

## Industrialização, urbanização e disciplinamento. O discurso moral como justificativa dos internamentos de homens e mulheres em uma instituição psiquiátrica (Hospital São Pedro, Porto Alegre, 1930-1947)

Industrialization, urbanization and discipline. Moral Discourse as Justification of the Admission of Men and Women at a Psychiatric Institution

Cleci Eulalia Favaro<sup>1</sup>

cleci@unisinos.br

Adriana Lopes Ávila<sup>2</sup>  
Wagner Pedroso<sup>3</sup>

---

Resumo. O discurso de gênero pode perpassar (e perpassa), como a trama através da urdidura, todo um tecido social. Nem sempre, no entanto, ele se torna visível a um simples olhar. O artigo visa, exatamente, resgatar seu desenho, através da análise de um corpo documental específico – os prontuários de um hospital psiquiátrico referentes aos internamentos realizados entre 1930 e 1947, período de instabilidade política, econômica e social que afetou a sociedade brasileira e mais diretamente as camadas desvalidas da população. O ingresso do Brasil no contexto dos países em desenvolvimento, a partir de 1930, e na Segunda Guerra Mundial; a crise econômica que acompanhou o processo; as perseguições políticas movidas aos imigrantes e seus descendentes; a arregimentação de um operariado despreparado para o trabalho fabril, oriundo de um intenso êxodo rural, constituíram-se em fatores de um certo descontrole social, imediatamente sujeitado pelas políticas públicas, normatizando a vida nos espaços urbanos. Homens e mulheres foram classificados e enquadrados em seus comportamentos. Milhares foram conduzidos aos lugares de disciplinamento, entre eles o hospital psiquiátrico. Apesar da diferença de discurso, o diagnóstico que definiu a internação variou segundo o sexo dos desviados sociais.

Palavras-chave: gênero, esquizofrenia, políticas públicas.

Abstract. Gender discourse can pervade (and does pervade) a whole social texture like the woof in relation to the warp. But it does not always become visible to a simple look. His paper aims at retrieving its design through an analysis of specific documents – the medical records of a psychiatric hospital that relate to the admissions that took place between 1930 and 1947, which was a period of political, economic and social instability that affected Brazilian society and more directly the poor segments of the population. Brazil's entry in the context of developing countries from 1930 onwards and in the 2<sup>nd</sup> World War, the economic crisis that accompanied the process, the political persecution against the immigrants and their descendants, the recruitment of workers who were not prepared in factories as they came from rural areas constituted factors of a certain lack of social control

<sup>1</sup> Doutora em História, professora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

<sup>2</sup> Bolsista de Iniciação Científica Unibic/UNISINOS.

<sup>3</sup> Bolsista de Iniciação Científica Unibic/UNISINOS.

which was immediately subjected by public policies that established norms for life in urban spaces. Men and women were classified and had to adjust their behavior. Thousands were taken to places of disciplining, including psychiatric hospitals. In spite of the difference of discourse, the diagnosis that defined hospital admission varied according to the gender of the social deviants.

Key words: gender, schizophrenia, public policies.

Se pelas aldeias e cidades da Europa medieval circulavam livremente os chamados insanos, dementes, vesânicos ou doidos – indivíduos portadores de todo tipo de distúrbio que apontasse seu portador como diferente –, a constatação da diferença não se constituía em motivo justificador de exclusão social. Objeto de chacota e de freqüentes brincadeiras<sup>4</sup> por parte de uma população que convivia nas ruas, nos becos, nas praças, nas tabernas, nas fontes de água potável (e apesar de seu aspecto muitas vezes grotesco), as comunidades assumiam como natural sua presença.

Ao menos aquele segmento numeroso constituído pelas camadas pobres da população – camponeses, artesãos, vendedores ambulantes, prestadores de pequenos serviços e os próprios portadores de algum grau de sofrimento psíquico – encontrava nos lugares públicos seu verdadeiro espaço de sociabilidade.

Progressivamente, a família – nuclear ou extensa – foi sendo erigida como o verdadeiro *locus* para as práticas sociais inter e intrafamiliares, e não mais a rua – o lugar das multidões. No século XIX, a multidão nas ruas de Londres ou Paris era considerada um acontecimento, no mínimo, inquietante (Bresciani, 1982). Milhares de pessoas deslocando-se para o desempenho do ato cotidiano da vida nas grandes cidades apresentavam muitas vezes um espetáculo de horror e fascinação. Caos, turbilhão, ondas eram expressões freqüentemente associadas às forças incontroláveis da natureza para identificar a multidão sem rosto.

Com o novo modelo de Estado que se instalava a partir dos séculos XVII e XVIII, mas com muito mais intensidade no XIX – e com a expansão da Revolução Industrial e a nova classe social que lhe deu suporte (a burguesia) – a malta, o populacho, passou a constituir-se em motivo de medo, fosse pelo número, fosse pela impossibili-

dade concreta de controle (fartamente demonstrado, seja nos levantes de rua, nas barricadas, durante a Revolução Francesa, pelos estragos promovidos nos campos,<sup>5</sup> seja pelos prejuízos causados às indústrias, nas áreas urbanas em franca expansão).

