

Fundação Biblioteca Nacional

Ministério da Cultura



Programa Nacional de Apoio à Pesquisa
2006

Programa Nacional de Apoio à Pesquisa

Fundação Biblioteca Nacional - MinC

Ilka de Araújo Soares



*Institucionalização da loucura: um recorte histórico sobre o município de
Barbacena/Mg*

2006

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
CAPÍTULO I - HISTÓRICO SOBRE A CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL DA LOUCURA EM NÍVEL MUNDIAL	13
CAPÍTULO II - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NO BRASIL	40
CAPÍTULO III - O MUNICÍPIO DE BARBACENA E SUA TRAJETÓRIA MANICOMIAL	75
3.1 O CONTEXTO HISTÓRICO-ECONÔMICO	75
3.2 O DESENVOLVIMENTO SÓCIO-INDUSTRIAL DE MINAS E A CONCOMITÂNCIA COM O CRESCIMENTO MANICOMIAL	84
3.3 BARBACENA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	118

RESUMO

O presente trabalho realiza um levantamento histórico sobre a institucionalização da loucura, com ênfase nos primórdios e na expansão das práticas de confinamento hospitalar. Enfoca a articulação entre contexto socioeconômico e o processo de exclusão social da loucura, cuja representatividade máxima é o manicômio. Reflete sobre as propostas reformistas daí advindas e aborda a especificidade da história manicomial do município de Barbacena/MG como experiência prototípica.

PALAVRAS-CHAVE: HISTÓRIA -
INSTITUCIONALIZAÇÃO - LOUCURA - CONTEXTO
SOCIOECONÔMICO - MANICÔMIO - BARBACENA -
REFORMA PSIQUIÁTRICA

INTRODUÇÃO

O presente trabalho discorre acerca do processo histórico de institucionalização da loucura com finalidade de abordar os primórdios, a trajetória da assistência psiquiátrica brasileira, partindo rumo ao enfoque da especificidade de municípios que se constituem como referência nacional no que tange à sua importância neste processo. Nesse sentido, Barbacena (MG) é destacada como pólo de representação histórica que refletiu a gravidade da situação da institucionalização hospitalar da doença mental no país e paradoxalmente como referência nacional no movimento antimanicomial e como pioneira em experiências psiquiátricas inovadoras.

O levantamento histórico sobre as origens do processo de institucionalização da loucura e do campo da Saúde Mental revela-se como importante eixo de conhecimento e explanação sobre questões que têm clamado, nas últimas décadas, para a reformulação de suas práticas e formas de intervenção. Isso porque os métodos de confinamento, maus tratos e exclusão social utilizados de forma extensiva durante anos nas práticas psiquiátricas traduziram um quadro de abandono humano com conseqüências desastrosas para populações concebidas socialmente como indesejáveis.

A formulação de propostas alternativas ao modelo hospitalocêntrico encontra-se em consonância à viabilização da Reforma Psiquiátrica¹ cujo alicerce se calca na visão crítica das práticas realizadas nas instituições clássicas de assistência que têm o manicômio como sua expressão máxima.

A possibilidade de situar historicamente as problemáticas que concederam inevitabilidade a crítica da estrutura asilar se atrela à valorização da mudança do objeto desse campo. Trata-se do deslocamento da ênfase no tratamento da doença (marcado pela tradição racionalista do saber biomédico centrado na remissão sintomática e no binômio “problema-solução”) para a promoção da saúde mental. Prioriza-se, nesse contexto, a luta pela concessão de uma cidadania especial ao portador de sofrimento mental e atenção à sua subjetividade.

¹ Movimento que preconiza a substituição das práticas psiquiátricas clássicas por formas de tratamento substitutivas.

Assim, as práticas substitutivas ao modelo asilar inauguram novos paradigmas acerca do problema e intencionam o enfoque às representações sociais sobre a loucura que a aprisionaram historicamente na marginalização e na estigmatização social. A intensificação do movimento da luta antimanicomial tem clamado, nas últimas décadas, para a importância de se promover posicionamentos diferenciados, através da construção de instâncias que viabilizem o diálogo, a negociação e a inserção social do doente mental.

O presente trabalho, no entanto, não expõe especialmente sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica e suas proposições, mas o concebe como eixo inspirador da pesquisa. O levantamento histórico sobre os primórdios das práticas assistenciais engendra-se na concepção crítico-sociológica de que as práticas psiquiátricas surgiram como resposta às exigências econômicas, sociais e políticas em dada conjuntura histórica.

A tentativa de refletir sobre o desdobramento do referido processo em Barbacena evoca a importância de situar as características temporais e espaciais, em determinada conjuntura histórico-social, que, concomitantemente ao panorama econômico e cultural mais abrangente, teria conduzido a cidade a não mais prescindir de um local peculiar para o cerceamento de seus doentes mentais. E, ainda, tornar-se local de destaque das práticas asilares dada a dimensão do crescimento e centralidade assistencial psiquiátrica em nível nacional. Investiga-se sobre as especificidades que supostamente teriam levado Barbacena a inaugurar a necessidade de suspender efetivamente o contato direto e cotidiano com a loucura, criando um novo cenário, o asilo, para seu cerceamento.

Tendo como base o conceito de dispositivo de Foucault (1982), é possível compreender que a psiquiatria e a instituição asilar tiveram a função de responder a uma função estratégica dominante. Diante de uma economia essencialmente mercantilista, foi necessário absorver uma parcela da população que se achava flutuante e gerava incômodo social. Daí o dispositivo de controle exercido pelo hospício enquanto forma de dominação da loucura e da doença mental. Assim, percorre-se aqui uma trajetória que inclui a apresentação dos primórdios das práticas de abordagem à doença mental e do surgimento do dispositivo asilar.

No Capítulo 1, é apresentada a contextualização social da loucura em nível mundial, em diferentes períodos históricos. Desde a Antiguidade, Idade Média e Modernidade, por

exemplo, é evidenciada a caracterização diferenciada do louco face à normatização social, ainda que, nos tempos mais remotos, esse personagem tenha experimentado maior tolerância e liberdade social.

Em outro momento, como no período após o Renascimento, aspectos marcantes como a criação do Hospital Geral, em 1656, episódio conhecido como a *Grande Internação*, revelam a negatividade histórica da loucura frente ao referencial da razão, em que os incapacitados e ociosos são retirados de cena diante de uma nova ética do trabalho. Já na constituição do Estado Moderno, no final do século XVIII, período de grandes transformações políticas, econômicas e sociais na Europa e no mundo, ocorre a denúncia das internações arbitrárias e indiscriminadas, das quais os loucos e demais excluídos são vítimas. O internamento e a seqüestração obrigatória passam a ser indicados especificamente para doentes mentais, venéreos e criminosos. Neste período, ocorre a inauguração da forma asilo em meio a um panorama de especialização progressiva do trabalho, em que o comércio caminha em direção ao florescimento e o louco apresenta-se excluído de acordos contratuais.

No Capítulo 1, destaca-se, ainda, o nascimento da psiquiatria, endossado pela Lei de 1838, que discorre sobre a importância de assistência aos alienados e o espaço próprio para o seu tratamento. Também é retomada a Idade de Ouro da psiquiatria, na qual é atribuída ao médico a máxima intervenção nas questões sociais. Pinel e seus seguidores, através de uma visão positivista da loucura, elaboram o *Tratamento Moral*, cujo esquema teórico-conceitual e conhecimento discursivo obedecem à institucionalização da ordem social, tendo o médico como figura central na abordagem ao doente mental. O enfraquecimento do Alienismo, expressão atribuída a este formato de concepção da loucura sob a ótica centralizadora da medicina, ocorre como consequência das críticas torrenciais aos desumanos métodos de tratamento e da evidência do comprometimento político-ideológico da forma asilar com o sistema de poder dominante.

É apresentado que as mudanças ocasionadas nos sistemas de prestação de serviços de saúde, no início do século XX, geram o impulsionamento de práticas médicas mais ágeis e eficientes, em consonância com o arsenal técnico-científico em extenso desenvolvimento. A prática asilar é concebida como ultrapassada, gerando a necessidade de redução dos leitos

hospitalares, a desativação das internações prolongadas e a criação de novas propostas de assistência.

A preconização dos cuidados relacionados à saúde mental da população no chamado Movimento de Higiene Mental, em 1910, denota a instauração de uma profilaxia social. A partir daí, são descritos os movimentos importantes de reformulação da assistência psiquiátrica, que obtiveram destacado lugar para o impulsionamento da Reforma Psiquiátrica em nível mundial.

No Capítulo 2, são apresentadas as origens e a trajetória do processo de institucionalização da loucura no contexto histórico brasileiro. Ressalvando as particularidades locais e a discrepância temporal, é enfatizado o paralelismo entre os fatos que condicionaram o aparecimento do louco como problema social (o que gerou a necessidade de criação de instituições para o seu controle) no Brasil do século XIX e na Europa do século XVI.

As especificidades da situação brasileira são retratadas no Brasil Colônia, quando, contando ainda com uma economia escravista e pré-capitalista, a população de inadaptados à determinada ordem social (entre estes os loucos) enche as cidades e constitui ameaça à paz social. Isso ocorre diferentemente da situação européia, na qual, conforme mencionado anteriormente, a exigência do seqüestro social do louco é ocasionada pela emergência do capitalismo mercantil e do crescimento industrial e urbano.

O processo de institucionalização da doença mental é então abordado no Capítulo 2, desde o período histórico no qual, ainda que, desfrutando de certa liberdade e extraterritorialidade, o louco já requisitava providências das autoridades diante das manifestações socialmente inadequadas.

Apesar de o levantamento de dados deste período ser importante, pois marca uma diferenciação com o que ocorrerá posteriormente com a inauguração de instituições especificamente destinadas ao recolhimento da loucura, o enfoque central é dado ao período concernente ao final do século XIX e décadas iniciais do século XX. Tal prioridade justifica-se, pois os citados períodos concernem às origens do processo de institucionalização da loucura no dispositivo asilar, ao desdobramento inicial deste, e à culminância da gravidade

das conseqüências de todo o processo que é retratada nas experiências assistenciais da localidade pretendida.

Assim, é inicialmente observado que, até a segunda metade do século XIX, os doentes mentais não contam com qualquer tipo de assistência médica. Colocados em prisões por vagabundagem e perturbação da ordem pública, vagam pelas ruas ou são encarcerados em celas especiais dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia.

Sobre as origens da assistência aos alienados no Brasil são enfatizados ápices históricos, como, em 1830, a reivindicação dos médicos da recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia da construção de um hospício especial para os alienados, que juntamente a outras medidas de higiene pública, desencadeiam a mobilização da opinião pública, marcando o início de um processo amplo de abordagem à problemática da doença mental.

Cabe destacar que os argumentos que embasam os movimentos iniciais consistem na importância da implementação de um asilo higiênico, onde o tratamento moral possa ser aplicado em contraposição ao abandono e à perambulação dos loucos pelas ruas, também sustentados pelas críticas aos métodos de tratamento utilizados na Santa Casa de Misericórdia.

Outro marco da história da psiquiatria brasileira que é destacado no Capítulo 2 aconteceu em 1841, com a assinatura de D. Pedro II do decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Em 1852, ocorre a inauguração do *Hospício D. Pedro II*. Após a Proclamação da República, em 1890, o estabelecimento é designado *Hospital Nacional de Alienados*, sendo sua tutela separada da Administração da Santa Casa e conferida ao Estado.

A promulgação da Lei Federal de Assistência aos Alienados, em 1903, busca a regulamentação da assistência nos estabelecimentos asilares, preconizando a centralidade do médico. A medicina enquanto especialidade encarregada do tratamento de doenças mentais teria seu lugar pretensamente fortalecido mediante a consolidação de aliança com o Estado.

O agravamento do quadro de marginalidade com a Proclamação da República repercute na intensificação do processo de exclusão social, gerando demanda de recuperação da população excluída, mediante um corpo de conhecimentos que subsidie tal processo.

Observa-se então, a necessidade de medicalização efetiva do hospício e a propensão de mudança da medicina anteriormente empírica para científica. Devidamente instrumentalizada, a medicina deve fornecer resposta curativa e portar papel de defesa da coletividade, em consonância ao princípio da liberdade individual, base da organização social da República.

É destacada, ainda, a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) em 1923, com objetivo inicial de aperfeiçoamento da assistência aos doentes mentais. O direcionamento às propostas preventivas e higiênicas evidencia o alicerce da liga às teorias eugênicas alemãs que orientam as práticas psiquiátricas com ampla infiltração no domínio cultural. Com uma propensão de associar problemas psiquiátricos aos problemas culturais, os psiquiatras da liga justificam a intervenção médica em todos os níveis da sociedade.

Ao absorver a causalidade biológica como um dogma, a LBHM converge em conformidade com os preconceitos da época. Ainda que o objetivo da psiquiatria seja justificado pela implementação de uma teoria embasada em uma matriz científica, a tendenciosidade de suas práticas revela a absorção ideológica dos ditames das classes políticas dominantes. A psiquiatria alemã inspira ideologicamente a prática psiquiátrica brasileira, sendo o saneamento social direcionado à população marginalizada, oriunda do processo de urbanização. O biologismo eugênico excessivamente voltado para a constituição do povo brasileiro lança mão do pressuposto biológico para caucionar dogmas, revelando-se como um fundamento ideológico e não científico.

Até a Segunda Guerra Mundial, o higienismo predomina, mas, com o advento da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana, iniciam-se as experiências socioterápicas e as raízes do movimento reformista. A gravidade da situação assistencial aos loucos no Brasil intensifica os protestos e as denúncias que impulsionaram o processo de reforma psiquiátrica, cuja trajetória e formatação serão descritas em linhas gerais.

Conforme evidenciado na exposição sobre a contextualização sociocultural determinante do lugar social do louco, há concomitância entre a emergência do processo de urbanização, a instauração de uma nova ética do trabalho e o banimento social desse personagem como mecanismo de organização das cidades. A observação do processo em nível mundial (diante das expressivas mudanças no panorama econômico-cultural, principalmente no início do período moderno), assim como no contexto brasileiro (passagem

do Regime Monárquico de economia escravista para a República), alicerçou a perspectiva de detectar os supostos fatores determinantes da institucionalização psiquiátrica na conjuntura da cidade de Barbacena.

