentos". Dada as dificuldades de ordem práticas e financeira, o projeto não saiu do papel, apesar de reforçar a presença e a interferência do médico no sistema carcerário.

36 Primeiro Congresso Médico de 1909. Op. Cit. p. 151.

A estrutura manicomial no Hospital de Doenças Mentais e Nervosas da Tamarineira

Apesar das inovações da década de vinte, as instalações do Hospício de Alienados ainda se encontrava num estado de precariedade. Seus pacientes, encarcerados e amontoados, viviam numa situação de extrema promiscuidade, solidão, ódio e desespero e submetidos a uma terapêutica ineficaz. Nessa época, essa instituição foi marcada por freqüentes crises e por conflitos entre os médicos e as Irmãs de Santana, situação agravada principalmente depois da Primeira Guerra Mundial.

Durante a gestão do Dr. Joaquim Loureiro ocorreu uma grave denúncia, promovida pelo Dr. Ulysses Pernambucano, que três moças órfãs do colégio da Santa Casa de Misericórdia - Carlota, Faustian e Virgínia, a primeira menor de idade, estavam internadas, a mais de dois anos, recebendo castigo por insubordinação. Carlota chegou a passar mais de nove meses trancafiada no calabouço do hospício. Ao denunciar o caso ao diretor, o Dr. Ulysses estranhou o pouco interesse demonstrado pelo médico-administrador do hospital em solucionar o grave problema. Inconformado, procurou, de imediato, o historiador Oliveira Lima e o senador Ribeiro de Brito para intercederem junto às autoridades do governo no sentido de libertarem as moças de tal suplício. Ao responder ao médico, Oliveira Lima recomendou prudência, uma vez que a Junta Administrativa era composta por pessoas respeitadas e honestas “a quem não poderia culpar de desumanidade consciente. Seria melhor procurar resolver o caso apelando aos sentimentos cristãos de quem arbitraria a punição, fazendo-lhe compreender que cometera uma barbaridade”. Logo após propor essa “solução cautelosa”, Oliveira Lima embarcou para o sul do país.

Diante da omissão do historiador, o doutor Arsênio Tavares solicitou uma reunião extraordinária da Sociedade de Medicina para expor o caso das órfãs. Tomando conhecimento do pleito, o diretor Joaquim Loureiro

requereu ao médico que não tornasse o caso público e que o problema fosse tratado no âmbito interno do hospital. Na reunião, Ulysses Pernambucano leu um memorial assinado por todo o corpo médico relatando o caso e exigindo providências no sentido de libertar as três moças. Apesar das denúncias, o caso esteve longe de ser encerrado. Ao retornar de sua viagem, Oliveira Lima resolveu tomar partido dos médicos, denunciando o caso por ocasião da inauguração da Liga Pro-Matre, na sede de Clube Internacional do Recife, fazendo duras críticas aos provedores da Santa Casa pelos castigos infligidos às órfãs.

Após o acontecimento se tornar público através da imprensa, a Sociedade Pernambucana de Medicina passou a exigir medidas urgentes dos dirigentes da instituição que contemplassem as propostas de reforma do hospício preconizadas pelos médicos Ulysses Pernambucanos e Arsênio Tavares. Em memorial enviado à sua administração, os dirigentes da sociedade solicitaram a libertação das órfãs e a implantação imediata das seguintes propostas feitas pelos referidos médicos: abolição dos calabouços e das camisas de força, implantação da balneoterapia e de clinoterapia, separação dos epiléticos e dos menores em pavilhões apropriados com uma educação pedagógica, nomeação de um médico e de um cirurgião para as intercorrências médicas e cirúrgicas, material apropriado aos exames dos pacientes, aproveitamento do trabalho agrícola dos doentes crônicos no terreno que circundava o prédio do hospício e a remoção dos entraves administrativos, por força do regulamento, que dificultavam a aquisição de medicamentos para os doentes.