A partir de então, as populações foram progressivamente confinadas, e todo tipo de infrator podia ser encaminhado aos “lugares de disciplinamento” nas prisões, conventos ou quartéis (Goffman, 1992). Com eles, foram também os portadores de sofrimento mental – dado que ainda não existiam os hospitais psiquiátricos em número suficiente.<sup>6</sup>

Ao findar o século XIX, com a higienização dos espaços urbanos (fundada na construção de longas, largas e belas avenidas, destinadas a “permitir a livre passagem do vento”, eliminando as impurezas do ar e os cheiros emanados dos resíduos depositados nas vielas e becos e o afastamento dos desempregados, dos desocupados e dos pobres para a periferia), as políticas públicas estavam implantadas – e as das grandes cidades praticamente limpas dos “desviados” sociais<sup>7</sup>. Também os asilos de loucos e os hospitais beneficentes eram instalados em locais distantes, longe dos olhos das autoridades e da própria população.

O médico-psiquiatra Thomas Szasz (1978) afirma que a medicina psiquiátrica do século XIX necessitava se consolidar como ciência e para isso os hospitais psiquiátricos tiveram grande papel (como uma espécie de laboratório), no sentido de construir uma ciência da mente – e com ela o saber/poder médico; a sociedade teria consentido com o asilamento dos doentes mentais, porque não havia mais espaço para eles nas famílias (em função das demandas de todos os seus membros pelo mercado de trabalho). Dentro desta ótica, os desvios comportamentais frente à ordem instituída também passaram a implicar confinamento<sup>8</sup>. Pro-

<sup>4</sup> É inegável que os limites do comportamento demente foram mudando ao longo do tempo (e que as formas pelas quais as definições de loucura evoluíram indicam muito sobre os valores sociais); parece pouco razoável aceitar a idéia de que os primeiros séculos modernos foram um paraíso para os dementes. Eram catalogados como loucos, às vezes encerrados, às vezes maltratados, às vezes submetidos a tratamento, mas sua peculiaridade não passava despercebida (Lindeman, 2000, p. 28).

<sup>5</sup> Uma obra de referência sobre o tema é *O grande medo de 1789*, de Georges Lefebvre.

<sup>6</sup> Em toda a Europa e também nas colônias inglesas, francesas, espanholas e portuguesas, inclusive no Brasil, surgiram asilos semelhantes às chamadas Misericórdias, destinadas a abrigar tanto os enfermos quanto os prisioneiros doentes, os desocupados e os pobres.

<sup>7</sup> O imperador russo Pedro, o Grande ordenou a criação de “manicômios” segundo o modelo alemão, fiel ao princípio diretor da organização dos asilos de loucos de que não se tratava simplesmente de fazer inofensivos aos loucos, mas de cumprir outro dever sagrado: o de devolvê-los curados à sociedade. Ver também em Michel Foucault, 1977.

<sup>8</sup> Na verdade, são duas as correntes do pensamento médico-psiquiátrico ainda vigentes no início do século XX: de um lado, os defensores de causas físicas e/ou hereditárias como fatores

gressiva, mas inexoravelmente, o “‘privado’ separa-se do ‘público’, a casa diferencia-se das ruas e a família burguesa, moralizada e higiênica, tenderá crescentemente a projetar seu modelo para o conjunto do tecido social” (Cunha, 1986).

O Brasil foi fortemente influenciado pelas medidas higienistas européias. A passagem para uma nova forma de organização do Estado, quando milhões de pessoas viram-se em situação de liberdade, mas totalmente alheias aos direitos civis, aumentaram, aos olhos dos dirigentes, os perigos de convulsão social. O exemplo de outros países mais desenvolvidos era suficiente para alertar sobre os resultados de uma liberdade sem controle e uma economia atrasada, fatores que promoveram a instalação em vários pontos do território nacional, ainda no Segundo Império, de diversos hospitais psiquiátricos<sup>9</sup>, lugar por excelência, como já salientado, das práticas médicas e do desenvolvimento de saberes destinados a consagrar o novo campo científico.

Neste movimento, a instalação da República “anunciava o começo de um tempo marcado pelo redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e legitimidade dos parâmetros burgueses, definidores da ordem, do progresso, da modernidade e civilização”. Instituiu-se também no Brasil, a exemplo de outros países “avançados” e “civilizados”, “o processo de medicalização da loucura”<sup>10</sup> (Engel, 1997).

Na capital da então Província de São Pedro (Porto Alegre) foi fundado ainda em 1884 o Hospital Psiquiátrico “São Pedro”, cumprindo normas e preceitos divulgados pelos alienistas europeus e por seus congêneres radicados nos hospitais, principalmente do Rio de Janeiro e de São Paulo.