Desse modo, a História Manicomial de Barbacena é abordada no Capítulo 3, subdividida em três itens. É realizada, nos itens 1 e 2, a investigação de informações históricas e econômicas acerca da localidade e da região com o propósito de situar as características e especificidades da cidade. Tal explanação inspira-se na vertente ideológica que reflete sobre a inter-relação entre o processo de organização das cidades, seu regime contratual, o afastamento do louco como inadaptado aos mecanismos de produção e trocas sociais e a necessidade de operacionalização do dispositivo de controle do campo de saber psiquiátrico. Destacam-se as particularidades de Barbacena que a teriam tornado referência tão profícua à implantação do intenso movimento das práticas asilares.

Pesquisar os primórdios da localidade conduz à explicitação de importantes aspectos sociopolítico-econômicos determinantes para a configuração da centralidade assistencial psiquiátrica, demonstrando também como o crescimento manicomial acompanhou o desenvolvimento urbano e mercantil das regiões articuladas a nível geográfico e econômico com o município em questão.

A explanação mais detalhada da trajetória das práticas asilares em Barbacena é apresentada no item 3 e tem como objetivo o conhecimento dos aspectos estruturais do referido município e do seu posicionamento como destaque na receptividade à hospitalização psiquiátrica. Entre os aspectos relevantes da história da institucionalização, é enfatizada a inauguração do hospital-colônia, cujo crescimento culminou em uma situação de superlotação, tornando Barbacena conhecida em todo o Brasil como a “Cidade dos Loucos”, pólo de internações psiquiátricas durante longo período. A precariedade da assistência gerou um quadro final de aproximadamente 60 mil mortes. A maioria delas por problemas como diarreia, sífilis ou fome, além dos abandonos sem precedentes, o que levou Franco Basaglia², em visita ao Brasil, a comparar a cidade a um “campo de concentração nazista”.

² Psiquiatra Italiano precursor da Antipsiquiatria e mentor do movimento antimanicomial na Itália.

Um modelo assistencial fundado em instituições totais predominantes e hegemônicas dominadas pela privatização da assistência reproduziu o quadro conhecido, em experiências espalhadas pelo país, como “indústria da loucura”. O levantamento da história psiquiátrica do município situa o desafio das propostas locais de reverter a grave situação de implantação de hospícios que acompanhou o crescimento da cidade.

O fato de, há alguns anos, Barbacena representar um modelo de reformulação na trajetória de implementação da Reforma Psiquiátrica a torna um município prototípico, tendo em vista seus precedentes históricos e os avanços que vêm sendo propostos e embasados no lema “por uma sociedade sem manicômios”. A criação de ambulatórios de saúde mental, serviços residenciais terapêuticos, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades psiquiátricas em hospitais gerais traduz a importância de não apenas abolir o asilo, mas de efetivamente redirecionar os recursos para serviços substitutivos àquele.

Desse modo, em Considerações Finais, é descrito como a Reforma Psiquiátrica, a partir da virada dos anos 80, proporcionou a implantação do “Museu da Loucura” juntamente com outras iniciativas culturais em Barbacena que logram êxito na proposta de reverter os graves episódios do passado. Especialmente no museu, a trágica história da assistência psiquiátrica em Minas Gerais é retratada através do memorial que vivifica um passado que gradativamente vai sendo ultrapassado.

A existência mais do que centenária do Centro Hospitalar Psiquiátrico, cujos muros testemunharam um massacre incrementado por eletrochoques, lobotomias e prisões, hoje abre lugar para a reformulação de sua rede assistencial cuja iniciativa de substituição do aparato manicomial, de humanização do tratamento e de construção de alternativas culturais com fins de ruptura da estigmatização da loucura situa paradoxalmente o município como referência nacional do movimento antimanicomial.

Assim, é concluído como o processo histórico de institucionalização da loucura e suas graves conseqüências nos primórdios da psiquiatria, ao lado da exemplificação da trajetória de mudanças em Barbacena, possibilitam a reflexão sobre a complexidade das propostas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e sobre os pontos de impasse na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Enfatiza-se aí, a declarada limitação de recursos públicos, sua concentração ainda no modelo hospitalar e a necessidade de uma

devida redirecionamento dos mesmos. É ressaltado também o necessário comprometimento das ações com a adoção de uma abordagem biopsicossocial, cuja efetivação se encontra estreitamente entrelaçada às ações múltiplas que envolvem desde as dimensões legislativas até as sociais, econômicas, culturais e políticas.

A realização deste estudo concretiza-se mediante a pesquisa historiográfica efetuada no acervo da Biblioteca Nacional, em materiais bibliográficos diversos acerca do tema, assim como através do levantamento de dados em instituições da cidade de Barbacena (Biblioteca Municipal, Arquivos do Museu da Loucura, periódicos e artigos locais, etc.) e em meio eletrônico.

CAPÍTULO I - HISTÓRICO SOBRE A CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL DA LOUCURA EM NÍVEL MUNDIAL

... Davi guardou estas palavras considerando-as consigo mesmo, e teve muito medo de Aquis, rei de Gate. Pelo que se contrafez diante deles, em cujas mãos se fingia doido, esgravatava nas paredes. Quando tentaram segurá-lo fez-se mais louco rabiscava os portões da cidade e deixava correr saliva pela barba. Então Aquis disse a seus oficiais: Este homem está louco? Porque o trouxeram para cá? Será que já não tenho bastantes loucos em volta de mim? Porque trazem outro doido para minha própria casa, a fim de me aborrecer com as suas loucuras?

(Velho Testamento Salmo 21).

Os signos de caracterização da loucura, como diferença diante da normatização social, são prenunciados desde os tempos mais remotos. Três enfoques centrais elucidam desde a Antiguidade modos de pensamento que perduram no percurso histórico de conceituação da loucura. Apesar de não se apresentarem aí como sistemas ideológicos estruturados, constituem-se modelos de elaboração conceitual, em um campo específico de conhecimento. Tratam-se dos enfoques mitológico-religiosos, psicológicos e organicistas.

Pessotti (1994) efetua uma análise textual de algumas obras que se debruçaram sobre a tentativa de caracterizar a loucura. Descreve que, na Antiguidade grega, a ausência de uma concepção organizada da “natureza humana” e a predominância de um modelo fragmentário de compreensão dos fenômenos induzem à ênfase na insensatez como marca da loucura, então concebida em associação com uma ordenação transcendente da consciência.

A utilização de textos poéticos para esse autor revela-se como um caminho para análise da natureza humana, visto constituírem-se fontes consistentes sobre o conceito de loucura no período antigo. Na poesia de Homero, esse conceito articula-se com a desrazão, com a perda do controle consciente sobre si mesmo, etiologicamente ligado à obra de Zeus, de outros deuses ou de entidades subalternas, no plano da divindade. Mediante a interferência dos deuses sobre o pensamento e ação dos homens, justifica-se a ocorrência de comportamentos nocivos ou bizarros. A necessidade de uma reordenação na conduta já está implícita nesses textos, considerada tangível apenas através de rituais mágico-religiosos, empreendidos por entidades divinas (PESSOTTI, 1994).

Outra concepção importante na Antigüidade se presentifica na tragicidade dos textos gregos que retratam a loucura como “desequilíbrio, destempero, exacerbação” (PESSOTTI, 1994, p. 23). A loucura é entendida como causada por conflitos advindos de destinos que ultrapassam o âmbito da escolha pessoal. Algo que subjuga o sujeito, como uma fatalidade, não circunscrita apenas à esfera da divindade, mas também como elucidado em alguns textos, interligada à presença de um conflito psicológico entre o impulso e a norma social, como evidenciam as falas de Eurípedes em Hipólito: “Ai! Infeliz de mim! Que fiz então? Onde andaré meu senso desgarrado? Enlouqueci vítima da vertigem mandada por um deus! Ai! Infeliz!” (DIANO, apud PESSOTTI, 1994, p. 25).

Partindo do princípio de oposição da concepção etiológica da loucura calcada na interferência divina, Hipócrates e, anos mais tarde, Galeno, expoentes da medicina greco-romana, reconhecem nos processos orgânicos o domínio sobre o funcionamento da razão e da vontade. Inauguram as teorias organicistas, que, apesar de eximirem o mito, tendo a racionalidade como modelo constitutivo e critério de verdade, não exterminam a metafísica na elaboração das idéias sobre anatomia do organismo, evidente principalmente em Hipócrates.

Os tratamentos médicos na Antigüidade são dirigidos aos indivíduos abastados e aos que podem se manter próximos dos familiares. Os pobres vagam pelos campos ou mercados das cidades com sobrevivência assegurada pela caridade pública (RESENDE, 1997). São utilizados instrumentos penosos e violentos de contenção, como artifícios de intervenção médica, dirigidos principalmente aos loucos concebidos como perigosos e agitados. Algumas

técnicas mantêm-se atuantes séculos mais tarde, ainda que o ideário de sustentação das mesmas tenha evoluído no decorrer das épocas.

Embora reconhecendo a existência adjacente dessas três vertentes de pensamento através de vários períodos históricos, as explanações que se seguem primam pela focalização dos aspectos predominantes que são evidenciados conforme as configurações sociais dos períodos referenciados.

É assim que, no período da Idade Média, o modelo mitológico da Grécia Antiga é reeditado, porém revestido com inovadas formatações. A loucura apreendida no domínio da possessão demoníaca é agora “apenas negativa, patológica, estigma de imperfeição e culpa... o louco é um campo de batalhas entre as forças do bem e do mal” (PESSOTTI, 1994, p.32). A apreciação das doenças enquanto fruto de uma demonização as extrai do campo da competência médica, promovendo-se sua contemplação ao plano de especulação teológica. Com a consolidação do poder do cristianismo, o que está em jogo é que as entidades espirituais antes consideradas pagãs se revertem em demônios, estruturando-se a legitimação da intolerância religiosa às vivências dessa ordem e a perseguição às divergências.

Foucault (1975) aponta que a concepção da loucura tomada como objeto de determinados campos de saber (senso comum, médico, jurídico), contextualizada mediante a preponderância de idéias religiosas e mágicas, desvela-se com a circunscrição desses campos, pelo fenômeno religioso. É possível entrever, por exemplo, no período medieval, a solicitude da experiência religiosa ancorada na confirmação do dizer médico, então convocado a declarar-se em circunstâncias de supostas experiências de possessão.

Este período evidencia, então, a centralidade da atmosfera religiosa como via de abarcamento dos fenômenos. O monopólio de poder conferido à Igreja em face da fragmentação política e a lentidão do desenvolvimento cultural, posiciona o estatuto da fé como via para o entendimento e compreensão do mundo. Prevalece o obscurantismo diante da supremacia das idéias religiosas, justificadas principalmente pela expansão do cristianismo.

O predomínio da hierarquia política feudal restringe a mobilidade social e delimita a vida nas aldeias e no campo. O louco perambula pelas estradas ou é acolhido por famílias. O acolhimento nas famílias, nos conventos ou nos hospitais não o subtrai do horizonte social, mantendo-o presente na vida cotidiana. A interação e assistência social que ocorrem aí se

fundamentam no imperativo de hospitalidade àquele vitimado por um castigo divino.

Implicitamente o que se pretende é a expiação da culpa pessoal e a garantia de obtenção da própria salvação pela prestação de caridade cristã.

Foucault (1972), no clássico “A História da Loucura”, estabelece um paralelo entre o modelo de exclusão que circunscreve a lepra como asserção inaugural para a criação de abrigos nos hospitais da Idade Média, e a loucura que, séculos mais tarde, ocupará estes lugares. A ênfase nos binômios puro/impuro, sadio/doente demonstra as noções conceituais religiosas cotejadas nos signos da diferenciação. A exumação progressiva da ocupação dos leprosos nos hospitais será prosseguida pelo povoamento destes lugares por outras classes (criminosos, vagabundos, “alienados”) cujas imagens e valores reiteram o lugar de exclusão.

A moral como dispositivo determinante dos jogos de exclusão evidentes na Idade Média suscita uma dupla indagação: qual a salvação possível para os acometidos (vítimas da exclusão) e também para os que excluem. O argumento para a segunda questão ancora-se no princípio da hospitalidade e caridade dirigidas aos loucos.

Os hospitais têm, neste momento, uma configuração religiosa, estando as práticas correntes em seu interior relacionadas, por excelência, ao acolhimento, sem fundamentação de finalidades terapêuticas cerceadas em quaisquer rotinas de cuidados. Sustentada enquanto ponto de segregação, a admissão e permanência nestes abrigos delineiam-se como possibilidade de restauração da razão, apenas atingível mediante o arrependimento, caminho viável dos insanos para obter a salvação. A convivência social com a loucura está condicionada, outrossim, às tentativas de explicação da sua natureza pela fé religiosa, produzindo manobras de conduta de aceitação ou punição.

As transformações em larga escala no mundo ocidental que se sucederam no final do período medieval, caracterizadas pelo desenvolvimento mais incisivo de atividades artesanais, gerando o acúmulo e a intensificação do comércio enquanto iniciativas de troca produzem profundas alterações culturais que culminam com a retomada do crescimento de núcleos urbanos. O declínio da ordem econômica e políticas feudais anteriormente dominantes repercutem na constituição de um novo tipo de convívio social cerceado pela incrementação do comércio e da vida nas cidades.

Os séc. XV e XVI intermediários entre o período medieval e moderno são conhecidos como um momento de ruptura decisiva com a forma hierárquica medieval e a hegemonia da concepção de mundo submetida às leis da Igreja e do pensamento religioso.

O Renascimento, assim designado este momento, caracteriza-se pela instauração de uma nova identidade cultural, em que o humanismo, como finalidade máxima, permeia todo o contexto de criação artística e filosófica. A valorização da liberdade e dignidade humanas extingue o aspecto medieval da *miseria hominis* (“a miséria do homem”) submetendo até os temas religiosos a um outro viés de contemplação. As figuras de santos nas artes adquirem proporções humanas e é comum a centralidade de temas pagãos nas produções artísticas desse período.