Em resposta à representação dos membros da Sociedade de Medicina, a Junta Administrativa da Santa Casa acatou as sugestões contidas no memorial, entretanto, respondeu que a corporação era autônoma, conforme as normas estabelecidas no compromisso da entidade, e, portanto, não podia discutir outras sugestões senão aquelas indicadas por seu corpo médico. Como medida punitiva, a Junta rescindiu os contratos dos médicos Arsênio Tavares e Selva Júnior. O resultado desse embate foi à retirada das moças do

hospício e a admissão de uma no Asilo de Mendicidade e das duas outras no Instituto São Vicente de Paula.³⁷

Na época, o ambiente nos hospitais psiquiátricos do Brasil era caracterizado por um influxo extremante negativo sobre o paciente. Medo, sofrimento, solidão, perdas e impotência eram sentimentos comuns entre os internos que povoavam os pavilhões sujos e superlotados. Entre os raros depoimentos vindo de dentro do ambiente asilar, deve ser destacado *O Cemitério dos Vivos*, de Lima Barreto (1881-1922), cujo relato se refere aos seus dias de internamento por alcoolismo, no antigo Hospício Nacional, durante a sua primeira internação em agosto de 1914. O livro inacabado foi escrito cinco anos depois, durante a sua segunda internação, entre 25 de dezembro de 1919 e dois de fevereiro de 1920. Suas páginas descrevem a dolorosa vida dos internos dentro do hospital e mostram a situação de penúria em que viviam os pacientes diante o poder dos psiquiatras e dos enfermeiros. Na maioria das vezes, discriminados pelos familiares e reclusos por um sistema de fortes restrições, restava-lhes, tão somente, aguardar a morte chegar.

Em dezembro de 1921, foi aceito o pedido de exoneração do Dr. Joaquim Loureiro e do seu filho, o também médico Luiz Loureiro, e a direção do hospício foi entregue ao Dr. Alcides Codeceira, primeiro catedrático da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Recife. Nessa época, com uma clientela formada quase que exclusivamente por pessoas pobres, o Hospício de Alienados revelou sua função segregadora.

Durante o governo de Sérgio Loreto, o doutor Amauri Medeiros, diretor do Departamento de Saúde, atendendo à sugestão de Ulysses Pernambucano, enviou à Comissão de Finanças da Câmara um projeto transferindo para o Estado os encargos com a administração do Hospício dos Alienados e de alguns outros hospitais. Tal proposta foi aprovada e recebeu a imediata adesão do corpo médico do hospital. No ano de 1924, o Hospício de

37 FILHO. Heronides Coelho. Op. cit. pp. 92-105.

Alienados, pertencendo a uma sessão do Departamento de Saúde e Assistência, foi transformado em Hospital de Doenças Nervosas e Mentais da Tamarineira, assumindo a sua direção o doutor Ulysses Pernambucano.

Em sua gestão de dois anos, realizou importante reforma nas instalações físicas do prédio, construindo doze quartos para pensionistas, e aboliu o uso dos calabouços. Introduziu melhoramentos na observação e na pesquisa psiquiátrica e aplicou novos procedimentos terapêuticos. Construiu o Pavilhão de Observação, o Pavilhão Anatômico, a portaria, o muro o gradil e o portão de entrada, bem como o Pavilhão das Duchas, além disso, realizou a pintura geral do prédio. Ardoroso discípulo de Juliano Moreira foi um dos maiores adeptos do novo modelo de assistência psiquiátrica, no qual o médico intervinha dentro e fora do hospício. Os prontuários se tornaram cada vez mais complexos, trazendo uma série de informações sobre os pacientes até então inexistentes. Com essas mudanças, fica evidente que, quanto mais a psiquiatria se interessava pelo aspecto regulamentar e administrativo de sua função, tanto mais defendia o monopólio do seu saber.

Essas inovações no campo da psiquiatria estavam diretamente relacionadas com as modificações ocorridas na Europa durante a virada do século XVIII para o XIX, quando a loucura passou a ser concebida como uma doença. Buscava-se, dessa forma, “transformá-la em objeto de conhecimento e intervenção exclusivo dos médicos”.³⁸

Desde a transformação do Hospício de Alienados em Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, em 1924, juntamente às inovações promovidas no sistema asilar, o número de pessoas internadas aumentou consideravelmente, chegando a duplicar a sua população em apenas sete anos.

38 ENGEL, Magali Gouveia. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 118.

Tabela II

ANO	INTERNOS(AS)
1924	670
1925	767
1926	730
1927	1017
1928	1023
1929	1141
1930	1128

Os egressos eram quase todos das camadas socioeconômicas mais baixas, poucos possuía especialização profissional e, em sua grande maioria, eram internados como indigentes.³⁹ Conforme atestam os prontuários, eram as autoridades policiais e seus familiares os maiores encaminhadores desses pacientes para internação. Ao receberem seu diagnóstico, eram imediatamente internados, sem direito de saber a medicação que lhe era prescrita, a consultar seu dossiê nem tão pouco o dia da sua saída. Aprisionado, só lhe restava obedecer aqueles que dirigiam o manicômio.