No belo estudo intitulado *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo* (Cunha, 1986) lê-se que

*empreender a análise [das situações concretas] a partir do hospício – fazendo emergir o seu arquivo – 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, per-*

*mitindo o estabelecimento de relações para as quais os historiadores estiveram muito desatentos.*

A autora continua, destacando que na relação do historiador com tal tipologia de fontes, “é impossível não identificar-se com muitas destas histórias pessoais, não comover-se a todo momento, não indignar-se quase sempre, não recortar a dimensão de miséria social e individual que o material de pesquisa testemunha”.

Este trabalho segue proposta semelhante, quando vai buscar em milhares de documentos as vidas, os rostos e o sofrimento de homens e mulheres de todas as idades, cor da pele, estado civil e profissão – mas sistematicamente identificados por sua baixa condição social e reduzida (ou nula) escolaridade.

Trata-se do produto parcial de um estudo realizado a partir da análise dos dados coletados em uma única fonte primária, os Prontuários do Hospital São Pedro<sup>11</sup>. O conjunto documental eleito é composto por 13.782 dossiês, relativos aos internamentos realizados entre os anos de 1930 e 1947, cada um comportando, por sua vez, um número variado de documentos, destinados a registrar os procedimentos ambulatoriais e os cuidados ministrados aos pacientes, de ambos os sexos, internados naquela instituição de saúde pública no período analisado<sup>12</sup>.

Uma observação mais detida dos dados da pesquisa<sup>13</sup> põe logo em destaque o grande número de diagnósticos de ingresso identificados pela presença (efetiva ou presumida) de esquizofrenia<sup>14</sup>. Daí resulta o recorte para o desenvolvimento do tema deste artigo, tendo por proposta extrair da documentação, através do resgate dos discursos dos funcionários do hospital (médicos, enfermeiros/as ou atendentes)<sup>15</sup>, os atos praticados por homens e mulheres justificadores do enquadramento na categoria de esquizofrênicos. Fazem parte da documentação em análise cerca de 3.339 prontuários de pacientes assim diagnosticados pelo corpo médico, sendo 1.812 homens e 1.527 mulheres<sup>16</sup>.

Deste conjunto documental, chama a atenção não somente a diferença nos tratamentos ministrados – ape-

promotores de doença mental, em que o limite da doença terminava no próprio corpo do paciente; de outro, os que concediam papel prioritário aos fatores sociais na etiologia das degenerescências mentais.

<sup>9</sup> No Rio de Janeiro e em São Paulo, em 1852; em Recife, em 1861; em Salvador, em 1874.

<sup>10</sup> O Dr. Franco da Rocha, Diretor do Hospício do Juquery, de São Paulo, define a alienação mental como a desarmonia, transitória ou permanente, nas relações do indivíduo com o seu meio social. Assim, diz o médico, não havendo incompatibilidade entre as idéias e ações do indivíduo e as compartilhadas pelo grupo ao qual pertence, não poderia existir loucura.

<sup>11</sup> Trata-se do acervo documental dos Fundos do Hospital Psiquiátrico “São Pedro”, correspondente à documentação do Arquivo Passivo, armazenado sob custódia no Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul – APERS, referente ao período de 1884-1973.

<sup>12</sup> O acervo preserva grande quantidade de cartas, recortes de jornal, passaportes, carteiras de trabalho, certidões diversas, fotografias, além de poesias e até ensaios de autoria dos pacientes.

<sup>13</sup> Todo o material coletado encontra-se armazenado em banco de dados.

<sup>14</sup> O psiquiatra suíço Eugen Bleuler foi o primeiro a utilizar o termo “esquizofrenia”, em 1911, para caracterizar pacientes que apresentavam um quadro de sintomas semelhantes, principalmente, a alteração do pensamento e do comportamento habituais. Assim, com o desenvolvimento da psiquiatria, a esquizofrenia passou a reunir as manifestações de todos os maus comportamentos sociais que os psiquiatras dispuseram-se a diagnosticar.

<sup>15</sup> Ou das pessoas (familiares, vizinhos) ou representantes de instituições (policia, médico, prefeito, religioso ou juiz) que conduziram o paciente para internação.

<sup>16</sup> O banco de dados registra 8.284 homens e 5.497 mulheres internados no período de 1930-1947.

sar do mesmo diagnóstico – como o próprio discurso médico (ou dos cuidadores, seus porta-vozes)<sup>17</sup>.

Szasz (1978) reforça a função da hospitalização involuntária<sup>18</sup> do “esquizofrênico” quando afirma que o verdadeiro objetivo do internamento era o de aliviar os familiares do fardo que ele representava, procurando mostrar que o psiquiatra institucional não era um agente do paciente, mas da sociedade (e muitas de suas intervenções não eram tratamentos, mas verdadeiras torturas).

Como a esquizofrenia manifesta-se, segundo o psiquiatra, através de condutas anti-sociais, tais como desordens no espaço público, agressividade, irritação, preguiça, desinteresse pelo trabalho, ausência de afetividade, solilóquios, cujos efeitos afetam tanto a vida do paciente como de sua família – e por extensão a sociedade onde vive –, é compreensível o isolamento a que foram destinados os portadores de tal diagnóstico em um hospital psiquiátrico, num período da história recente que enfatizava os benefícios do trabalho produtivo e, através dele, as possibilidades de ascensão social. Neste sentido, importava registrar nos prontuários, por ocasião do internamento, informações que dessem conta de sua conduta presente ou pregressa, atividade profissional, estado civil, crença religiosa, grau de escolaridade e, evidentemente, o comportamento dos pacientes anterior ao ingresso.