Há escritos históricos de uma vasta literatura sobre a loucura. O teatro celebra cenas de demência e espetáculos de dança e canto de “loucos”. Brant e Bosh anunciam, no terreno literário e plástico, um intenso movimento cultural que reflete a ascensão da loucura descortinada em sua faceta fugidia, de perplexidade e obscuridade.

Foucault (1972) ressalta a pintura do século XV como sendo “*A trágica Loucura do mundo*” em que as imagens são sobrecarregadas com um excesso de sentido, com força primitiva de revelação e com poder de fascínio:

É no espaço da pura visão que a loucura desenvolve seus poderes. Fantasmas e ameaças, puras aparências do sonho e destino secreto do homem – a loucura tem nesses elementos uma força primitiva de revelação de que o onírico é real, de que a delgada superfície da ilusão se abre sobre uma profundidade irrecusável, e que o brilho instantâneo da imagem deixa o mundo às voltas com figuras inquietantes que se eternizam em suas noites... (FOUCAULT, 1972 p. 27).

Bosh retrata em sua clássica obra “A Nau dos Loucos” a paisagem imaginária da partida de heróis em busca de fortuna, seus destinos e sua verdade. Foucault (1972) cita a existência real das *Narrenschiff*, barcos que transportam insanos de uma cidade para outra. Estes barcos assombram a imaginação na Renascença, estando a idéia de exclusão aqui articulada à incerteza do lugar do louco. Como o autêntico prisioneiro da passagem, não sabe a terra aonde aportará e, no seu desembarque, não é sabido de onde vem.

Esta prática de banimento do louco das cidades, que em geral ocorre após detenção por autoridades municipais quando então são confiados a grupos de mercadores ou peregrinos, é registrada durante anos como ocorrência freqüente nos portos da Europa.

Em confronto com a experiência trágica sobre a loucura nas artes, mencionada acima, presentifica-se a sua colocação no universo do discurso onde se releva a consciência crítica sobre o homem. A tradição humanista com as figuras em evidência de Brant e Erasmo posiciona a loucura no campo da linguagem, como objeto dos discursos; e, por mais que ela denuncie a verdade moral do homem, por mais que todos os homens sejam a ela submetidos, é confiscada pela reflexão crítica a seu respeito e está sempre a ponto de ser ignorada pela grande natureza (FOUCAULT, 1972).

As múltiplas formas de loucura descritas na literatura do início do séc. XVII prenunciam seu aprisionamento no terreno das significações. A libertação das vozes da loucura na Renascença delimita-se agora, evidenciando sua articulação com determinadas designações, que vão desde a associação da loucura com as noções de “presunção e complacência imaginária” em Cervantes às referências de “morte, assassinato e paixão” em Shakespeare. Foucault (1972) salienta aí a intencionalidade de demarcação da loucura, de dominação pela palavra, determinando seu cerceamento, o avanço e o triunfo sobre ela. A loucura não tem mais o limite fugidio relevado na “Nau dos Loucos”. Declara Foucault:

A grande ameaça surgida no horizonte do séc. XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam as pinturas de Bosh perderam sua violência... A noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou (FOUCAULT, 1972, p. 42).

Se no período inicial do Renascimento (séc. XV) é tangível à loucura uma inquestionável liberdade imaginária, o mundo ocidental do séc. XVII elucida um panorama de contextualização da loucura avesso a esta ótica. As mudanças na ordem econômica promulgam novos ditames com largas repercussões na esfera sociocultural. Atingido por uma crise que se desenrola com o avanço econômico baseado na incrementação da industrialização e do comércio e na defesa da livre iniciativa, o mundo depara-se com a escassez da moeda, diminuição dos salários e desemprego.

É necessário extirpar do espaço social todos que interferem na organização das cidades e insinuam desvirtuar o modo de funcionamento produtivo predominante. É assim que Foucault (1972) delinea o cunho moral circunscrito nas práticas de internação e exclusão da loucura presentes em vários períodos históricos, mas muito particularmente aqui, sob a égide da fortaleza do racionalismo emergente, denotando o imperativo de outra concepção no “relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência” (FOUCAULT, 1972, p. 56). Uma nova hospitalidade acolhe o louco, permeada pela intenção de alcançar um elemento perturbador da ordem do espaço social.

Não é possível ao louco deter direitos à verdade, tendo em vista que a hegemonia da razão no pensamento do século XVII reconhece o alcance da verdade apenas mediante o afastamento do modelo de razão “irrazoável” tão familiar ao período renascentista. Paralelamente, a Reforma Protestante vem compartilhar da concepção moral de laicização da miséria e do reforço da idéia de supressão dos incapacitados como meio de remediar as faltas desses contra a marcha ideal do Estado.

Ao abordar o que nomeia como a “A Grande Internação”, Foucault (1972, p. 56) situa a inter-relação das práticas de internamento com as diversas instâncias sociais, quer seja a justiça, quer seja a igreja e a família. Sobressalta a criação em 1656, do Hospital Geral, que, longe de ser um estabelecimento médico, destaca-se como alternativa de fazer frente aos problemas gerados pela emergência de uma nova ética do trabalho. Urge que sejam retirados de cena todos os inaptos para o labor, produtores de ociosidade, desemprego e condutas anti-sociais. Algumas casas de internação são implantadas dentro dos grandes leprosários que, esvaziados após desativação no período medieval, têm sua ocupação agora efetuada por outros personagens, cujo banimento social tem conotações políticas, religiosas, econômicas e morais.

Nos estudos de Ornellas (1997) sobre as práticas médicas de confinamento, é denunciado o papel de correção e punição presente na instância de internação deste período, elucidando sua preponderância enquanto “instituição moral” (ORNELLAS, 1997, p. 91): “A internação no séc. XVII corresponde à invenção de um modo particular de perceber, em conjunto com a pobreza, a incapacidade para o trabalho e a impossibilidade de inserção no meio social”.

O internamento como recurso de segregação homogeneizante para ociosos, libertinos, mendigos e alienados ingressa a loucura no horizonte cultural da pobreza, da impossibilidade de agrupar-se socialmente e na inabilidade para o trabalho. O poder ético da comunidade de trabalho a partir deste período histórico deprecia todas as formas de inutilidade social, especialmente aquelas ligadas à ociosidade. Declara Foucault (1972, p. 73): “O louco atravessa as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética”.

Cabe ressaltar o papel correcional que o internamento comporta, não se restringindo ao objetivo de isolamento social daqueles que não têm como ou não podem trabalhar. Trata-se de um empreendimento que visa ocupar, com o trabalho nos hospitais, as pessoas que são internadas, o que demonstra uma manobra econômica para o poder público nos tempos de altos salários dispondo de mão-de-obra barata. A iniciativa comporta, portanto, a supressão da mendicância, o saneamento do desemprego e o estímulo ao desenvolvimento de atividades manufatureiras.

O argumento de aproveitamento dos hospitais gerais como fonte de produção e de ação sobre o mercado da mão-de-obra e como tentativa de reabsorção do desemprego não tardou a mostrar sua ineficácia, inclusive com a evidência das altas despesas com a internação, incompatível com a baixa dos preços dos produtos fabricados para o mercado.

O que esta prática pôde elucidar é que o internamento animado por questões de cunho econômico se justapõe na interface da moralidade, donde o encargo de corrigir, castigar e tornar visível a falha moral. O que particulariza o louco frente aos demais internos no hospital geral é que ocorre, por via de regra, uma distinção que o minoriza em face de sua inadequação aos ritmos da coletividade e ao exercício das atividades as quais deve se submeter.

Sobre o lugar e o sentido social da loucura na época pré-moderna, alguns autores divergem de Foucault quanto ao aspecto do impacto de uma nova lógica de trabalho sobre as relações sociais. Para Gauchet e Swain (apud BEZERRA & AMARANTE, 1992), o louco passa a causar incômodo porque se transforma num semelhante, alguém com quem é preciso comunicar-se, e não necessariamente por representar a encarnação da alteridade radical, conforme é delineado o argumento central da tese de Foucault.

Estes autores divergem de Foucault também quanto à consideração deste sobre a existência de uma maior tolerância social ao louco demonstrada nas sociedades tradicionais como fruto de maior respeito à diferença e singularidade. Para estes autores, o contexto extremamente hierárquico e não igualitário destas sociedades posiciona a “diferença” não tanto como um problema. É possível uma tolerância, desde que a convivência e a familiaridade com a loucura estejam conjugadas com a delimitação das formas de comunicar-se com ela. É assim que se justificam os contatos, em geral marcados por forte conotação de atribuição de discriminação aos acometidos pelo mal, como nas situações típicas de brincadeiras (às vezes, agressivas) dirigidas aos loucos, ou em visitas nos asilos como maneira de entretenimento, etc. (BEZERRA & AMARANTE, 1992).

Apesar das divergências dos variados enfoques sobre a determinação histórica da loucura, existe uma consonância sobre a consideração do papel fundamental do princípio universal da razão como instituidor do estatuto de exclusão social do louco. A tese foucaultiana sobreleva o aspecto de desapropriação da loucura face ao referencial da razão, donde o destino de sua negatividade histórica. Removido do lugar de personagem divino (possuído), ao qual lhe referencia no mundo medieval; destituído do estatuto permeado pelas transcendências imaginárias no Renascimento; submetido às regras morais e ao exercício de soberania da verdade norteada pela razão; posicionado ao lado da insensatez e da incapacidade, o louco enclausura-se.

As internações arbitrárias e indiscriminadas, das quais eram vítimas os deserdados de toda sorte e os loucos, são denunciadas com veemência no final do séc. XVIII. Essa época é caracterizada por grandes transformações políticas, econômicas e sociais na Europa e no mundo, propagadas face à expansão dos princípios da Revolução Francesa, das idéias do Iluminismo e da declaração dos direitos humanos nos EUA.

São levantadas e redimensionadas questões sobre o contexto socioeconômico anteriormente predominante: o desemprego e a pobreza são repensados; a prática do internamento extensivo e indiscriminado é concebida como um obstáculo à nova concepção de cidadania e de direito ao trabalho, que, por sua vez, constituem veículos para um pretensão revigoramento do mercado da mão-de-obra, com fins de gerar uma nova ótica na economia industrial. Aponta Castel (1978, p. 67) para a ênfase nesse momento, à idéia de que “a

população faz parte da riqueza das nações”, o que induz à concepção sobre as práticas de internamento arbitrárias como um “crime econômico e atentado contra a humanidade”.

Salienta Foucault (1975, p. 80):

Denúncia política das seqüestrapções arbitrárias; crítica econômica das fundações e da forma tradicional da assistência; pavor popular por estas casas..., que adquirem o valor de focos do mal. Todo mundo reclama a abolição do internamento.

O liberalismo, bem como as idéias do Iluminismo predominantes nesse período, proclama a necessidade de conciliação dos direitos individuais com as exigências da vida social. O homem entendido como uma consciência autônoma deve ser capaz de ter domínio sobre a realidade externa e interna. Guiado pela razão e não pela força imediatista dos impulsos, o homem livre deve enquadrar-se no interjogo das normas coletivas.

A apologia que impera é a da liberdade de circulação dos bens e dos homens submetida verticalmente ao rigor contratual da troca mercantil, o que exige a existência de regulações que refletem como um contrapeso aos princípios fundantes do liberalismo.

Frente a este panorama, o louco, pensado fora dos limites do internamento, exhibe particularidades no acesso à promulgada liberdade e a valorização da livre iniciativa. A importância social atribuída aos aspectos externalizados da loucura, detectáveis nos contatos, decodificados como ações de irracionalidade e descontrole, dá ao louco o estatuto de irresponsabilidade sobre os seus atos, posicionando-o na esfera da periculosidade face ao temor social de que suas manifestações extrapolem o âmbito do domínio na família e na comunidade. Justifica-se a necessidade de sua contenção e da entrada de mecanismos específicos de regulamentação. Os riscos que comportam a loucura, principalmente por suscitar “poderes inquietantes” são colocados em evidência nesse período, quando é remontada a possibilidade de expandir as relações de proximidade social com os seus personagens (ORNELLAS, 1997, p. 96).

O antigo regime de enclausuramento, que abarcava os vagabundos, mendigos, desviantes e insanos, sofre agora restrições em seu processo de incisão, repercutindo no sentido de uma redução sensível da população-alvo. Castel (1978) ressalta as contradições

sociais presentes aqui, que não tardam em desmentir o mito de uma desinstitucionalização total. Na verdade, são identificadas categorias notadamente demarcadas pela denominação de exclusão então em vigor. Trata-se dos portadores de doenças venéreas, os criminosos e os insanos, estes sim considerados os únicos passíveis de seqüestração obrigatória (CASTEL, 1978, p. 74). O círculo do enclausuramento define-se para aqueles que devem ser retirados da sociedade pelo perigo que representam face à conjuntura em questão.

Fundamentadas no regime liberal, as relações sociais caminham no sentido do abandono das formas hierárquicas, no florescimento do comércio, e, conseqüentemente, na predominância dos acordos contratuais. O objetivo mercantil nitidamente identificável e o impulso à especialização progressiva do trabalho, conforme delinea Neiva (1996), impele ao contratualismo. A sociedade passa a caracterizar-se pela existência de elos e obrigações atravessados por papéis não homogêneos entre os atores. O grupo social potencialmente segmentado, com funções e interesses diversos, instaura a necessidade contínua de manutenção e controle da ordem.

A mácula representada pelo louco na sociedade contratual evidencia-se em vários aspectos: ele não pode ser objeto de sanções; não é sujeito de direitos; é inapto para o trabalho; e não se insere no circuito de trocas livres, estando, pois, afastado do processo de produção e circulação de mercadorias. A não-compactuação, e ainda a ejeção do jogo social, deflagrado pela estrutura contratual do regime liberal, coloca a loucura em nível de identificação e proximidade com a criminalidade, impelindo a exigência de um tratamento e um espaço especial para ambas. Afirma Castel (1978, p. 76):

O que dá conta do sincretismo (*que reúne categorias heterogêneas*) é o caráter demasiado excludente do medo suscitado por esses rejeitados. A racionalidade expressiva triunfará dissociando, de maneira sutil, certos tipos de medo e associando-lhes tecnologias específicas para exorcizá-los.