Frente a essa situação de perda de autonomia e humilhação, alguns eram tomados por um estado de apatia: caminhavam de cabeça baixa, sem rumo pelos corredores e pátios fechados do hospital. Frágeis e dóceis à vontade dos enfermeiros e médicos, rapidamente entravam num processo de total aniquilamento de sua individualidade. No entanto, muitos resistiam à violência imposta pela estrutura manicomial, fugindo do hospício, defecando

39 FILHO, Heronides Coelho. Op. cit. p. 123

e urinando em locais não permitidos, usando “palavrões”, brigando entre si, agredindo enfermeiros, chorando compulsivamente, além de outras reações violentas. Com a superlotação do hospital, o namoro e as relações sexuais eram também estratégias de que se valiam os internos para resistirem à opressão e à violência impostas pelo sistema manicomial. Alguns espaços eram delimitados pelos próprios pacientes para essa finalidade. Quando permaneciam por muito tempo internados no hospital, seja pelo abandono da família ou pelo agravamento da doença, eram vitimados por um quadro de cronificação irreversível.

Nesse momento, a tentativa de resolver o problema dos alienados, mediante um melhor aparelhamento do hospital e da utilização de novas técnicas terapêuticas, na verdade, não introduziu uma ruptura com as práticas segregadoras no hospício. Diante do aumento significativo da população do hospital, ocorreram sérios problemas de ordem operacional. Na leitura dos prontuários, fica evidente a elevação dos casos de violência e do índice de mortalidade entre os próprios internos, a existência de poucos enfermeiros e, ainda assim, mal preparados para ocupar cargo, a superlotação das enfermarias que se apresentavam sem as menores condições de higiene, banheiros sujos e em condições de extrema precariedade, além da falta de medicações eficazes, o que facilitava a propagação rápida de doenças infecto-contagiosas.

Durante toda a vigência do século XX, o excessivo número de internos submetidos a uma penosa rotina nesse hospital aguardava ansiosamente pelo momento de suas refeições. Nessa ocasião, eram vivenciados momentos de grande apreensão e muita confusão: longas e desorganizadas filas eram formadas, o que lhes acarretavam, quase sempre, situações vexatórias para receberem as disputadas bandejas, com alimentos geralmente de péssima qualidade.⁴⁰ Nos intervalos entre as refeições, ficavam ociosos, deitados nas enfermarias ou perambulavam pelo pátio sem qualquer objetivo. Muitos

40 Mauricio Lougon Op. cit. 39.

falavam sozinhos, outros permaneciam no seu total silêncio à espera do tempo passar. Ao anoitecer, eram mal acomodados nas enfermarias, onde inexistiam armários individuais para guardar seus pertencimentos pessoais. Esse estado de coisa favoreceu a ocorrência de pequenos furtos que, em muitos casos, terminavam em brigas e agressões verbais. Esses eram alguns dos problemas crônicos que o hospital teve que conviver frente à superlotação de internos

Nesse período, homens e mulheres, muitas vezes rotulados com estranhos diagnósticos, como psicose maníaco depressiva, degenerado, epilético, alcoolismo, confusão mental, esquizofrenia, demência senil, psicose auto-toxica, sífilis cerebral, debilidade mental, demência precoce e pitiatismo, amontoados entre os muros do hospital, tinham a sua verdadeira identidade confundida. De nada adiantava seus gritos, reclamos e pedidos para ir a casa. Era a loucura que se cristalizava, cada vez mais, no hospício.

No Recife, os suspeitos de alienação mental que eram recolhidos na Casa de Detenção por motivo de infração da lei, posteriormente eram conduzidos ao Pavilhão de Observação para receberem um diagnóstico conclusivo do seu estado mental. Ao chegarem ao Pavilhão, era realizada uma súmula de exame mental composta pelos seguintes dados: nome, cor, idade, filiação, estado civil, profissão instrução, naturalidade, residência e o requerimento de entrada e saída. Em seguida, eram submetidos a um exame em que eram observados os antecedentes hereditários e colaterais do paciente. Durante essa primeira fase da observação, eram colhidas informações sobre a possibilidade de algum de seus familiares próximos ou distantes serem portadores de alguma doença ou traços degenerativos (estado de alienação mental, epilepsia, criminalidade, alcoolismo, sífilis, tuberculose, etc.). Na próxima etapa da apreciação, os psiquiatras indagavam do suspeito de desvio mental se o mesmo havia contraído alguma doença na infância (sarampo, paludismo, catapora, coqueluche, etc.) e em sua fase adulta. Os traumatismos, os acidentes, as perversões sexuais, os abortos e a

menstruação também eram motivos de questionamentos por parte dos médicos.