Outra corrente da medicina psiquiátrica, mesmo afirmando que a causa das doenças mentais tinha origem endógena, individual (ou, em alguns casos, hereditário/familiar), também ia buscar apoio para a efetivação do diagnóstico em eventos externos, de natureza social. Daí a grande quantidade de informações registradas nos prontuários.

No decorrer do internamento, homens e mulheres passaram por sessões de eletrochoque, insulino-terapia, penicilino-terapia e malarioterapia (na dependência da prescrição médica), submetendo-se a um variado número de exames laboratoriais (reação de Wassermann, pesquisa do Bacilo de Koch), assim como exames radiológicos diversos, todos com vistas a detectar, principalmente, a presença de sífilis, de tuberculose, além de alcoolismo e consumo de tóxicos.

Veja-se que até aqui são apontados dados frios<sup>19</sup>. Entretanto, examinando atentamente as informações reunidas em cada dossiê/prontuário e comparando as que fa-

zem referência aos pacientes do sexo masculino ou feminino<sup>20</sup>, é possível detectar um forte discurso de gênero<sup>21</sup>. A violência e a ausência de sociabilidade – além da falta de afetividade demonstrada pelos pacientes (ou relatada pelos agentes da internação) – podiam significar uma longa permanência na instituição hospitalar (marcada, muitas vezes, por freqüentes reinternações e sucessivas intervenções médicas).<sup>22</sup>

Embora o registro obedeça, via de regra, uma mesma formatação de linguagem, é nos dados específicos que melhor pode ser detectada a presença de diferentes critérios definidores das origens da doença:

§ Homem,<sup>23</sup> ingressou em 1937, 24 anos, desquitado, agricultor, abandonado pela esposa 40 dias após o casamento; não se interessa por nada, não cometeu atitude anti-social; apresenta incoerência de idéias e palavras. Morreu de estomatite gangrenosa.

§ Mulher, internada em 1941, cuidou da família durante três anos, tornou-se desconfiada da família e dos vizinhos (tratamento: insulino-terapia).

§ Mulher, ingressou em 1941, 24 anos, solteira; cometeu atos violentos, tentou suicídio; não comia nem falava; crises de choro e riso; abandonada pelo noivo, ficou cinco meses sem falar; menstruação irregular.

§ Mulher, internada em 1941, casada, 28 anos, rasgou as vestes, feriu a sogra após o casamento, cometeu desatinos, desnudava-se. Saiu em 1946.

§ Mulher, internada em 1941, casada, agressiva com o marido e os filhos, quer matá-los, jogando objetos.

§ Mulher, ingressou em 1941, aos 27 anos, casada; nervosa, sentia ciúmes do marido, agredia, chorava, tinha medo de ser abandonada. Saiu em julho do mesmo ano.

§ Homem, 20 anos, foi internado em 1941. Causa provável da doença: não foi correspondido por uma prima. Saiu em 1955.

§ Mulher, internada em 1943, 35 anos, casada, moléstia atribuída ao fato do marido trabalhar longe; insônia, preocupação com filhos; saía à noite para caminhar; irrita-se quando o marido dá um aparte ou informação durante o preenchimento do questionário. Saiu em 1966.

§ Mulher, internada em 1943, 39 anos, casada. Foi abandonada. Nervosa, esquecida, distraída, irrita-se facilmente, deseja mal aos outros, vê pessoas falecidas.

§ Mulher, 23 anos, solteira, internada em 1944, apresentava comportamento agressivo, queria matar o irmão, rasgava as roupas, fugia de casa, não dormia, era irônica nas palavras, sorria e cantava (recebeu duas séries de eletrochoque).

<sup>17</sup> Sintomas atuais da presença de comportamentos esquizofrênicos: disfunções cognitivas e emocionais na percepção, no pensamento, na linguagem, no afeto. O diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados ao prejuízo ocupacional e social. Características da esquizofrenia: afeto inadequado (sorriso na ausência de estímulo adequado); anedonia (perda de interesse, prazer); humor disfórico (depressão, ansiedade ou raiva); perturbações do sono; falta de interesse em alimentar-se, como consequência de crenças delirantes; anormalidades psicomotoras; dificuldades de concentração; funções intelectuais conservadas; confusão, desorientação; falta de *insight*; despersonalização, desrealização, preocupações somáticas delirantes; deteriorização da higiene (DSM-IV, 1995; Kaplan e Sandock, 1997).

<sup>18</sup> Existem registros em que o próprio paciente solicita internação.

<sup>19</sup> No Banco de Dados, informações identificadas como Dados Estruturados, uma vez que aparecem em praticamente todos os prontuários.

<sup>20</sup> Considerado para efeitos deste estudo somente o diagnóstico de esquizofrenia.