A ordenação do louco é efetivada por códigos distintos daqueles que são formulados para os transgressores voluntários das leis. Sua circunscrição é demandada mediante constituição de um espaço onde se legitimam critérios técnico-científicos elaborados na perspectiva de sua articulação com um dispositivo completo de ajuda. A Lei de 1.838 delega

sobre a assistência aos alienados, instaurando a consolidação de um novo espaço, especialmente para os loucos. Opera-se, então, uma “reforma” no modelo hospitalar (com base nas implicações morais da loucura), com fins de promover a estruturação de uma técnica para atendimento e saneamento diante da constatação do dano social que representa a loucura. A instituição totalitária (instância de internamento) deve ser renovada e colocada em “harmonia com o novo ambiente moral da sociedade burguesa” (CASTEL, 1978, p. 77).

Está preparado o caminho de exposição da loucura à observação médica a partir de uma tecnologia cuja base, segundo Foucault (1978), está calcada em uma política com prevalência de mecanismos disciplinares. A disciplinarização do espaço hospitalar insere a ótica da vigilância, do exame e da classificação como forma de intermediar o espaço confuso do hospital, promovendo sua medicalização. Realiza-se a convocação do médico ao mundo do internamento, configurando-se a criação do asilo, espaço específico onde a loucura é reduzida ao saber médico e ao seu domínio prático.

Conforme situa Foucault (1978), o hospital (asilo) do séc. XVIII cria condições, pelo isolamento da doença que produz, para que a verdade do mal possa explodir, dirigindo-se para a descoberta da essência da doença mental, evitando que seja mascarada e confundida. Isso posiciona o asilo a serviço de um confronto direto com a loucura. Foucault (1978, p. 122) afirma: “se a vontade doente podia permanecer inatingível, revelará seu mal pela oposição à vontade reta do médico”. Assim, no internamento, em cumplicidade com o despertar de um modelo médico, o desatino é contido e “oferecido em espetáculo, sem perigo para os espectadores” (FOUCAULT, 1972, p. 333).

As leituras críticas sobre o processo histórico de inauguração da ciência médica da loucura salientam que, longe de uma intenção filantrópica ou humanitária, o asilo especial para os loucos (que atende a reivindicação de permanência e “reforma” do internamento) e a inserção do saber médico para deles dar conta emergem como necessidade de proteção social contra o temor e os riscos que a loucura representa.

A convocação da medicina ao espaço do internamento, partindo do ideário de reformulação da assistência, permite a projeção, para o seio do asilo, do caráter médico da loucura a partir de sua ascensão enquanto estatuto de objeto face ao olhar deste saber. Uma atmosfera de objetividade é construída no espaço do asilo, em que a visão positivista vem abarcar a loucura, por meio de um “conhecimento discursivo” (ORNELLAS, 1977, p. 94).

Apoiada pela concepção científica e positiva, a loucura, enquanto objeto identificado às manifestações do sujeito dito alienado, é reconhecida como pertencente à esfera da observação e da classificação. Esses fundamentos alicerçam o nascimento da psiquiatria que se organiza mediante a ênfase no exame dos sinais e sintomas, vias de acesso à “verdade da doença tal como ela é” (FOUCAULT, 1978, p. 118).

A psiquiatria tem, portanto, seu nascimento e sua história ligados à constituição do Estado Moderno. A partir da Lei de 1.838, fica regulamentado o tratamento e o estatuto do alienado, com legalização do estabelecimento do asilo enquanto lugar legítimo para o desenvolvimento das práticas de cuidados médicos.

Castel (1978) salienta que, apesar de a medicina haver efetuado intervenções no cenário da loucura, anterior ao final do Antigo Regime (conforme revelam tratados médicos históricos), é no final do séc. XVIII, no momento inaugural da “forma-asilo”, que a psiquiatria nascente vincula seu percurso ao da instituição totalitária¹. A conjugação de razões técnicas e políticas determina a importância do acoplamento da medicina às práticas de cuidado em regime asilar. O que está em andamento é a constituição de um novo tipo de poder, com a evolução da tecnologia e da prática hospitalar embasadas na muralha do asilo.

As questões sociais despertadas pela loucura frente à queda do Antigo Regime justificam a agilização do processo de medicalização, em que é reconhecido ao médico o papel de intervir, com um saber especial, em um espaço determinado, sobre a loucura. O desaparecimento da instância da administração real predominante no Antigo Regime convoca novos agentes para herança e preenchimento do vazio deixado pela derrocada do poder político até então tido como necessário para o controle de comportamentos fora da conformidade. Se, no regime monárquico, as detenções e seqüestrações evidenciavam o aspecto político de exercício do poder frente aos contraventores da ordem, agora é em nome de uma medida humana, calcada na natureza da doença, que o isolamento se fundamenta.

Diante do desafio imposto pela loucura à sociedade e da entrada da medicina nesse processo, quer seja pela reafirmação da credibilidade aos princípios da sociedade ou ao equilíbrio dos poderes, desenrola-se aqui o que Castel (1978, p. 57) nomeia como “A Idade de Ouro da Psiquiatria” (período do “Alienismo”). Neste momento, o médico é convocado para intervir nas questões sociais levantadas pela loucura.

¹ variante do termo utilizado por Goffman (1974)

A psiquiatrização da desordem representada pelas manifestações desviantes que comportam a doença mental não obedece estritamente a um esquema teórico-científico, estando antes vinculada à institucionalização de uma ordem social particular. A celebrada ação de Pinel de apropriação da loucura e sua ascensão ao estatuto de doença mental, no início do século XIX, fornecem, conforme aponta Albuquerque (1978, p. 18), o seu recobrimento “pelo manto do conhecimento científico positivo”, cujo encargo inclui o controle ético e moral da “exceção irracional da irregularidade e do patos disparatado da insubmissão”.

Foucault (1975) cita que as técnicas utilizadas desde a Antigüidade e depois nos hospitais dos séculos XVII e XVIII são aplicadas por Pinel na França em um contexto enfaticamente repressivo e moral. A utilização de técnicas de abordagem física, cuja característica é o emprego de recursos destinados a agir sobre as funções orgânicas que se supunham afetadas, em geral constitui-se em meio violento que, revestido enquanto método do “tratamento moral” de Pinel, objetiva “distrair a mente dos obsessionados ou delirantes” cuja finalidade “é combater a loucura com provocação de uma afecção física” (PESSOTTI, 1999, p. 222).

A utilização de meios físicos ganha a justificativa no tratamento moral, por incidir, paralelamente, à aplicação desses meios, à transmissão verbal, efetuada pela figura do médico, de obrigatoriedade de cumprimento de regras de conduta adequadas para o paciente. Pretende-se promover a “modificação das idéias a partir das experiências cognitivas ou sensoriais, produzidas por alguma estimulação física” (PESSOTTI, 1999, p. 228).

É possível entrever quanto obscura é a relação entre a terapêutica aplicada e o distúrbio orgânico que se pretende atingir. A ducha fria outrora utilizada para refrescar os espíritos é aplicada diante de estados de excitação ou insubordinação do doente, como medida de punição. O mesmo ocorre com a gaiola rolante, cuja intensidade do movimento infligido é tanto mais intensa quanto mais agitado se encontra o doente no momento da intervenção. O uso da máquina rotatória é retomado de modo mais incisivo que nos séculos anteriores, com ênfase no castigo que o incita. Assinala Foucault (1975, p. 83): “a cada manifestação delirante, faz-se girar o doente até desmaiar, se ele não se arrependeu”.

O asilo como espaço das sínteses morais encontra na psiquiatria o alicerce para a consolidação de um regime de precaução social em seu interior, associado e ao mesmo tempo

confundido com ações de estratégia médica. Os reformadores do internamento têm como representantes juntamente com Pinel, Tuke, na Inglaterra, Wagnitz e Riel na Alemanha. Reconhecidos como personagens fundadores de uma ciência positiva no campo da psiquiatria, são contiguamente alvo de indagações na esfera das abordagens crítico-sociais sobre a estruturação dos saberes disciplinares enquanto formas de apropriação, exercício do poder e produção de verdade no âmbito institucional.

Foucault (1975) salienta que o citado movimento de reforma do internamento e inauguração da ciência médica da loucura, após promover a derrocada de algumas ligações materiais que reprimiam fisicamente os doentes, após haver libertado os acorrentados, na apologia de uma obra ancestral de separação dos loucos dos demais condenados e criminosos, reconstitui em torno deles um cerceamento moral cuja apresentação é de uma instância perpétua de julgamento. Declara Foucault:

o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros... O louco minorizado encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e a loucura, culpabilizada, acha-se originalmente ligada ao erro (FOUCAULT, 1975, p. 82).

Castel (1978) descreve que aquilo que alguns consideram como a realização máxima de libertação dos alienados, por Pinel, constitui antes uma ação prática de reordenamento do espaço hospitalar em que o reagrupamento da doença pela diversificação dos sintomas produz a introdução da racionalidade com fins de promover a definição de doença. Baseado em uma relação específica de poder entre o médico e o doente, o “tratamento moral”, como é conhecido o método de Pinel, preconiza alguns critérios máximos de configuração de sua prática: reforço do isolamento dos insanos com fins de promover a terapêutica adequada; coerção e imposição da ordem no regime asilar; implantação da relação de autoridade no exercício do poder em que “o médico é a lei viva do asilo e o asilo é o mundo construído à imagem da racionalidade que ele encarna” (CASTEL, 1978, p. 88).

O asilo e a psiquiatria nascente inscrevem, portanto, uma forma institucional claramente identificável como herdeira do absolutismo político. A relação médico-paciente estrutura-se pelo o imperativo de assemelhamento do paciente ao médico, constituindo-se esse último o componente soberano da díade, sobressalente no exercício das práticas de

assistência à loucura. Retomando a questão sobre o contratualismo abordada anteriormente, e sobre a extraterritorialidade do louco nesse regime é possível entrever que a verticalidade da relação médico-doente na formatação acima citada constitui o modelo de inserção contratual possível para o louco numa sociedade liberal. Os valores racionais posicionam nessa relação, o poder do médico, como artefato de dominação, ancorado na crença na inalienação e na reconquista da autonomia racional do louco a exemplo da figura do médico (CASTEL, 1978).

Foucault (1972) concebe que a proposição de racionalidade à loucura e a anulação de sua incomensurabilidade, utilizando dos dispositivos de coerção e segregação asilar, são definidoras de seu estatuto de objeto. Nessa experiência emergente sobre a loucura asilada, o que ocorre é que a loucura aliena-se de si mesma. Ao propor a retirada das correntes dos alienados presos ao mundo da criminalidade, para Foucault (1972), Pinel abre-lhes o domínio de uma liberdade rumo à verificação e ao impedimento da ocultação dos seus furores, perseguições, desatinos. O que está em questão, conforme explicita Foucault (1972, p. 392), é o dilaceramento na experiência da loucura – “dilaceramento que separa a loucura considerada por nossa ciência como doença mental daquilo que ela pode entregar de si mesma no espaço que nossa cultura a alienou”.

O enfraquecimento do Alienismo a partir de 1860 deixa como herança o predomínio do sistema asilar, cujas características, processo de estruturação e efeitos foram alvos de importantes estudos nos campos da sociologia, antropologia e psiquiatria social. Cabe aqui uma breve descrição do que se entende como conseqüências sociais dessa prática, pretendendo-se, após, retomar a explanação sobre as articulações histórico-sociais acerca da loucura.

Goffman (1974, p. 112) descreve o termo “carreira moral” designando o processo que se inicia a partir da vivência da hospitalização. Esse processo envolve tanto “a imagem do eu e a segurança nos contatos sociais como as relações jurídicas e um estilo de vida”. A produção de uma seqüência de mudanças no esquema de imagens para julgamento de situações de vida do indivíduo submetido à internação psiquiátrica traduz-se em uma experiência de expropriação em que é notória a perda das relações sociais, o isolamento e a estigmatização. A dissociação do mundo externo e a indução da apropriação de novos papéis subjulgados à esfera institucional incapacitam mais intensamente o indivíduo à retomada dos

contatos com o mundo exterior, além de haver o reforço do próprio quadro que culminou o adoecimento psíquico.

A realidade da dinâmica asilar porta em si particularidades que apontam para sua ineficiência enquanto espaço terapêutico. A perda de contato com a realidade externa; o ócio forçado; a submissão a atitudes autoritárias de médicos e do restante do pessoal técnico; perda de amigos e propriedades; sedação medicamentosa; condições do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias; o ambiente em sua forma de constituição com os muros altos, as proibições de saída, a impossibilidade de circulação de falas, desmoralização do discurso da desrazão, a perda de propriedades e de perspectivas fora da instituição, apontam para o lugar da incapacitação social que a experiência do asilamento produz.

Aponta Goffman (1974, p. 140):

Se no mundo externo o indivíduo pode manter objetos que ligam aos sentimentos do eu – seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns bens – nas instituições totais, esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas.

Em 1860, a Idade de Ouro da psiquiatria é alvo de um torrencial número de questionamentos sobre o seu enfoque prioritariamente asilar. As críticas às quais o alienismo recebe dizem respeito exatamente à ênfase exacerbada nos procedimentos concebidos como terapêuticos e norteados por medidas violentas como o eletrochoque, as drogas e cirurgias ministrados no interior dos asilos, ao isolamento, ao abandono, e ao número exagerado de internações e mortalidade nos asilos, etc. As denúncias incidem sobre o comprometimento ideológico-político das instituições com o sistema formal de poder predominante na sociedade (ORNELLAS, 1997).

Apesar da vitória do modelo asilar como sucessor do alienismo, o início do Século XX é marcado por transformações sociais profundas que irão repercutir diretamente no âmbito dos sistemas de prestação de serviços de saúde. A utilização mais incisiva de procedimentos científicos no campo da medicina, a reorganização das práticas médicas com fins de aumento da eficiência e ampliação dos serviços oferecidos à coletividade denotam a articulação dos sistemas de saúde com o modo de produção capitalista.