Em seguida, era considerado o Espírito do doente, através da percepção da inteligência, habilidade profissional, do caráter alegre, triste, violento, cruel, colérico, ciumento, avarento, desconfiado e dissimulado, além de hábitos como jogo, indolência, roubo, vagabundagem e brutalidade. Um aspecto valorizado nos exames era as toxicomanias, os primeiros sintomas da moléstia, e a existência de alguns sinais psíquicos, a exemplo de perturbações nas palavras, hemiplegia.

Eram ainda analisadas a adaptação e a conduta do indivíduo suspeito na enfermaria perante os companheiros, enfermeiros, médicos e durante o período de visitas realizadas a ele e aos outros pacientes. Posteriormente, realizava-se o exame psíquico, no qual se avaliava a orientação do paciente no tempo e no espaço. Percepção, afetividade, memória, imaginação, vontades, atos, delírios e as possíveis alucinações também eram observados no exame psíquico.

Em seguida, eram procedidos os exames somáticos, através da utilização de métodos antropométricos: altura, pêlos, ossos, assimetria e possíveis anomalias. Aspectos da pele do rosto, cicatrizes, tatuagem, obesidade, digestão e da língua eram avaliados, além do fígado, coração, pulmão, da icterícia, sensibilidade objetiva e sensorial. Reflexos superficiais e profundos, perturbações na palavra, a exemplo da gagueira, eram minuciosamente examinados pelos psiquiatras. Os Exames de urina e de sangue eram também notados pelos médicos. Por fim, o psiquiatra dava o diagnóstico ao paciente que era, então, transferido ao Hospital de Doenças Nervosas e Mentais da Tamarineira, onde, numa única folha, eram contidos os dados pessoais, o resumo do atestado médico que acompanhou o paciente, a data de entrada e saída, o diagnóstico e um espaço para observação. É importante ressaltar que as papeletas de observação já eram utilizadas desde 1910, quando Joaquim Loureiro assumiu a direção do hospício e constava apenas de uma página na qual continha a identificação

do paciente, o histórico da doença, a evolução do caso, os sintomas e, finalmente, o diagnóstico.

Os formulários para exame após a admissão do paciente seguiam o mesmo modelo implantado em quase todos os hospícios do Brasil. As exigências para o seu preenchimento atendiam as recomendações inscritas no Decreto nº 6440, de três de março de 1907, sobre o Serviço Policial do Distrito Federal: Exame médico-legal dos alienados.

Um caso que despertou atenção dos médicos no Pavilhão de Observação foi o da paciente Claudina M. C, prontuário de número 867. De acordo com as informações contidas em seu prontuário, era parda, solteira, natural da cidade de Rio Formoso, contava com a idade de vinte e um anos quando fora encaminhada pelo chefe de polícia para o pavilhão no dia 12 de junho de 1926. Em seus antecedentes históricos, verificamos que seu pai era muito distraído e parecia apresentar sinais de “perturbação mental”. Analfabeta, durante a sua infância contraiu sarampo, varicela e sarna. Era virgem e havia menstruado aos quatorze anos. Segundo os médicos, apresentava uma inteligência rudimentar e um caráter triste, violento e colérico. Fazia pouco uso do álcool. Conforme as informações de seu genitor, os primeiros sintomas de sua “desordem mental” ocorreram quando Claudina começou a sentir fortes dores de cabeça e insônias, “desde então ela ficou com o “juízo perturbado”. Sua conduta com os companheiros parecia normal, entretanto, freqüentemente, brigava com a enfermeira. De difícil adaptação, vivia buscando oportunidade para se expor.