<sup>21</sup> No Banco de Dados, identificados como Dados Não-Estruturados, dadas as especificidades das informações sobre o/a paciente.

<sup>22</sup> Destacavam-se duas categorias distintas no registro de informações sobre os pacientes no momento do ingresso: a que causa era atribuída a moléstia e quais os atos praticados que evidenciavam a presença de distúrbio mental – o que poderia constituir-se em verdadeira sentença.

<sup>23</sup> Os nomes dos/as pacientes são mantidos em sigilo por questões éticas.

§ Mulher, 34 anos, solteira, internada em 1944. A causa da moléstia foi atribuída a um namoro não consentido. Fugiu, era agressiva, triste, vivia trancada no quarto, tentou matar a mãe, a irmã e a sobrinha de 4 meses (recebeu uma série de eletrochoques).

§ Mulher, solteira, 24 anos, internada em 1944. Não quer ver a mãe, morde os parentes e quebra coisas (recebeu uma série de eletrochoques).

§ Mulher, 25 anos, solteira, ingressou em 1944. Impressionou-se com o namorado que prometeu fazer feitiço se ela o deixasse. Ficou triste e começou a dizer bobagens. Saiu em 1972.

§ Mulher, internada em 1944, 40 anos, casada, não sabe a causa da doença; cantava sem motivo, virava tudo dentro de casa, achava o marido feio; à noite não dormia, não comia, ouvia vozes.

§ Mulher, internada em 1944, 16 anos, solteira. A causa da doença é atribuída à falta de matrimônio; praticava luta corporal, agredindo. Saiu em 1954.

§ Mulher, ingressou em 1944, 39 anos; revoltada com o marido pela internação, permaneceu no hospital durante 25 anos; saiu por morte.

§ Mulher, ingressou em 1945, 16 anos, solteira. A mãe suspeita que a causa da doença seja um namoro mal resolvido; a doente impressionou-se, chamava pelo rapaz, conversava com pessoas já mortas, ouvia vozes. Saiu em 1957, curada.

§ Homem, 20 anos, solteiro, internado em 1946, solicitava eletrochoque. Desejava matar os familiares.

§ Homem, internado em 1946, casado com mulher nove anos mais velha. Reflete o comportamento dependente, como o que tem com a mãe. Procura prostitutas.

§ Homem, internado em 1947, 27 anos, casado, chora sem motivo (desconfia de sua mulher, mais velha que ele), tem delírios de grandeza, diz que vai tirar a sorte grande; agressivo, não se interessa pelo trabalho.

§ Mulher, internada em 1947, 24 anos, casada, bebe e maltrata o filho.

Quantos dramas pessoais e familiares se escondem por trás destes comentários! Quantos anos de segregação, de isolamento – derivados de crises nervosas, choros convulsivos, impulsos agressivos, nem sempre indicadores da presença de efetivo sofrimento psíquico passível de internação! Pelos relatos, o abandono (real ou não), o sentimento de rejeição ou a recusa em aceitar os ditames familiares, em uma sociedade que define como “normal” o indivíduo sociabilizado, passivo, ajustado às normas de conduta definidas e impostas pelos setores dominantes, traduziam-se em práticas sociais de exclusão e estigma.

São numerosos também os indícios de que as causas do mal podiam estar creditadas à chamada “natureza” feminina: menarca, gravidez, parto, menopausa, ciclos marcados por modificações no metabolismo – acompanhados de depressão pós-parto, abortos, perda de filhos na primeira infância –, além das próprias condições físicas das pacientes (quase sempre egressas das camadas mais pobres da população), determinavam seu encaminhamento ao hospital psiquiátrico:

§ Mulher, internada em 1941, 31 anos, casada; perdeu um filho; perturbações nas idéias e passeios a altas horas da noite.

§ Mulher, ingressou em 1941, 30 anos, casada; parto prematuro; nervosa, agitada, não dormia; pouca alimentação.

§ Mulher, ingressou em 1941, 27 anos, casada; passou um mês sem dormir; ciúmes do marido, tentou matar o filho, tentou suicídio; rasgava as roupas, fugiu. Curada.

§ Mulher, internada em 1945, 37 anos, casada; parto de natimorto; acusava que estava sendo obrigada a tomar remédios envenenados; tentou suicídio com querosene; maltratou as filhas, avançou no marido, correu um vizinho com um machado. Permaneceu hospitalizada durante três meses.

§ Mulher, 21 anos, casada, ingressou em 1947; teve aborto de oito meses; sente dores de cabeça; insônia, esquecimento. Saiu em 1971, com recuperação parcial.

§ Mulher, ingressou em 1947, viúva, doméstica; marido suicidou-se 10 dias antes da internação, trabalha de modo irregular.

§ As práticas homossexuais ou a presença de pedofilia, a exibição do corpo no espaço familiar ou na via pública muitas vezes aparecem nos prontuários acompanhadas do registro do consumo de drogas e de álcool<sup>24</sup>.