Segundo Donnangelo (1976, p. 20), a incrementação do desenvolvimento da tecnologia e do capital repercute em transformações na prestação e produção de serviços, ocorrendo: “a superação da clínica como meio básico de trabalho...” e “[...] a absorção progressiva da medicina artesanal por novas modalidades de organização da produção”.

O hospital fomentado no modo de produção capitalista tende então a configurar-se como “unidade produtiva de serviços, de curas, de tratamentos” (ORNELLAS, 1997, p. 152). Torna-se incompatível a concentração continuada de doentes em seu interior, se terapêutica não se apresentar enquanto dispositivo eficaz e ágil. A manutenção dos doentes no regime de internação de modo avesso a essa ótica representa, assim, a atribuição de maiores custos, apenas passíveis de serem assumidos mediante a intervenção do Estado (ORNELLAS, 1997).

Começam a incidir críticas ao modelo de exclusão psiquiátrica balizadas pelas mudanças sociais em evidência nesse período, cujos contornos são vociferados pela propagação do neoliberalismo, que, repercutindo no âmbito dos serviços médicos psiquiátricos, passa a bradar pela política de redução de leitos hospitalares, desativação dos modelos de internação prolongada e criação de novas propostas de assistência (ORNELLAS, 1996).

Já em 1860, Morel na França, evoca a pertinência de pensar intervenções “do ponto de vista higiênico e profilático”(CASTEL, 1978, p. 71) constituídas enquanto proposta de ruptura com uma perspectiva estritamente curativa para os problemas mentais. Se as intervenções ditas curativas perfilam-se no contexto limitado do hospital psiquiátrico, e se essas práticas se contrapõem ao modelo social vigente, há que incidir, em contrapartida (em coadunação com as propostas de abarcamento dos problemas de saúde em esferas mais amplas), ações de cunho higiênico e sanitário, não restritas ao tratamento da doença, mas extensivas às condições sociais a elas relacionadas.

A partir de 1910, desenvolve-se nos EUA o Movimento de Higiene Mental, com difusão em vários países do ocidente cujo objetivo é elevar o nível de cuidados no que concerne à saúde mental da população. Deve-se preconizar a ação sobre os problemas sociais e econômicos com fins de garantir o banimento da miséria e a profilaxia social. Abre-se o campo para a transferência da problemática da doença mental para a saúde mental, modelo que se delineia em vigor nos dias atuais.

As críticas mais enfáticas às práticas de asilamento psiquiátrico sobrevêm, entretanto, com maior veemência, a partir da Segunda Guerra Mundial em vários países do ocidente, repercutindo na constituição de movimentos reformistas efetivos de denúncia ao modelo nosocomial excludente. Um foco importante de questionamento nesse momento consiste na relação de poder do médico, e a representação de sua figura enquanto carne da produção da verdade da doença no espaço hospitalar. A tentativa de deslocamento do poder médico (e não sua anulação) em nome de um saber mais exato, com eficácia e prudência ocorre em dois movimentos principais que Foucault (1986, p. 124) nomeia de “despsiquiatrização”.

O primeiro movimento se articula pela tentativa de delimitação e redução da doença à sua realidade restrita, ou seja, “aos signos necessários e suficientes para que possa ser diagnosticada como doença mental...” e a inclusão “de técnicas indispensáveis para que as manifestações desapareçam” (FOUCAULT, 1986, p. 124). O movimento surgido com Babinski norteia-se na intenção de articular diretamente diagnóstico e terapêutica, evitando produzir a verdade da doença, conforme fora predominante até então, mediante as formas de atuação centralizadas na figura do médico. Foucault (1986) identifica as práticas da psiquiatria farmacológica e psicocirurgia como expoentes desse suposto movimento de despsiquiatrização.

Outro movimento também assim designado pelo autor diz respeito à prática psicanalítica nesse período em fase de maior expansão. Aversa à continência ao espaço do asilo, apresenta-se de maneira diametralmente inversa ao modelo anterior, por atuar com fins de viabilizar a possibilidade de tornar a produção da loucura em sua verdade, o mais extensa possível. Foucault (1986, p. 125) salienta que as normas presentes no processo (associação livre, uso do divã, transferência enquanto substrato para a cura, pagamento dos honorários, etc.) posicionam a psicanálise como um movimento de despsiquiatrização incisivo no sentido de ruptura com as conjecturas de compreensão da loucura e com o modo de cristalização de poder até então vigente. A seu ver, não há, entretanto, anulação do poder do médico e sim seu deslocamento, não mais facilmente detectável, tendo em vista a sua retirada para “o silêncio e a invisibilidade” do analista.

Qualquer que seja o enfoque sobre estes movimentos, se considerados como efetivamente reformistas ou meras repetições no que concerne à relação de poder

predominante nas práticas psiquiátricas, é a partir das formulações teóricas e clínicas sobre a doença mental que estes fomentam que surgem, nesse período, formas de compreensão e tratamento, para além do modelo psiquiátrico asilar de exclusão e cronificação.

O levantamento histórico sobre a loucura aqui efetuado salienta a notória contingência de sua representação com os processos econômicos, sociais, e as questões ideológicas predominantes nos períodos referidos. A segregação e a exclusão como formas de apresentação da loucura remontam suas origens na Antigüidade e na Idade Média e consolidam-se no âmbito religioso, jurídico, médico.

Uma leitura mais atenciosa da *História da Loucura* de Foucault (1972) mostra que o autor utiliza o termo “desrazão” em acepções diferentes. Ao tratar a desrazão clássica, Foucault a toma enquanto um produto do “Grande Enclausuramento” e que pode ser entendida sobre o prisma dos aspectos mencionados acima, ou seja, relacionada com a exclusão social. Refere-se, por outro lado, a uma desrazão produtiva inspirada na experiência trágica da loucura no Renascimento. As figuras líricas dos poetas que aparecem no decorrer de seu texto revelam os aspectos escatológico e sagrado desta forma de desrazão, assim apreendidas naquele momento histórico.

Remetida ao processo social, a atribuição da designação de patologia (que concerne à primeira forma de abordagem) vem configurar-se pela diferenciação e dissociação do indivíduo do sistema simbólico do grupo ao qual pertence. Isso culmina na organização de categorias diferenciais, que, conforme aponta Lévi-Strauss (1994, p. 9), “aditem uma classificação [...] e as formas predominantes não são as mesmas segundo as sociedades e segundo tal ou qual momento da história de uma mesma sociedade”. A interatividade cultural irá atribuir significação ao problema mental que se referencia sempre como uma experiência intermediada pelos dispositivos sociais (língua, normas, instituições). Se, por um lado, as elaborações antropológicas elucidam o processo de categorização das diferenças que são reveladores da estrutura social e histórica, por outro, as práticas institucionais psiquiátricas e psicológicas incidem como via de legitimação e normatização destas diferenças, donde seu caráter veiculador dos impasses e contradições inerentes a uma sociedade.

Sobre o processo histórico mundial, sabe-se que o movimento de crítica ao modelo psiquiátrico tradicional intensifica-se a partir da Segunda Guerra Mundial. A criação dos

Ambulatórios de Saúde Mental tem, nesse período, o objetivo de substituição da assistência hospitalar por dispositivos de intervenção mais operantes e menos excludentes.

A terminologia “Saúde Mental” herda as peculiaridades e objetivos do movimento de “higiene mental” citado anteriormente. O ideário de sustentação desta prática é a ampliação dos critérios de admissão e participação nos serviços de saúde em regime aberto, possibilitando o abarcamento, em maior escala, de uma rede expansiva de queixas “psi”.

O caráter profilático expande-se para além dos contornos dos quadros de doença detectáveis pelo arcabouço técnico-científico perfilado tradicionalmente. Afinada à lógica do neoliberalismo emergente, a prática ambulatorial tem sua configuração marcada pelos novos rumos do mundo capitalista. Encontra-se articulada ao lema da vigilância e promoção da saúde mediante apaziguamento das queixas ou erradicação efetiva da doença, passíveis de serem legisladas, medicalizadas, psicologizadas e regulamentadas também agora pelo exercício das práticas ambulatoriais. Essas devem ser suficientemente amplas e eficazes para sanar os males da civilização que começam a bater às portas dos serviços de saúde.

A passagem do embate técnico sobre doença deslocado para o ideal de promoção da saúde mental evidencia uma imprecisão imediata dos termos em questão. Torna visível um desvirtuamento proposital dos projetos dirigidos especialmente às patologias claramente identificáveis (psicoses e neuroses graves), sob a ótica da proposta de melhoria crescente das condições de vida da população em geral. A ênfase nas intervenções comunitárias e a introdução da idéia de que os danos psíquicos pessoais podem ser provocados pelos efeitos da expansão do sistema econômico induzem à produção de ações com fins de sanear os males do processo cultural (depressão, pânico, ansiedade, distúrbios de comportamento, etc.) e promover a ascensão de todos a um nível de vida mais saudável.

A conjugação combinada do binômio saúde/doença revela, entretanto, que a circunscrição conjunta dos termos, como artifício de viabilização de abrangência e resolutividade, não exime os aspectos de marginalização e cronicidade que historicamente fomentaram os mecanismos de institucionalização manicomial da doença mental. É assim que se justifica a elaboração dos movimentos de reformulação nos sistemas de saúde, de suporte à doença mental, mais específicos e diretos, com intervenção e alcance direcionados às suas intempéries e peculiaridades (crises, reagudizações, altas, etc.).

O surgimento de algumas modalidades alternativas de tratamento é identificado no período pós-guerra enquanto via para a reorganização da assistência à doença mental. São elas: psicoterapia institucional, comunidade terapêutica, psiquiatria preventiva e de setor. São reconhecidas três experiências de destaque no processo de reforma descritas aqui em linhas gerais: a Psiquiatria de Setor Francesa, a Medicina Comunitária Americana e a Desinstitucionalização Italiana.

A dicotomia das ações no nível do público/privado sempre esteve em evidência nas iniciativas de reformulação dos sistemas de atenção à doença mental. A mensuração dos seus resultados defronta-se continuamente com os impasses no âmbito do investimento público sobre os projetos ou nos alcances e nos interesses em jogo no setor privado, aspectos condicionados à articulação político-econômica das sociedades em que as práticas estão inseridas.

A Psiquiatria de Setor Francesa advém como uma tentativa de ruptura com a hegemonia do modelo manicomial, introduzindo elementos como ambulatórios, sistemas de plantões para emergência, hospital-dia, hospital-noite, apartamento terapêutico, além do próprio hospital psiquiátrico então inserido na lógica de funcionamento da nova rede de serviços. Ressalta-se o trabalho de uma equipe de profissionais implantada na comunidade e incumbida de prestar um conjunto completo de serviços desde a prevenção até a reabilitação, incluindo o exercício terapêutico.

Cavalcanti (1992, p. 101) sobressalta aí o aspecto da assistência continuada, completa e específica ao doente mental cujo objetivo é “assistência de forma total e por toda vida [...] sem cair no risco da segregação e do isolamento”.

A prioridade à manutenção do paciente na família, evitando o afastamento dos vínculos com a comunidade, e o acompanhamento terapêutico constante são os eixos desse movimento, entendido como um avanço na forma de lidar com a loucura. Seu mérito é concebido pela concepção de assistência à doença mais aperfeiçoada, com espaço para a compreensão psicopatológica detalhada e principalmente por introduzir o problema da loucura no social (CAVALCANTI, 1992).

As propostas da Psiquiatria de Setor têm declinado nos últimos anos principalmente em função da expansão dos setores privados e da política neoliberal, tornando inviável a

idéia de uma psiquiatria pública com assistência integral, contínua e individualizada.

Os princípios de ordem administrativa e econômica que impulsionaram a reforma francesa (expectativa de redução do número de leitos hospitalares e de menores gastos com assistência extra-hospitalar) não se concretizaram na prática, o que tem tornado vulnerável sua sustentação.

Cavalcanti (1996, p. 112) descreve que, nos EUA, a “Community Mental Health and Retardation Act”, proposta econômica de “atribuição de fundos aos estados para construção de Centros de Saúde Mental Comunitários Completos” ocorre a partir de intervenção federal do Presidente Kennedy em 1963. Os centros comunitários estruturam-se enquanto dispositivos institucionais com a finalidade de substituir a antiga política de isolamento manicomial e promover uma nova concepção de saúde mental. Ao lado dos projetos ancorados em uma formação psicanalítica, posicionam-se modelos de trabalho diversos como “A intervenção na crise” de Lindeman, cuja finalidade é responder prontamente à determinada situação patogênica como mecanismo de evitar formas mais enérgicas de intervenção e institucionalização. Destaca-se também a proposta de intervenção social de Caplan, em que o psiquiatra atua junto com outros agentes sociais diretamente na comunidade, com fins preventivos.

Ornellas (1997) toma de empréstimo os estudos de Aviram et al. (1973) e reafirma o caráter iminente político no modelo de reforma da assistência psiquiátrica americana. Assinala que as desarticulações na esfera social corroboram para a dissonância entre os projetos desenvolvidos e o nível de inserção real dos pacientes psiquiátricos na comunidade. Apesar de os pacientes não se encontrarem “segregados ou confinados [...] não são aceitos [...] a exclusão não se define com fenômeno limitado ao confinamento físico, mas está presente nas relações das pessoas entre si e entre estas e as comunidades” (ORNELLAS, 1997, p. 176).

Nestes dois países, as transformações suscitadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, embora tenham alcançado importante reconhecimento do seu caráter progressista mediante a criação de novos campos de intervenção na prática psiquiátrica, evidenciam entraves que podem ser entendidos primeiramente face aos obstáculos externos traduzidos nos impasses socioeconômicos e na não-implicação do Estado como via de

sustentação das políticas públicas de saúde mental (corte de verbas, pressões administrativas impedindo a implementação integral dos projetos, contra investimento em modelos tradicionais).