Em seu exame somático, os psiquiatras constataram que a paciente era de estatura média e apresentava pêlos, pulso e pele normal. Já no “exame psíquico”, assinalaram que Claudina parecia “mais ou menos orientada no tempo e no espaço” e apresentava uma consciência enfraquecida. Sua afetividade parecia natural, mas, com freqüência, procurava se evadir da instituição. Segundo os psiquiatras, era dotada de uma memória imperfeita, uma imaginação defeituosa e atitudes agressivas. Após os psiquiatras realizarem detalhadas observações, a paciente foi diagnosticada como

“degenerada indócil e cheia, provavelmente, de defeitos de educação, o que levou seu feitor a interná-la para tratamento”. 41

Outro caso interessante foi o da jovem Maria. M. P., de cor branca, natural de Pernambuco, solteira, deu entrada no dia 11 de junho de 1926, encaminhada pelo chefe de polícia. Quatro dias depois, foi transferido para o Hospital de Doenças Nervosa e Mentais. Seus antecedentes hereditários eram extremamente reveladores para a psiquiatria da época: pai alcoólatra e sífilítico, mãe morta de tuberculose e três tias epiléticas. Durante a infância, contraiu varicela e freqüentou a escola por um período de apenas quatro anos. No que diz respeito ao “espírito do doente”, os psiquiatras constataram ser uma pessoa de inteligência regular e apresentava um caráter alegre, violento e colérico, “tinha habito de vagabundagem” e fazia uso do álcool.

Durante o exame, afirmou o paciente que os primeiros sintomas de sua doença “proveio de um bubão syphilítico” que ainda se encontrava no seu organismo. Tinha insônia e anorexia, apresentava má conduta, era agitado, dormia mal e comia muito. Em relação ao exame somático, foi constatado que o mesmo apresentava pêlos e pele normal, assimetria facial, além de várias cicatrizes na cabeça e no corpo. Sua insensibilidade e seus reflexos foram considerados normais. Em relação ao exame psíquico, segundo os médicos, Moreira se apresentava bem orientado no tempo e no espaço e possuía a consciência, a imaginação e a percepção normais. Em seus delírios, os psiquiatras perceberam idéias de riqueza, satisfação, invenção e “idéias de anarquia”. Após o exame, foi diagnosticado como “degenerado em episódios delirantes e psicose degenerativa”.

41 Os prontuários do atual Hospital Ulysses Pernambucano, correspondente aos anos de 1926 até 1970, foram salvos e recuperados, através de um trabalho realizado pelo autor deste artigo juntamente com colaboração de alunos da graduação e da pós-graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco. Esse trabalho, iniciado em 2003, que proporcionou o resgate e a organização cronológica dessa rica documentação é composta de 1013 volumes, com média de 50 prontuários em cada um, que trazem corpos teóricos, dados de praticas terapêuticos, além da história de vida daqueles que nunca se fizeram ouvir. Como resultado desse trabalho, foi entregue à direção do Hospital um documento contendo uma introdução juntamente com a relação de todo material catalogado.

Como se pode observar, os psiquiatras da época eram fortemente influenciados pela doutrina da degenerescência de Auguste Morel e Magnan. A análise de inúmeros outros prontuários desse período constata que centenas de outros pacientes tiveram o mesmo diagnóstico, no qual eram valorizados, sobretudo, os antecedentes hereditários, os dados antropológicos e as “condutas anti-sociais”.

Na leitura desses prontuários, percebe-se que não existe diálogo possível entre o psiquiatra do hospício e o interno, ou seja, a fala do paciente serve apenas como “material clínico” que, após examinado, comporia um diagnóstico. Se o suspeito de loucura, por algum motivo, não cooperasse durante a entrevista, essa recusa era imediatamente considerada um grave sinal de “doença mental” a ser tratado. Caso tentasse fazer algum comentário sobre o que julgava estar acontecendo, sua verbalização era dada como “ininteligível”, pois, em sua maioria, os psiquiatras demonstravam desinteresse pela opinião do interno. Rotulado e isolado dado o juízo de valor imposto pelo diagnóstico psiquiátrico, restava-lhe viver nos limites dos muros do hospício, sofrendo humilhação, violência e sofrimento. A historiadora Maria Clementina Pereira Cunha chama atenção para a importância das informações contidas nos prontuários e seu valor como fonte histórica para aqueles que se debruçam sobre a história da loucura:

“Por outro lado, empreender a análise a partir do hospício significa incorporar aí outras falas que se cruzam: apesar do esforço para aniquilar sua presença e apagar sua voz, os registros do asilo denunciam a presença dos “loucos”, resgatam ao menos em parte sua fala e sua experiência, evidenciam sua resistência surda e constante, permitindo o estabelecimento de relações para as quais os historiadores estiveram muito desatentos”.⁴²