§ Não é incomum a presença de um discurso que reforça a associação de fortes componentes de ordem moral no comportamento desviante, carente de tratamento psiquiátrico para obter a cura:

§ Mulher, ingressou em 1932, aos 32 anos, doméstica; sofreu abalo moral no casamento; fugiu, era exibicionista (nudex), não dormia. Saiu em 1937, por morte.

§ Mulher, ingressou em 1944, 56 anos, solteira. Causa da doença: bebida; não dormia, vagava sem rumo, gesticulava muito. Morreu em 1948.

§ Homem, ingressou em 1946, 23 anos, solteiro. Sofre de sentimento de culpa por masturbação com uma irmã de 10 anos; práticas homossexuais com um irmão menor. Foi indicado tratamento moral (laborterapia). Saiu em 1960, por falecimento. *Causa mortis*: tuberculose.

§ Homem, internado em 1947, 18 anos, solteiro, pintava o corpo e membros com tinta a óleo; homossexual, morreu em 1955, com tuberculose.

Muitos homens, por ingressarem na instituição hospitalar bastante jovens<sup>25</sup>, viam-se desta forma impedidos de estabelecer relacionamentos afetivos duradouros (fator que desencadeava reações violentas aos tratamentos). Apesar de as mulheres sofrerem internamento em idade semelhante à dos homens, grande número já o fazia casada e com filhos (cerca de 44% das internações).

Por outro lado, chama a atenção, no que se refere aos motivos de saída dos pacientes, a prevalência, para ambos os sexos, do registro de falecimento. No entanto, para os homens, o segundo maior motivo de saída variou entre a alta por melhora ou por cura, apesar da incidência de casos de fuga.

A manifestação dos sintomas de esquizofrenia seria então diferente nos homens e nas mulheres?

<sup>24</sup> A presença freqüente do alcoolismo e do consumo de outros psicotrópicos será objeto de análise em outro estudo.

<sup>25</sup> Cerca de 72% do total dos internados do sexo masculino.

Szasz (1978) escreve que a esquizofrenia não é uma doença psíquica, mas uma doença social desencadeada por diferentes fatores. Levando-se em conta o período em estudo – 1930-1947 – pode-se pensar de imediato em uma fase de grande crise, política e econômica, resultante dos efeitos da quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque e seus reflexos na economia mundial, efeitos que, naturalmente, atingiram a sociedade brasileira, causando profundas preocupações sobre o futuro.

Mas, ao que parece, muito mais grave e mais próxima foi a chamada Revolução de 1930, capitaneada por Getúlio Vargas, seguida da Revolução Constitucionalista de 1932, a decretação da ditadura varguista do Estado Novo, em 1937, e a eclosão da Segunda Guerra Mundial, em 1939.

Jovens inexperientes e mal informados – dado que a maior parte dos pacientes era analfabeta ou semi-alfabetizada – viram-se diante da possibilidade de sofrer recrutamento para as fileiras militares. O medo da guerra, a incerteza quanto ao futuro, a possibilidade de afastamento da família poderiam ter provocado as crises pessoais<sup>26</sup>.

Não são gratuitas, portanto, as perguntas contidas em um longo questionário que integrava, à época, os prontuários – agrupadas sob a denominação de “Dados Commemorativos”. Ali estão claramente enunciadas as preocupações do corpo médico do hospital em relação aos pacientes.

A questão disciplinar permeia quase todas as questões, quando investiga, por exemplo, sobre a frequência à escola, sobre a prestação do serviço militar, sobre a profissão, sobre o comportamento no espaço público, sobre a ingestão de tóxicos e/ou bebidas alcoólicas, entre tantas outras. Engel (1999) refere que o “doente mental do sexo masculino é visto, essencialmente, como portador de desvios relativos aos papéis sociais atribuídos ao homem – tais como: o de trabalhador e de provedor, de onde deriva a idéia de que a predisposição masculina aos distúrbios mentais é proveniente destes ou à recusa de incorporá-lo”. No Hospital “São Pedro”, o problema não é diferente:

§ Homem, internado em 1946, 29 anos, solteiro, herdou terra de seus pais, arrendadas por um irmão que não manda dinheiro ao paciente; desinteressado pelo trabalho. Saiu em 1971, por morte (tuberculose).

§ Homem, ingressou em 1946, 23 anos, agricultor. Fez maus negócios na venda de colônias; irmão solicita que o paciente continue internado e que poderia trabalhar no hospital para

pagar suas despesas, visto que era acostumado a trabalhar em qualquer serviço. Faleceu em 1960.

Indisciplina, negação do trabalho e uso de tóxicos de qualquer natureza compunham um tripé justificador do comportamento anti-social dos internados com diagnóstico de esquizofrenia.

Foucault, em entrevista concedida à historiadora francesa Michelle Perrot, reafirma que os hospitais psiquiátricos não eram locais destinados à cura de doenças mentais, no sentido da reabilitação dos pacientes para o trabalho produtivo (portanto, para a reinserção social), e sim lugares de disciplinamento<sup>27</sup>.