Castel (1986) salienta que, para além desses aspectos, devem ser enfocados os limites na renovação teórica como notórios obstáculos para a reformulação no sistema psiquiátrico. Menciona o aprisionamento ao modelo de atuação médica, de cunho centralizador que, apesar de ter mobilizado abordagens teóricas novas e flexibilizado a concepção do distúrbio psíquico, mantém um sistema de referência prioritariamente médico. Este autor sobressalta também “os pesos institucionais” como fonte de entrave para transformações reais, referindo-se às dificuldades de instrumentalização de uma nova política de saúde mental, com o predomínio da utilização de dispositivos institucionais que operam de forma isolada e desvinculada do contexto em que são geridos. Cita o exemplo francês que mantém o hospital psiquiátrico como peça central monopolizadora dos recursos materiais e humanos.

É assim que, apesar do desenvolvimento de práticas mais modernas de intervenção no sistema de saúde mental, estes países mantêm o triunfo do modelo de internamento psiquiátrico como cerne da psiquiatria pública. O objetivo de redesenhar o aparato assistencial, sem colocar em questão o próprio sistema psiquiátrico culmina na produção das ações acima descritas, que correspondem, na realidade, a um aperfeiçoamento da prática, respeitando o limite do que tange ao modelo psiquiátrico tradicional. Baseados no ideal de reforma e na construção de serviços externos alternativos à hospitalização, estes projetos parecem priorizar ora esferas técnicas, administrativas ou políticas, sem portar, entretanto, um suporte crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica.

A Desinstitucionalização Italiana vem, de modo distinto a estes modelos, acionar a investigação sobre as bases do sistema psiquiátrico, partindo do questionamento sobre a delimitação conceitual psiquiátrica, como campo hegemônico de determinação da verdade acerca da loucura.

O movimento antipsiquiátrico, no qual se calca o processo de reforma italiano, instiga a contestação do conhecimento, diagnóstico e eficácia terapêutica sobrevalorizados pela psiquiatria. Ao abordar a instituição como lugar estruturalmente marcado pelos mecanismos de poder da sociedade, a antipsiquiatria localiza a prática psiquiátrica como um veículo de

alienação face ao enquadramento e à circunscrição, no campo do saber, do fenômeno da loucura enquanto desvio à normatização imposta culturalmente.

Na pretensão de produzir um discurso sobre a loucura não demarcado a um campo específico de saber e ação, no caso ao campo psiquiátrico, a antipsiquiatria relativiza os conceitos de saúde e doença. Problematiza-os nas esferas político-econômicas e analisa os mecanismos de poder no interior da instituição psiquiátrica que se articulam à forma de distribuição de poder inerente à sociedade capitalista. Nas palavras de Basaglia, principal mentor e líder da consolidação prático-teórica do movimento realizado em Trieste:

O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes – para depois tornar-se crítica e ação política (BASAGLIA, 1985, p. 9).

Basaglia (1985, p. 316) afirma: “É a sociedade, o sistema econômico-político que é posto em questão através da presença no interior de uma instituição psiquiátrica, de pessoas que ali permanecem sem que haja para isso razão ou justificativa”.

Ao retirar da loucura a importância do estatuto de doença, a antipsiquiatria coloca em curso um novo enfoque que possibilita a articulação de conceitos que popularizam o aspecto de “positividade” da experiência psicótica. Castel (1986, p. 27) lembra a repercussão que teve, no início dos anos 70, o tema da “viagem” da loucura, refletindo o louco “como portador de uma espécie de verdade misteriosa sobre a experiência sempre reprimida pelas opressões sociais”. Ainda que analisadas como de excessivo romantismo, as concepções inaugurais da antipsiquiatria contribuíram para uma contraposição com o ideário disciplinar até então predominante, inserindo uma nova sensibilidade sobre a loucura, não mais restritamente atrelada à oposição do bem ao mal, do positivo ao negativo.

Romper com o modelo racionalista ancorado no tripé “avaliação, explicação e solução técnica eficaz” é para a antipsiquiatria uma forma de expor a originalidade da loucura: impassível de submissão a uma definição racional e a um método de trabalho otimizado a partir de um enfoque totalizante. Ornellas (1997, p. 179) aponta:

Apesar do desenvolvimento do equipamento terapêutico, a doença continua a ser um objeto enigmático, a cronicidade permanece, e a psiquiatria continua, em relação à doença mental, a maior parte do tempo, impotente.

Extraír a loucura do plano teórico racional que a situa como “doença” significa também contextualizá-la e tornar complexa a configuração deste objeto. Implica promover uma torção nas designações de doença e cura, deslocando-as para a noção de “existência-sofrimento” que leva em consideração a relação dos sujeitos com a sociedade. A cura não mais entendida como remissão sintomática insere-se, assim, no âmbito da criação que cada sujeito pode promover no processo de apropriação e de reconstrução de sua existência. O campo técnico de atuação vê-se radicalmente modificado:

Aos trabalhadores de saúde mental cabe menos “curar” e mais “cuidar”, sendo que “cuidar” significa ocupar-se aqui e agora, para que se transformem os modos de viver e de sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento (ROTELLI, 1990, p. 18).

Ao designar “a negação da instituição”, o movimento italiano não pretende proferir a negação da doença mental, nem a suspensão de cuidados. O que está em questão é construção de outro dispositivo de atenção à loucura que diz respeito fundamentalmente à negação do legado da psiquiatria frente às instituições sociais, legado de isolamento, exortação e anulação dos sujeitos, dispostos à margem da normalidade social (ROTELLI e AMARANTE, apud BEZERRA e AMARANTE, 1992).

Algumas correntes antipsiquiátricas sobreelevam as dimensões sociais e políticas como elementos constitutivos, etiológicos da doença mental. O argumento, se tomado totalitariamente, demonstra inadequação com o atual estágio de conhecimentos e pesquisas sobre o assunto, mas, ainda assim, repercute para o surgimento da possibilidade de inalienação da psiquiatria. Isso marca o imperativo de inscrição do sofrimento psíquico em um âmbito mais amplo, concernente à existência social do sujeito.

A experiência de desinstitucionalização realizada na Itália incide nas instituições de controle social de forma global e encontra na reforma dos programas psiquiátricos sua

manifestação máxima, intervindo no sentido da extinção total do aparato institucional asilar. Analisada como um processo político, a desinstitucionalização emerge como um imperativo de mudança almejado pela convergência de vários setores sociais. Exprime Rotelli (1990) que a reforma psiquiátrica significa um alvo a ser atingido pelos reformadores, a expectativa de abolição das instituições de controle social para os técnicos e políticos radicais, e a possibilidade de redução de leitos hospitalares para os administradores atrelados na necessidade de racionalização financeira.

As experiências inaugurais de extinção dos manicômios em Gorizia e Trieste fazem parte do movimento Psiquiatria Democrática, contam com a intervenção política do Partido Radical em 1973 e com a proposta de revogação completa da legislação psiquiátrica até então em vigor, cujo cunho consiste no controle institucional sobre os loucos. Há em curso um movimento político com bases sociais em expansão, cujo alvo é a ampliação deste processo de reforma em todo o país. Logo, a Lei 180, cunhada de “Lei Basaglia”, vem promulgar a proibição de construção de manicômios, reorganizando os recursos para um tratamento psiquiátrico qualificado, abolindo o estatuto de periculosidade dos loucos e a tutela jurídica.

O aspecto de prioridade da abolição das internações na reforma italiana vem acompanhado com a ampla consolidação de uma rede de serviços comunitários, ou seja, pela implementação de ações terapêuticas no contexto social em que os usuários se inserem. Funcionam Centros de Saúde Mental 24 horas e serviços de emergência, potencializando a transferência definitiva da prerrogativa assistencial para os territórios. Integram o sistema de atendimento também as cooperativas, que se constituem espaços terapêuticos de trabalho e sociabilidade com expansão da visibilidade de seus projetos em várias esferas da cidade de Trieste (GOLDBERG, 1994). As cooperativas representam lugares “de produção artística, intelectual ou de prestação de serviços que assumem importante papel na dinâmica e na economia de toda a cidade” (ROTELLI e AMARANTE, apud BEZERRA e AMARANTE, 1992, p. 44).

A desinstitucionalização é reconhecida como um movimento extenso e complexo que, ao oferecer novas formas de cuidado, emergentes pela sustentação do lema do exercício de produção da vida, constrói inovadas modalidades de sociabilidade e subjetividade. As concepções teóricas inspiradoras do movimento de desinstitucionalização representam

arcabouços político-ideológicos de suporte para iniciativas que almejam desmedicalizar a loucura e reconstruir um novo campo de experimentação prática para suas possibilidades.

A ruptura dos paradigmas clínicos e racionalistas está calcada na desmobilização dos saberes e práticas tradicionais e na absorção de uma estruturação institucional “inventada” que é acionada mediante um processo contínuo de reconstrução que:

tende a mobilizar os sujeitos sociais envolvidos [...] tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições [...] tende a produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, 1990, p. 18).

CAPÍTULO II – INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NO BRASIL

A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente (ASSIS, 1996, p. 8).

Tudo era loucura. Os cultores de enigmas, os fabricantes de charadas, de anagramas, os maldizentes, os curiosos da vida alheia [...] ninguém escapava aos emissários do alienista. Ele respeitava as namoradas e não poupava as namoradeiras, dizendo que as primeiras cediam a um impulso natural, e as segundas a um vício. Se um homem era avaro ou pródigo, ia do mesmo modo para a Casa Verde, daí a alegação de que não havia regra para a completa sanidade mental (ASSIS, 1996. p. 26).

[...] demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia e só insânia (ASSIS, 1996. p. 9).

Através do estilo irreverente do escritor Machado de Assis, é possível ler diversas passagens da obra “O Alienista” enquanto ilustrativas de uma profunda crítica social ao que seriam os alicerces de inauguração das práticas de asilamento psiquiátrico. Vislumbra-se o debate interminável entre teologia e ciência, enquanto instâncias que parodiam a luta pelo controle social sobre a loucura. Em tom humorístico, são expostas questões do Segundo Reinado: dissidências entre o Estado e Igreja; estruturação da psiquiatria no Brasil; debates sobre a unidade do Império.

No relato irônico de casos no decorrer da obra, o escritor apresenta o personagem central mentor da ciência mental, em versão exagerada, exacerbando elementos que poderiam simular o dispositivo psiquiátrico clássico e o processo de institucionalização da loucura. Capta-se a similitude: a urgente avidez em localizar os desvios e retirar do cenário social supostos elementos indesejáveis, sob justificativa de tratamento, resultando no crescimento infindável da população recolhida. No caso da instituição hospitalar, historicamente a situação repercutiu em inoperância assistencial paralelamente à designação da marginalidade social do louco. Tal como na fundação do asilo em que a população destinada avolumou-se indefinidamente, a “Casa Verde” do Alienista, uma versão caricata, tornou-se depósito para sujeitos com sinais (no caso, imaginários do médico) de desajuste que não cessavam de ser para lá enviados.

Sob os auspícios e o olhar da ciência médica, as ações de tutela eram determinadas e, por outro lado, a personificação dos atos na figura do médico deixa entrever no decorrer da obra, sua própria insanidade. Ao ser recolhido finalmente no asilo, o encarceramento do Dr. Simão Bacamarte atesta a vitória da teologia e delega ao Padre Lopes a tarefa de espalhar que jamais houvera louco em Itaguaí a não ser o alienista.

A obra remete à reflexão sobre o poder advindo da razão, imbuído em um conjunto de forças de configurações absolutas que estão aplicadas à ciência e à busca da verdade, o que remonta às raízes do processo de psiquiatrização.

Sabe-se que houve uma época em que loucos circulando pelas ruas era algo que não despertava atenção social, sendo um ato passível de aceitação, principalmente em se tratando de indivíduos pobres e habitantes de comunidades rurais e pouco populosas. Moreira (1903) descreve que, especialmente no Brasil Colônia, essa livre circulação era determinada pelas

posses dos insanos: enquanto pobres, e se tranqüilos, vagavam à mercê de zombarias de crianças e da caridade pública; se agitados, eram depositados nas cadeias, onde malcuidados, poderiam vir a falecer. Já as classes mais favorecidas tendiam a cuidar de seus loucos no próprio domicílio. Poderia ser indicado o envio para a Europa, por aconselhamento médico. Caso tal presença causasse constrangimento aos membros familiares, e em caso de agitação e descontrole, eram colocados em cômodos diferenciados e mais isolados e, em algumas ocasiões, mantinham-se amarrados.

A terapêutica de então era de sangrias e sedelhos quando não de exorcismos católicos e fetichistas. Os curandeiros e ervanários tinham também suas beberagens com o que prometiam sarar os enfermos (MOREIRA, 1903, p. 4).

A relativa liberdade da qual usufruíam os doentes mentais seria ocasionada por uma inferior importância do problema. O fato de, nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão para o trabalho não se constituir como critério de definição da normalidade repercutiria na pouca ênfase às diferenças individuais. Os trabalhos comuns naquele momento, agrícola ou artesanato (para o consumo imediato ou para troca nos mercados), comportavam largas variações individuais, respeitando o ritmo de cada trabalhador. Por exemplo, na atividade agrícola, os fenômenos ditados pela natureza apresentavam-se de forma mais previsível e regular, permitindo maior adaptação do trabalhador. Na atividade artesanal, as diferenças individuais mostravam-se no resultado final da produção como aspectos que não desqualificavam o trabalho.

As manobras sociais aplicadas aos insanos, quando era demandada sua colocação em prisões, ocorriam impulsionadas pelo mal-estar que estes geravam e não pelos sintomas apresentados. Segundo Lopes (1965), não há referência neste período de os loucos lotarem as prisões, isso sugere que a contenção fosse transitória e que, posteriormente, eram devolvidos à liberdade, até que nova reclusão fosse requisitada. Este autor enfatiza que, durante a Colônia, o Vice-Reinado e o Primeiro Reinado, a prática predominante de exclusão do louco, quando necessária, se dava nas cadeias, entre vagabundos, criminosos e indiciados.

Medeiros (1977) aponta que, neste momento, os mecanismos de controle social não evidenciavam o desvio de conduta que estaria inserido na insanidade. O autor afirma: “crônicas de viajantes e observadores de nossos costumes, voltados para o pitoresco, o exótico, o diferente ou o estranho em nossos hábitos, não são citados como fontes de

informações sobre os insanos” (MEDEIROS, 1977, p. 52). Assim também as confissões ante os inquisidores do Santo Ofício trazem registros de desvios, erros circunscritos em práticas sexuais, convicções religiosas, etc., pouco mencionando sobre a insanidade.