Entre os homens, era grande a incidência de internamentos motivada pela paralisia provocada pela neurosífilis. O álcool era também um fator

42 CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996, p. 16.

considerado nas internações desse período. O consumo abusivo da bebida não era exclusivo de nenhuma camada social, entretanto, eram entre as pessoas mais pobres da população que se observava o grande número de internamentos para tratamentos psiquiátricos. Os consumidores da bebida, muitas vezes desempregados, moradores dos mocambos do Recife ou de outras cidades, eram, com frequência, diagnosticados como degenerados. Um exemplo é o caso de M. A. de Souza, 46 anos, casado, encaminhado pela polícia procedente de Bom Jardim. Sua entrada no Pavilhão de Observação data do dia 20 de fevereiro de 1928. Segundo os exames, além de fazer uso constante da bebida, Manuel apresentava sinais visíveis de *Estygmata senis de degeneração*. Diagnosticado como portador de *Psycose Alcoólica*, foi encaminhado cinco dias depois para o Hospital de Doenças Nervosas e Mentais da Tamarineira, onde recebeu alta no dia 15 de dezembro de 1928.

Num dos livros de registro dos prontuários feminino, avaliado e diagnosticado pelo Dr. Ulysses Pernambucano, nos meses de setembro a dezembro do ano de 1927, percebe-se que a população do hospital era bastante jovem (a faixa etária de maior representação era de 20 a 35 anos) e, em sua grande maioria, constituída por solteiras, muito embora não se possa afirmar que essas pessoas não tivessem relações estáveis com seus companheiros. Nas 94 ocorrências registradas no livro, a causa mais comum das internações era a psicose maníaco depressiva, diagnóstico mais raro entre os homens. A segunda, a degenerescência, contava 15 casos, chamando-nos a atenção o seu número expressivo, e a terceira, confusão mental, somando 10 casos, seguida de outros diagnósticos, como demência senil, epilepsia, alcoolismo, psicose auto-toxica, esquizofrenia, pitiatismo, parafrenia, sífilis cerebral e psicose infecciosa.⁴³

Nesse hospital, o índice de internação de pessoas portadoras de epilepsia e de menores era significativo. Entre tantos, optamos relatar o caso

43 Livro de Prontuário do Pavilhão de Observação e do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, datado de 20 de setembro de 1927 a 16 de dezembro de 1927.

de S. Flor, de 15 anos de idade, procedente de Bom Jardim, encaminhado pela polícia para o Pavilhão de Observação no dia 20 de fevereiro de 1928. Durante seus exames, ficou constatado que o mesmo havia freqüentado o espiritismo e era portador de “*Estymas phisicos de degeneração*”. No dia 16 de março, foi conduzido para o hospital de onde recebeu alta apenas no dia 13 de junho do mesmo ano. No hospital, havia muitos casos de epiléticos que morreram vitimados por doenças infectas contagiosas. Nos anos vinte, a epilepsia era considerada pelos médicos uma doença mental de fundo degenerativo revelada por uma auto-intoxicação permanente e uma excitabilidade fácil dos centros corticais e medulares que promovem modificações fundamentais de caráter e descarga motoras, sensoriais, psíquicas ou viscerais, de insólita violência (crise ou ataques epiléticos). Segundo Afrânio Peixoto, o epilético era dotado de estigmas físicos, de degeneração e possuía um caráter “móvel, suspeito, desconfiado, dissimulados, irritável, impulsivo, egoísta, duplicidade, teimoso, crueldade”. Estigmatizado, era considerado um ser passível de adotar “manifestações de periculosidade”. Afrânio Peixoto ressaltava que a justiça e a medicina deveriam ficar atentas às reações perigosas provocadas pela epilepsia à família do portador e até à sociedade em geral ⁴⁴.