Em época de crise econômica e de instabilidade social e política, como a do período em estudo, torna-se compreensível o discurso médico do tratamento visando à cura. Considerando-se que o novo modelo econômico de substituição de importações do Primeiro Governo Vargas, atrincheado para os núcleos urbanos grande número de jovens trabalhadores de origem imigrante,<sup>28</sup> constituiu-se em fator importante no processo de desfazimento dos laços familiares: distantes da imposição e do controle familiar, viam-se repentinamente desenraizados, livres, mas sem rumo. Despreparados para o trabalho fabril, o desemprego agudizava as crises pessoais, justificando os comportamentos considerados desviantes – e a conseqüente internação no hospital psiquiátrico, a prisão ou o recrutamento militar. A preocupação constante dos poderes constituídos, das camadas dirigentes da sociedade e do saber médico é facilmente encontrada nos documentos analisados. Pode-se mesmo afirmar que o trabalho (ou sua negação) é o *leitmotiv* que percorre todos os prontuários:

§ Homem, 22 anos, solteiro, agricultor, ingressou em 1931. De trabalhador tornou-se inerte, com temporadas de descanso; queria por força arranjar uma gaita; morreu de anemia, em 1937.

§ Homem, internado em 1936, 20 anos, solteiro, agricultor, abandonou o emprego e o lar. Saiu em 1959, por morte.

§ Homem, internado em 1938, 24 anos, solteiro, marceneiro; apresentava indiferença emocional, vadiagem, crises de choro, tentativas de suicídio; abandono imotivado do emprego, apresentava idéias delirantes, sífilis. Saiu em 1941, por morte.

§ Homem, ingressou em 1942, solteiro, 18 anos; tristeza e insociabilidade no trato com a família; mostrava-se assíduo no trabalho. Permaneceu durante 30 anos na instituição.

§ Homem, ingressou em 1946, casado, 39 anos; é sociável e poderá produzir algum trabalho.

<sup>26</sup> Um grupo significativo de prontuários indica que o paciente é militar, embora não especifique a categoria.

<sup>27</sup> O médico argentino José Ingenieros, confirmando o pensamento da época, afirmava, no final do século XIX, que “entre os temas privilegiados pelos alienistas e psiquiatras brasileiros na construção de atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores ‘desviantes’, figuravam, por exemplo, a civilização, a raça, a sexualidade, o trabalho, o alcoolismo, a delinquência/criminalidade, o fanatismo religioso e a contestação política”, enquadrando todas ou quase todas as categorias comportamentais fora dos padrões convencionados e “colocando sob suspeita indivíduos e setores sociais incômodos” (Engel, 1999).

<sup>28</sup> O Rio Grande do Sul, por exemplo, dispunha de uma massa desta mão-de-obra, oriunda das áreas agrícolas fundadas na pequena ou média propriedade em franca decadência (frente à falta de apoio governamental, de insumos, de capital, de tecnologia e de meios de transporte da produção) e que ia buscar nas cidades as condições de sustento que a agricultura não oferecia.

§ Homem, 36 anos, internado em 1947, casado, excessivamente religioso, retraído, desinteressou-se pelo trabalho. (Observação psiquiátrica: trabalha regularmente, saiu curado).

E em relação às mulheres? Sobre elas o discurso médico é outro, estabelecendo claramente a diferença de gênero: contidos no apêndice denominado de “Tratando-se de mulher”, incluso como anexo no questionário sobre os “Dados Commemorativos”, um conjunto de questões específicas visa obter informações sobre menarca e menopausa, filhos e partos, aleitamento e puerpério, abortos, enfim, sobre o funcionamento do corpo feminino. Estas perguntas caracterizam o pensamento do período em relação à causa dos desvios de pensamento e, principalmente, do comportamento.

A busca do conhecimento sobre a natureza feminina – e os atos dela derivados – sempre se constituiu em objetivo da medicina. “Foram os médicos que, apoiados nas pesquisas biológicas sobre a ovulação e a reprodução, construíram uma definição materialista-fenomenológica da mulher sustentada no seu ciclo de vida reprodutivo – para a qual não houve paralelo com o homem” (Martins, 1999, p. 42-43).

O que se destaca, na verdade, nas indagações contidas nos prontuários de mulher são as questões de ordem moral/sexual, emocional/afetiva e familiar, como se a guerra, a carência econômica e a conjuntura política não se constituíssem em fatores causadores de algum grau de sofrimento. Menos ainda o fator trabalho (fora do espaço doméstico e remunerado), uma vez que este era considerado atribuição masculina.

São de outra ordem os fatores considerados condicionantes da instabilidade justificadores da internação: partos, abortos, morte de filhos ou familiares, abandono, fim de um relacionamento amoroso, viuvez, além de problemas relacionados com a manutenção ou a perda da estabilidade conjugal/familiar<sup>29</sup>, acrescidos das manifestações da fisiologia feminina (menarca, menopausa, tensão pré-menstrual), também estas quase sempre relacionadas com o corpo e com a sexualidade.