É a partir da vinda da Corte para o Brasil, no início do século XIX, associado também ao surgimento da imprensa, que emergem as sementes de uma sociedade organizada. A história do Brasil informa que a vinda da família real, quando instalada no Rio de Janeiro, tornou a cidade sede da Monarquia, promovendo alterações cruciais, tais como a abertura dos portos do país ao comércio internacional, permissão de funcionamento de fábricas, fundação de escolas, bibliotecas, etc. A fisionomia da cidade mudou: se antes seria considerada suja e feia, passou a prezar pela aparência, atenta às tendências da moda européia. Em 1808, foi criada a Intendência de Polícia, responsável pela melhoria e cuidado da cidade. Com intenção de conceder identidade européia à cidade, foram construídos chafarizes para abastecimento de água, pontes e calçadas, foi instalada iluminação pública; foram inauguradas ruas e estradas; os mercados e matadores passaram a receber fiscalização, foram organizados eventos e festas públicas, etc.

O aspecto arquitetônico sofreu transformações, tal como adaptações das residências ao modelo inglês, com janelas envidraçadas e jardins externos. O ambiente urbano passou a ser habitado por profissionais diversos: joalheiros, modistas franceses, alfaiates, sapateiros, livreiros, confeiteiros e barbeiros. Com isso, os costumes das famílias se modificaram, levando à maior frequência dos espaços públicos, como ruas e teatros, conduzindo, inclusive, as mulheres à participação do meio urbano.

Ainda que povoada por um contingente de mão-de-obra qualificada constituída de médicos, professores, farmacêuticos, e outros, a maior parte estrangeira com profissões variadas que veio ganhar a vida, a predominância da mão-de-obra era escrava. Resende (1997) ressalta que, além das atividades braçais nas casas, sobrados e chácaras de senhores, os escravos eram utilizados extensivamente em várias esferas do trabalho urbano para aumentar os rendimentos de seus donos. Os “negros de ganho” e “negros de aluguel” habitavam maciçamente a vida produtiva da cidade. Os últimos eram alugados a outras pessoas, a quem prestavam serviços. Uns vendiam de porta em porta todo tipo de mercadoria:

aves, verduras, legumes, doces, etc.; outros ofereciam artigos vendáveis nas ruas, rendendo bons lucros aos seus senhores, que em geral possuíam vários elementos com estas condições.

O trabalho primordialmente servil definia o panorama social deste período e restringia o espaço de labor do homem livre de tal forma que a própria concepção de trabalho era pejorativa e desacreditada. O repúdio ao trabalho daí advindo definia a vida econômica do país. Onde faltava a coação do chicote e demais castigos, a atividade era quase nula. A colônia apresentava um aspecto de apatia, indolência e moleza (RESENDE In TUNDIS & COSTA, 1997, p. 35).

Uma sociedade assim composta estava intensamente polarizada em dois extremos da vida social: de um lado uma minoria de senhores e proprietários e, de outro, a maioria esmagadora de escravos e de inadaptados sociais, que seriam aqueles sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho. Resende refere-se a uma terceira subcategoria que seriam os desocupados permanentes, que vagavam buscando uma forma de se manter. Tratava-se de uma casta de vadios numerosa nas cidades e no campo, à qual seria engrossada pelos insanos que indisfarçáveis eram acoplados à rede comum de “repressão à desordem, mendicância e ociosidade” (RESENDE In TUNDIS & COSTA, 1997, p. 35).

Isso gerava uma atmosfera de temor e ameaça à paz social, principalmente dirigida à Corte e à população branca e proprietária. Se até então não havia registros indicativos das perturbações sociais ocorridas pelo contato com a insanidade mental, foi a partir deste período que as enfermarias dos hospitais das Santas Casas de Misericórdia passaram a se constituir como alternativa às prisões, em função da inconveniência à livre circulação do louco nas ruas. Cita Moreira (1903, p. 4): “cresceu o número de tais infelizes nas prisões. Os menos desgraçados eram enviados às horrorosas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia [...]”.

Ao contrário do período anterior, os cronistas da época, então alicerçados pelo recurso jornalístico, descreviam a repugnância direcionada à loucura. Paim (1976, p. 214) apresenta um trecho publicado no “Diário da Saúde”, de 1935, de autoria do Dr. Sigaud: “a classe desgraçada dos loucos [...] embuçados com grotescos andrajos, excitam as risadas dos viandantes [...] ou a torrente de grosseiras injúrias e ridículos epítetos.” Complementa Medeiros (1977, p. 52) acerca da repercussão social sobre a livre circulação da loucura: “o

espetáculo de suas vestes andrajosas era incômodo [...] suas atitudes, os motejos que lhes eram dirigidos [...] suas reações imoderadas chegavam até a crimes.”

Não é consensual a visão de diversos autores que teorizaram sobre a questão da exclusão social da loucura, de que esta estaria relacionada às mudanças nos parâmetros de julgamento social. Juliano Moreira, por exemplo, acredita que o aumento de casos de alienação mental com a chegada do Rei e sua Corte ao Brasil e, conseqüentemente, o encaminhamento daqueles para prisões e hospitais gerais, denotando mudanças no meio urbano, não teriam sido ocasionados pela transformação da ótica da tolerância-intolerância da comunidade à diferença. Vislumbra, antes, que a situação teria ocorrido sobre a influência “de um certo gosto pelo luxo, o aumento da luta pela vida” (MOREIRA, 1903, p. 4). Este autor não deixa de considerar, entretanto, que as modificações do meio urbano advindas de transformações estruturais da sociedade repercutiram significativamente na vida social da época.

A vinda da Corte Portuguesa e o aparecimento da imprensa ocorreram paralelamente à consolidação da Medicina Científica no país. Foram criadas as primeiras escolas de Medicina que impulsionaram a fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. A partir daí, o movimento é de clamor contra a reclusão dos insanos nas prisões e a defesa do encaminhamento destes para as enfermarias da Santa Casa.

Um momento calcado em uma economia ainda primitiva, escravista por definição, em que as cidades se mantinham parcamente populosas, perfiladas como continuidade da vida rural, com indústrias ainda incipientes, distantes, portanto, de uma urbanização sólida e de um processo de transformação industrial, o doente mental despontou no cenário brasileiro. Esta característica estrutural brasileira a diferencia do contexto mundial conforme descrito no Capítulo 1, em que a emergência da loucura como questão social e o surgimento da “Grande Internação” na Europa do século XVI ocorreram como conseqüência da evolução social, do processo de industrialização e da incrementação da urbanização.

Assim, o doente mental surgiu no panorama urbano brasileiro também em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social, porém diferentemente da Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, reconhecidamente pouco discriminativa quanto à diferença. As condições concebidas como causadoras do lugar de marginalização social do

doente mental ainda não tinham acontecido no Brasil e a circulação dos insanos pelas cidades demandava já providências das autoridades.

As Santas Casas de Misericórdia abrigavam então os loucos, concedendo-lhes certa diferenciação frente aos demais internos. Ficavam agrupados aos montes de vadios e desordeiros, entregues aos guardas e carcereiros, sem qualquer assistência médica. Aponta Resende (1997) que os loucos tinham seus delírios e agitações contidas por espancamentos e maus tratos, condenados à desnutrição, doenças infecciosas, etc. Como a população de insanos não cessava de crescer, o recolhimento nos porões das santas casas era insuficiente, restava-lhes o depósito nas prisões, onde, não sendo distinguidos dos criminosos, bêbados e desordeiros, ficavam submetidos a toda forma de punição e castigos corporais.

Datam de 1817 as informações sobre o primeiro recolhimento de um doente mental em enfermarias de santas casas, conforme será descrito no Capítulo 3. Tal fato se deu na cidade de São João del-Rei, localidade próxima ao município de Barbacena. Posteriormente, são noticiadas por historiadores ocorrências de banimento de doentes mentais então depositados em prisões e dependências de hospitais das Santas Casas espalhadas pelo país. Medeiros (1977) fornece dados sobre a situação brasileira: na Bahia, desde o início do século XIX, os alienados eram recolhidos pela Santa Casa de Misericórdia e internados no Hospital de São Cristóvão. Em Recife, o Hospital de São Pedro de Alcântara abrigava doentes mentais.

O autor cita o primeiro documento conhecido no Brasil sobre “a maneira como os doidos são tratados” no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O mentor do primeiro protesto público foi José Martins da Cruz Jobim, que escreveu em relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro sobre o “cúmulo de barbaridade” o local onde “eles se tornam mais loucos [...]”. É descrita a situação: “[...] ligado a um tronco, deitado no chão e cercado de outros que a cada passo podem acometer e maltratar horrivelmente” (MEDEIROS, 1977, p. 5).

Em 1839, na “Revista Médica Fluminense”, o Dr. Luiz Vicente de Simoni escreveu um artigo sobre o funcionamento da Santa Casa e apontou a necessidade de criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados: “40 pacientes em 12 pequenas células, em um corredor onde ficavam expostos à curiosidade e provocação dos passantes.” A primeira tese sobre Psiquiatria no Brasil, em 1837, de autoria de Antonio Luiz

da Silva Peixoto, solicitava à autoridade pública a instalação de um hospital especialmente para doentes mentais (MEDEIROS, 1977, p. 6).

O processo de exclusão da loucura transcorreu em dois momentos: de início, o louco deveria ser removido como elemento perturbador da ordem e do convívio social e encaminhado, juntamente com outros marginalizados de toda sorte, para reeducação através do trabalho. A seguir, a partir do reconhecimento da peculiaridade da loucura por suas manifestações de condutas involuntárias, o asilo, como espaço designado para a insanidade, passou a ser requerido como local para sua reclusão, endossado pelas denúncias e apelos humanitários, principalmente por parte da medicina.

Machado et al (1978, p. 423) narram o lema lançado em 1830, pela recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, intitulado: “aos loucos o hospício”. Bandeira da medicina social e da psiquiatria contra o tratamento desumano dos insanos, o lema foi levantado em um período em que uma determinada população começava a ser destacada como desviante e o hospício configurava-se como suposta exigência higiênica e disciplinar, principal instrumento terapêutico da psiquiatria.

O movimento pela criação do hospício ocorreu assim, desde os primeiros protestos médicos acerca da situação dos loucos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A argumentação médica concernia à impossibilidade de cura mediante a simples retirada do louco do convívio social, sem a devida consideração sobre a especificidade da doença. Somava-se a isso a constatação da ausência de oferta do tratamento físico e moral, a desorganização espacial do hospital, a ausência de médico especialista e de enfermeiros capacitados e as condições higiênicas inadequadas no hospital geral.

Ao lado da argumentação humanitária de separação dos insanos com finalidade de tratamento, havia a proposta de prevenção social. Naquele momento, a prevenção consistiria em isolar o louco com o objetivo de reduzir o perigo que poderia ameaçar uma sociedade em vias de normalização. Os autores visualizam aí o projeto político da medicina: através da incorporação da sociedade como objeto, a medicina se impunha como instância de controle social dos indivíduos, patologizando o comportamento do louco. A partir daí, estaria aberto o caminho para o fortalecimento da psiquiatria brasileira.

Se em um momento inicial o doente mental teve sua aparição associada às relações da economia escravista, neste período, a loucura foi elevada à categoria de problema social e a

definição de seu *status* social ocorreu a partir do fim do campesinato e com declínio dos ofícios artesanais. Os trabalhadores teriam que se adaptar a uma nova forma de execução do trabalho, cuja ótica priorizava o espírito de cálculo e de lucro, afinado com a idéia que se deveria viver para o trabalho. A anterior liberdade individual estaria, assim, incompatibilizada com um processo de trabalho racionalizado e vigiado.

Emergiam as sementes do capitalismo industrial brasileiro que, associado à necessidade de sobrevivência social e à reprodução da força de trabalho, demandavam novas alternativas para a população marginalizada.

A psiquiatria constituiu-se a partir daí, no seio da medicina social, em um processo de medicalização social, elaborado e desenvolvido enquanto projeto político. Voltado para a organização e funcionamento da cidade, o médico propunha que o louco fosse excluído da livre circulação e dominado em um espaço próprio onde sua insanidade fosse abordada com fins de integrá-lo à vida urbana através de um processo de recuperação.

Evoluiu daí que a exclusão dos alienados mentais tornou-se referenciada pela ciência. A Sociedade de Medicina e Cirurgia enfatizava a necessidade de oferecer tratamento adequado aos insanos, utilizando-se de teorias e técnicas em prática na Europa. A indicação social de preservação dos bens e a segurança dos cidadãos justificavam a abolição do personagem indesejável mediante sua remoção e exclusão do convívio. Por outro lado, havia uma indicação clínica, concernente à proposta de diminuição do sofrimento. A clínica designaria a necessidade de seqüestro e, como indicação terapêutica, o trabalho seria imposto ao doente mental.

Considerado como evidência terapêutica da psiquiatria nascente, o hospício era apontado como solução diferenciada frente às insuficiências do hospital geral: neste, o tratamento moral (concebido como método adequado de tratamento) não era praticado; “muitos dos meios do tratamento físico faltavam ou eram impossíveis; não havia divisão para as diversas espécies de loucura [...] Não havia banhos, jardins para passeio, regime especial e regimento próprio [...] não havia qualificação dos enfermeiros, nem médico especialista” (MACHADO et al., 1978, p. 378).

A assistência psiquiátrica do Brasil teve seu ápice institucional em 1852, no Rio de Janeiro, com a inauguração pelo imperador D. Pedro II do hospício que recebeu seu nome. Os médicos da recém-constituída Sociedade de Medicina foram então, porta-vozes dos

reclamos que acenavam para o avanço da ciência. A luta dos médicos pela criação do hospício articulou-se ao projeto de José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, no período de 1838-1854, que culminou com a construção do Hospício Pedro II.

José Clemente Pereira, além de provedor da Santa Casa de Misericórdia, era Ministro do Império e possuidor de importante papel político. A iniciativa de criação do hospício pretendia ser grande e gloriosa, tendo em vista a necessidade política de centralização do Poder representativo da unificação do país. Uma sucessão anterior de regências pouco sólidas revelava a instabilidade da nação.