Durante a análise dos prontuários, ficou evidente um número expressivo de jovens pacientes que faleceram no mesmo ano ou no ano seguinte após a sua internação. É o caso de J. Mariana, solteira, com a idade de 25 anos, natural de Pernambuco. Deu entrada no Pavilhão de Observação através da polícia no dia 15 de outubro de 1927. Durante os seus exames, foi constatado pelo médico assistente que a paciente era portadora de sinais psíquicos de degeneração. Três dias depois foi encaminhada para o Hospital de Doenças Nervosas e Mentais da Tamarineira onde foi diagnosticada como portadora de *Psychose Infecciosa*. No dia 16 de Janeiro de 1927, Julia faleceu e sua causa-mortis não foi revelada

44 PEIXOTO, Afranio. *Psico-patologia Forense*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1926, p.261.

Ainda nos anos vinte, assim como os pacientes dos hospícios eram hospitalizados com estranhos diagnósticos carregados de forte preconceito, nas escolas públicas e privadas, atendendo à solicitação de psiquiatras, as crianças passaram a ser expostas e rotuladas por inúmeros tipos de teste psicológicos

Ao deixar a direção do hospital, Ulysses Pernambucano ocupou o cargo de diretor da Escola Normal, no período 17 de abril de 1923 a sete de abril de 1927. Durante sua gestão, instituiu a merenda escolar e criou o serviço de visitadoras. Era função dessas funcionárias verificar se as alunas da escola sofriam algum tipo de constrangimento em suas casas. Tudo era observado pelas visitadoras, hábitos, condições de higiene e o desenvolvimento físico e psíquico das crianças, além da existência de alguma influência nefasta no seio da família, a exemplo de pessoas alcoólatras ou portadoras de outras anormalidades.

Em 15 de junho de 1925, foi criado por Ulysses Pernambucano, juntamente com um grupo de educadoras, o Instituto de Psicologia anexo ao Departamento de Saúde e Assistência. As pesquisas do Instituto eram basicamente voltadas para padronização e aplicação dos testes psicológicos em duas áreas bem definidas: seleção dos candidatos, para a Escola Normal e escolas particulares, e contribuir para o esclarecimento do estado mental de pessoas que passavam pelo Serviço da Assistência aos Psicopatas de Pernambuco, fornecendo informações referentes ao nível intelectual real ou alterado em decorrência da “própria doença”. As aplicações destes testes psicológicos auxiliaram os psiquiatras na elaboração de seus diagnósticos.

No período da criação do Instituto, seus dirigentes tinham como diretriz intervir no interior da Escola Normal, atendendo os alunos que apresentassem um Q. I. baixo, muito baixo ou muito alto. Nesse período, sob a supervisão de Ulysses Pernambuco, a educadora Anita Paes Barreto e suas colaboradoras realizaram inúmeras experimentações e adaptações com diversos tipos de testes psicológicos. Na época, os membros do instituto

também se interessaram pelo estudo da inteligência superior, apurando as características intelectuais de um pequeno grupo de supernormais.

O Psiquiatra José Lucena expôs o poderoso arsenal de testes utilizados pelos membros do instituto: teste de Northumberland, por Cirene Coutinho, de Columbian, por Anita Pais Barreto e Anita Costa, de vocabulário e de inteligência do Dr. Simon, por Quitéria Cordeiro e de Alfa, por Maria Leopoldina e Aníbal Bruno. Foram ainda realizadas experimentações menos extensas do teste ilustrado de Ballard, por Maria Ada Graça Araújo, de Goodenough, por Maria Leopoldina de Oliveira e de Deaborn, por Anita Paes Barreto e Celene Pessoa. O Instituto de Psicologia organizou e padronizou também um teste coletivo de inteligência, por Anita Paes Barreto. Outras experimentações se estenderam ao teste de Puzzle de Mira, por Beatriz Cavalcanti, ao teste de “découpage”, de Claparède e Walther, por Etella Novais. Enfim, frente a estes testes psicológicos, dificilmente uma criança poderia ser considerada “mentalmente sadia”.

Ocuparam-se ainda deste processo, de largo uso na época, da exploração particular de funções mentais, do tipo perfis psicológicos de Rossolimo, elaborando modificações que o tornaram mais aplicáveis aos alunos da rede escolar local. Voltando-se para o campo dos testes projetivos, elaboraram uma série paralela de lâminas do Rorschach, a exemplo do Bero, que recebeu a denominação de série paralela Pernambucana - Paes Barreto.⁴⁵

A utilização sistemática de testes psicológicos em questões de psicopatologia clínica foi uma das características marcante da Escola Psiquiátrica do Recife. Anita Paes Barreto e suas colaboradoras foram igualmente responsáveis pela revisão pernambucana da Escala Binet-Simon-Terman, também chamada de “Escala de Stanford”, elaborada nos Estados Unidos, em 1917.