Apesar de centrar a preocupação nos comportamentos desviantes das mulheres, a medicina psiquiátrica – como um espelho da sociedade da época – tentava encontrar nos pacientes de ambos os sexos manifestações de uma sexualidade pervertida, desvios imediatamente relacionados às causas, aos efeitos e/ou aos sintomas da doença que queriam diagnosticar.

Engel (1999) refere que em um artigo publicado ainda em 1888, o Dr. Teixeira Brandão, diretor do Hospício Pedro II, estabelecia “uma profunda proximidade entre a

loucura e as anomalias do instinto sexual, definidas como a diminuição ou ausência, ou exagero (veemência ou insaciabilidade) e a perversão (ou aberração) do apetite sexual” (Engel, 1999). Não por acaso, ainda nas décadas de '30 e '40 a questão dos limites entre a sexualidade sadia e a patológica aparecia claramente na pergunta contida nos prontuários: Apetite sexual normal, diminuído, aumentado?

Em relação aos homens destacam-se questões vinculadas ao espaço público, à conjuntura política e à preservação de sua imagem na sociedade, seja perda do emprego, falência, vícios, jogo, uso de tóxicos, refletindo os valores e as exigências da sociedade quanto às funções do sexo masculino, em que a manutenção de uma família, assim como a proteção ao sexo feminino, considerado frágil, e aos filhos menores, eram de sua exclusiva responsabilidade.

Um conjunto documental de grandes dimensões como o escolhido para se constituir em base empírica para este trabalho não permite explorar plenamente a riqueza de seu conteúdo para a pesquisa, sob o prisma da história da saúde, em função da exigüidade de espaço. No entanto, as possibilidades que oferece um banco de dados como o que foi utilizado aqui, ao permitir numerosos e variados cruzamentos de informações, sejam aquelas enquadradas na categoria maior de “dados estruturados”, sejam as classificadas como “dados não-estruturados”, ou as duas categorias entre si, a partir de palavras-chave, são quase infinitas.

Além de demonstrar, mesmo que parcialmente, o potencial das fontes documentais hospitalares para o estudo das sociedades (em sua dinâmica e funcionamento), o texto procurou mostrar como, nos discursos registrados nos prontuários, o nível de conhecimento médico-científico, os interesses econômicos e os valores que uns e outros atribuem (e mesmo impõem) ao conjunto da sociedade de uma época e de um lugar são permeados pela visão de mundo, pelas expectativas e pelos objetivos de quem os produz.

É possível, também, observar como tais discursos reproduzem as relações de gênero, ao emitir um mesmo diagnóstico (e prescrever um mesmo tratamento) para causas de diferentes origens, natureza e sexo.

## Referências

- BASTIDE, R. 1967. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo, Nacional, 297 p.
- BRESCIANI, M.S.M. 1982. *Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza*. São Paulo, Brasiliense, 127 p.
- CUNHA, M.C.P. da. 1986. *O espelho do mundo – Juquery, a história*

<sup>29</sup> Além da maternidade, a sociedade entendia (entende?) que é da natureza das mulheres a dedicação aos filhos, a abnegação total à família e o despojamento de si mesmas. Qualquer desvio de conduta neste sentido implicava o rótulo de megera, louca, bruxa, feiticeira.

- de um asilo*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 217 p.
- DELUMEAU, J. 1989. *História do medo no ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada*. São Paulo, Companhia das Letras, 471 p.
- DSM-IV – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 1995. Trad. Dayse Batista. 4ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 830 p.
- ENGEL, M. 1997. Psiquiatria e feminilidade. In: M. DEL PRIORE (org.), *História das mulheres no Brasil*. São Paulo, Contexto, p. 322-361.
- ENGEL, M. 1999. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 5(3):547-563.
- FOUCAULT, M. 1977. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 241 p.
- FOUCAULT, M. 1991. *História da loucura na idade clássica*. 3ª ed., São Paulo, Perspectiva, 551 p.
- GOFFMAN, E. 1992. *Manicômios, prisões e conventos*. 4ª ed., São Paulo, Perspectiva, 312 p.
- KAPLAN, I. e SANDOCK, B.J. 1997. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1.169 p.
- LEFEBVRE, G. 1978. *O grande medo de 1789: os camponeses e a Revolução Francesa*. Rio de Janeiro, Campus, 202 p.
- LE GOFF, J. 1997. *As doenças têm história*. 2ª ed., Lisboa, Terramar, 361 p.
- LÉONARD, J. 1981. *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*. Paris, Aubier Montaigne, 386 p.
- LINDEMANN, M. 2000. *Medicina y sociedad en la Europa moderna*. Madrid, Siglo XXI, 302 p.
- MARTINS, A.P.V. 2002. Corpos mutantes: o debate médico-científico sobre a menstruação no século XIX e início do século XX. *Pós-História*, 10:39-60.
- PESSOTTI, I. 1994. *A loucura e suas épocas*. São Paulo, Ed. 34, 206 p.
- SZASZ, T.S. 1978. *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da psiquiatria*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- WADI, Y.M. 2002. *Palácio para guardar doídos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Editora da Universidade/UFRGS, 255 p.