45 LUCENA, José. *História de Pernambuco como Pioneiro, na América Latina, no Campo da Saúde Mental*. In: *Neurobiologia*. Recife: V. 38 (3), 1975, p. 237.

Em outubro de 1930, assumiu o poder como interventor o advogado Carlos de Lima Cavalcanti. Diante das precárias condições do Hospital de Alienados, Carlos de Lima resolveu convocar, em 1931, Ulisses Pernambucano para criar a Divisão de Assistência a Psicopatas de Pernambuco, que passou a constar com os seguintes serviços: 1- Serviço para doentes mentais não alienados: a) Ambulatório, b) Hospital aberto; 2- Serviço para doentes mentais alienados: Hospital para doenças agudas; Colônia para doentes crônicos. 3-Manicômio Judiciário 4- Serviço de Higiene Mental: Serviço de prevenção a) doenças mentais b) Instituto de Psicologia.⁴⁶

No início dos anos trinta, Ulysses Pernambucano colocou em prática um modelo de assistência psiquiátrica já executada por Juliano Moreira no Rio de Janeiro e por Franco da Rocha em São Paulo que tinha como objetivo a reforma do Hospital de Alienados, a criação de Colônias Agrícolas e Manicômios Judiciais e a implantação de um amplo Programa de Higiene Mental. Nesse período, foi criado um serviço de fotografia, onde o paciente era fotografado na entrada e na saída do hospital. Nas inúmeras fotografias observadas nos prontuários, percebe-se a imagem dos pacientes disposta através de um corpo rígido, constrangido e assustado. A partir destas fotografias, o paciente tinha sua identidade aprisionada por uma série de estigmas que dificilmente conseguiria se libertar.⁴⁷

Finalmente, apesar das inovações psiquiátricas iniciadas por Ulysses Pernambucano, a situação do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, na década de vinte, era de extrema precariedade, uma vez que não foram introduzidas, na prática, nenhuma mudança significativa no que diz respeito à tradição relativa ao sistema asilar.

47 MARQUES DE SÁ, J. *Abertura do Ciclo de Estudos sobre Ulysses Pernambucano*. Recife: Academia Pernambucana de Medicina, 1978, p.20.

98 MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *Vivências Amargas: Divisão de Assistência a Psicopatas em Pernambuco nos primeiros anos da década de 1930*. In: *Clio. Revista de Pesquisa Histórica*. N. 24, v.2, 2007. Recife: Programa de Pós-Graduação em História da UFPE.

Referências Bibliográficas

- BERCHERIE, Paul. *Fundamentos da Clínica - História e Estrutura do Saber Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.
- BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.
- CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura: O Aparecimento do Manicômio na Passagem do Século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo; EdUSP, 1998.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2001.
- FILHO, Heronides Coelho. *A psiquiatria no país do açúcar*. Recife, 1977.
- FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva. 1978.
- _____. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- HARRIS, Ruth. *Assassinos e loucura: medicina, leis e sociedade no fin de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- ISAÍAS, Paim. *Estudos psiquiátricos*. Campo Grande: Solivros, 1998.
- LOUGAN, Mauricio. *Psiquiatria Institucional: do hospício a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- LUCENA, José. *História de Pernambuco como Pioneiro, na América Latina, no Campo da Saúde Mental*. In: Neurobiologia. Recife: V. 38 (3), 1975.
- MAIA Clarissa Nunes. *POLICIADOS: controle e disciplina das classes populares na cidade do Recife, 18654-1915*. Tese de Doutorado do Programa de Pós-graduação em História da UFPE, Recife: 2001.

MANNONI, Maud. *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

MARQUES DE SÁ, J. *Abertura do Ciclo de Estudos sobre Ulysses Pernambucano*. Recife: Academia Pernambucana de Medicina, 1978.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. *A Arte de curar nos tempos da colônia: Limites e espaços de cura*. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004.

_____. *Vivências Amargas: Divisão de Assistência a Psicopatas em Pernambuco nos primeiros anos da década de 1930*. In: Clio. Revista de Pesquisa Histórica. N. 24, v.2, 2007. Recife: Programa de Pós-Graduação em História da UFPE.

PEIXOTO, Afranio. *Psico-patologia Forense*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1926.

PINEL, Philippe. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*; tradução de Joice Armani Galli - Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

PORTO CARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2002.

RESENDE, Heitor. *Política de Saúde Mental no Brasil. Uma visão Histórica*. In: Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editoras Vozes, 1990.