José Clemente Pereira elaborou decreto que afirmava a magnanimidade e o espírito caridoso do Imperador, ressaltando-lhe

[...]a digna tarefa de evitar o horror em que viviam os doentes mentais, relegados às precárias condições oferecidas pelo Hospital da Santa Casa... a iniciativa de abrigar condignamente os loucos, o empréstimo do patrocínio do Imperador para oferecer-lhe o prestígio, o manejo da vaidade dos abastados para conseguir-lhe os recursos (MEDEIROS, 1977, p. 8).

Nestes atos, retratava-se o político e administrador José Clemente. Afirma Medeiros (1977) que a tarefa de José Clemente era algo a se emprestarem misericórdia, humanidade e espírito de caridade.

O projeto monumental do Hospício Pedro II significaria assim, o marco inicial das conquistas de sagração e coroação do Imperador, tendo José Clemente como mentor do projeto de construção e arrecadação de recursos. O projeto foi iniciado em 18 de julho de 1841 e o hospício inaugurado em 5 de dezembro de 1852. O hospício abrigava 144 doentes no início, sendo que, com pouco mais de um ano, o número havia se elevado rapidamente, até atingir lotação completa. Esta era uma tendência geral dos asilos, na história da assistência psiquiátrica: instalações assoberbadas pela demanda crescente, justificando o clamor por mais verbas e hospitais.

Machado et al. (1978, p. 425) salientam que, por seu reconhecimento enquanto filantropo, em torno de José Clemente foi erguido o mito de libertador da pátria: “procurador dos pobres, homem da caridade, protetor dos órfãos, doentes, loucos, expostos, pai dos

desvalidos da sociedade.” Estes caracteres solidificaram a aliança com os médicos, no sentido de prover condições materiais para elevar um hospício.

Anterior à inauguração do asilo, em 1844, José Clemente iniciou a formação de parceria entre medicina e assistência, que produziu efeitos importantes. Enviou o médico Antonio José Pereira das Neves à Europa para estudar os principais hospitais de tratamento dos alienados, dando provas de que o saber médico iria instrumentalizar a filantropia. Afirma Moreira (1903, p. 9) que o citado médico, destinado à iniciativa, deveria “estudar o tratamento dos alienados, com obrigação de visitar os hospitais mais acreditados e relatar o que visse e observasse”.

José Clemente propôs mudanças em todas as instituições administradas pela Santa Casa, expondo, através de um relatório crítico, a condenação do funcionamento hospitalar inadequado, veiculada à necessidade urgente de criação de um hospício de alienados, tendo em vista a ausência de condições indispensáveis ao tratamento apropriado desta classe de doentes.

José Clemente arrecadou fundos para criação do hospício, através de uma subscrição pública e enviou ofício para o Ministério da Guerra mencionando a necessidade de fundação de um hospital privativamente para os alienados. Medeiros (1977) assinala que a sociedade entusiástica pela criação do hospício possuía personalidades que colaboraram com generosas ofertas financeiras para a construção do monumento. Como retribuição, estas pessoas eram agraciadas com comendas e títulos de nobreza, chegando a receber homenagens em estátuas de benfeitorias, colocadas no Salão Nobre do Hospício, ao lado da estátua do Imperador.

Como provedor da Santa Casa, José Clemente defendia o funcionamento do hospício como forma de salvaguardar a comunidade ameaçada pelo livre trânsito dos loucos nas ruas, paralelamente à isenção da Santa Casa de desempenhar de modo tão precário funções tão complexas e que oneravam financeiramente o hospital.

Assim, a partir do Decreto de 18 de julho de 1841, o Hospício Pedro II foi vislumbrado enquanto ato de maioria do Imperador. A construção ocorreu na chácara possuída pela Santa Casa, na Praia Vermelha. Este local, na época, era um lugar remoto na cidade. Os registros históricos citam ser muito freqüente a construção de asilos em lugares isolados, sob alegação de proporcionar calma, espaço e tranqüilidade, sempre mais recuados quanto mais o crescimento das cidades se aproximasse. Construções seguiram-se em São

Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará, em caráter de urgência, com instalações provisórias, intermediárias entre os porões das Santas Casas e o asilo final.

Brandão (1956) tece críticas à suntuosidade e ao alto valor dispensado na construção do prédio do Hospício Pedro II, segundo o autor, uma obra monumental, voltada para as exterioridades e pouco adequada às conveniências dos doentes. A este respeito o autor cita o desconforto dos doentes expostos a um ambiente excessivamente úmido e submetidos aos ventos frios de Copacabana.

Teixeira Brandão, primeiro professor de psiquiatria do Brasil, prossegue nas críticas sobre a relação do Governo Imperial com alienados do Brasil: “a autoridade não se importa com o louco, senão quando ele perturbou a tranqüilidade pública [...] a enfermidade de que padece é coisa de somenos valor [...] o essencial é que ele seja recluso.” (BRANDÃO, 1956, p. 60). Este médico descreve sobre a evolução do asilo de alienados, o horror do descaso da direção do hospital, dos seus médicos, das condições precárias de outros depósitos de alienados do Rio de Janeiro.

Machado et al. (1978) expõem que o Hospital Pedro II iniciou sua prática com características semelhantes ao modelo francês, elaborado por Esquirol e Pinel. Na França, o movimento ocorreu após amplo debate político sobre a assistência, a partir da Revolução de 1789. No Brasil, distintamente, o hospício foi solução pacificamente adotada, através de sugestões aceitas, encaminhadas e sancionadas pelo governo imperial. “‘O palácio de guardar doido’ não é apenas orgulho do Imperador, símbolo da civilização que se instala na capital, mas é parte integrante do projeto normalizador da medicina” (MACHADO et al, 1978, p. 429).

Anterior ao período de criação dos primeiros hospícios, em meados do século XIX, surgiram no Brasil os primeiros trabalhos teóricos sobre a alienação mental, que se caracterizavam pela ausência de recursos de observação e controle e pela pouca importância de uma fundamentação e rigor científico que viessem a orientar a prática asilar. Geralmente apoiadas em autores estrangeiros, não era realizada abordagem específica da situação brasileira.

O hospício como lugar prioritário para o exercício da ação terapêutica, dedicado à recuperação da loucura, evocava a necessidade de que a psiquiatria fosse instrumentalizada com dispositivos que permitissem a eficácia de sua intervenção. O hospício seria uma

instituição concebida medicamente, seu funcionamento e sua estrutura realizariam o projeto psiquiátrico nascente.

Ponte (1999) afirma que a fundação do Hospício Nacional designava o manicômio como campo privilegiado para o desenvolvimento da psiquiatria enquanto especialidade médica diferenciada do restante da corporação médica. A psiquiatria seria detentora de um saber capaz de reproduzir conhecimento e exercício sobre a doença mental.

O conceito de “dispositivo” de Foucault (1982) apresenta um tipo de formação que, em determinado momento histórico, tem como função responder a um campo estratégico dominante. É possível compreender, por este viés, que a institucionalização da loucura no Brasil, a criação do asilo e o surgimento da psiquiatria com seus preceitos acerca da doença mental emergem como formas de absorção de uma parcela flutuante da população avessa à normalização social e ao desenvolvimento econômico. O dispositivo de controle em questão designa o imperativo estratégico da psiquiatria de dominação da loucura, da doença mental, do desvio social. Este dispositivo foi mais claramente perfilado mediante a substituição das primeiras hospitalizações de doentes mentais nos hospitais gerais das Santas Casas pelas contenções em hospícios criados na segunda metade do século XIX, a partir do que se efetivou o surgimento da psiquiatria.

O instrumento básico da medicina seria, portanto, o hospício, um espaço específico de reclusão cuja eficácia terapêutica propagada pela teoria psiquiátrica do século XIX estaria veiculada à concretização da cura.

A criação pioneira do Hospício Pedro II inaugurou uma seqüência de construções de hospícios nas principais cidades brasileiras. Medeiros (1977) cita o Hospício Provisório de Alienados em São Paulo, que iniciou seu funcionamento também em 1852, numa casa alugada, com sete quartos usados para reclusão dos enfermos. Este estabelecimento iniciou com a internação de três pacientes e, ao fim de dois meses, tinha nove. Somente após 1860, passou a ter atendimento médico. Em 1861, a superlotação gerou mudança no local de funcionamento do hospício, que foi seguida por nova superlotação no Hospício de Alienados de Sorocaba. Posteriormente, em 1898, o Hospício de Juqueri estabeleceu-se como principal estabelecimento psiquiátrico do Estado de São Paulo.

Em Recife, entre 1874 e 1883, foi construído o Hospício de Alienados da Tamarineira. Outros estabelecimentos criados em vários municípios foram: Asilo de Alienados no Pará

(1873), Asilo de S. João de Deus na Bahia (1858), Hospício São Pedro no Rio Grande do Sul, além de asilos criados em províncias menores com o papel de apoio aos hospícios vizinhos maiores (MEDEIROS, 1977, p. 11).

Conforme descrito anteriormente, a tendência em localizar os hospitais psiquiátricos em pontos afastados dos centros urbanos era amplamente difundida como apropriada pelos mentores das práticas de implantação dos hospícios e pode ser constatada no levantamento histórico-geográfico das grandes localidades pioneiras no processo de hospitalização. Este aspecto evoca a importância de refletir sobre os princípios que alicerçaram os primórdios da medicina na abordagem à doença mental.

Machado et al. (1978) expõem dados informativos acerca da estrutura asilar nos primeiros anos de funcionamento do Hospício Pedro II. Dentre os preceitos que organizavam o espaço e a vida asilar, o citado isolamento era priorizado. Proposto em textos do médico francês Esquirol, o isolamento compunha a literatura psiquiátrica brasileira através da mencionada tese de Silva Peixoto, em 1837, e de outros textos importantes na medicina. Ao separar o louco do que se supunha serem os elementos causadores da loucura, que estariam presentes na sociedade e especialmente na família, o hospício estaria reorganizando o contato entre doente e família. Os médicos postulavam que a presença de amigos e parentes estaria relacionada às causas da loucura e irritaria o mal. O alienista atuaria no sentido de defender e proteger a família, além de romper com os hábitos do louco.

O isolamento seria indicado para um tipo específico de louco: aquele oriundo de uma família pobre e com o hábito de vagar pelas ruas. Os ricos poderiam ser mantidos em casa, ainda que lá houvesse limitações para o seu tratamento. Os autores consideram que esta teoria estaria pautada no princípio de que a riqueza poderia oferecer garantias quanto à segurança e ao tratamento.

A possibilidade de intervenção terapêutica através do isolamento se apresentava como uma característica importante no regime médico e policial do Hospício Pedro II, reforçado mediante a localização do hospício, fora do aglomerado urbano, com condições de silêncio e ar puro. A concretização do isolamento asilar se estabelecia com impedimento de entrada de qualquer elemento estranho à estrutura hospitalar, sendo permitido ao alienado sair somente se acompanhado de enfermeiros.

O isolamento deveria ser complementado por uma organização do espaço interno do asilo, com objetivo de propiciar uma vida ordenada e regular através do convívio do alienado com pessoas do seu sexo, de sua classe, de seu tipo de comportamento. A divisão do hospício dar-se-ia em duas partes simétricas, de acordo com o sexo. Esta divisão, por sua vez, subdividir-se-ia em três classes: a primeira com quarto individual, a segunda com um quarto para dois alienados e a terceira com os indigentes, com enfermarias gerais para 15 pessoas. Haveria ainda a divisão dos pensionistas de primeira e segunda classe e em tranqüilos e agitados e “os de terceira classe e indigentes em tranqüilos, agitados, imundos e afetados por moléstias contagiosas” (MACHADO et al, 1978, p. 433).

Moreira (1903) descreve que, no início do funcionamento do hospício, para atender aos serviços da administração interna, o provedor designou seis irmãs de caridade, que foram transferidas do Hospital Geral.

O Decreto de nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852, aprovava e mandava executar os estatutos do hospício, ficando o provedor autorizado a dar instruções necessárias para sua execução, organizando um regimento interno provisório que poderia ser revisto caso necessário. Para o autor, tais estatutos evidenciavam influência da lei francesa.

A distribuição do tempo dos internos era uma característica destacada no funcionamento do hospício. A prescrição da ocupação dos alienados seria um meio de evitar o ócio e a inércia e promover a reinserção social pós-reabilitação no hospício. O trabalho deveria ser a principal ocupação do tempo dos internos no hospício, conforme mencionado no Regimento Interno. Diversas ocupações seriam prescritas pelo médico, como meios mais úteis de tratamento para a alienação mental, tais como: “oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, colchoaria, escovas, móveis, calçados” (MACHADO et al, 1978, p. 440), ou para os menos habilitados: jardinagem, obras, refeitório, enfermarias, etc.

A indicação de trabalhos no interior do hospício obedeceria à diferenciação econômica: aos pobres caberiam os trabalhos em oficinas, jardins e serviços do hospício. Os trabalhos dos ricos seriam as diversões: jogos e biblioteca. Sob argumentação de que o hospício espelha a sociedade, estes critérios deveriam ser cumpridos.

Sob a justificativa de o asilo ser espaço de reeducação e disciplina, o trabalho localizar-se-ia como possibilidade de manutenção da ordem e da preservação dos bons costumes. Uma prerrogativa fundamental para o funcionamento do asilo seria o

estabelecimento de normas de comportamento. Deveriam ser inseridas intervenções para propiciar a interiorização das normas e inculcar a disciplina. Existiriam premiações pela docilidade, obediência, assiduidade e perfeição.

Machado et al (1978) salientam a vigilância como importante princípio de organização do asilo. O relatório do Hospício Pedro II informa que os alienados deveriam ser vigiados permanentemente e em todos os lugares (nos banhos, nos passeios, nos refeitórios e durante a noite com guardas), através da presença de enfermeiros que cuidariam para que estivessem limpos, sem distúrbios e alterações comportamentais. Esta função recebia a inspeção das irmãs de caridade, encarregadas das enfermarias, salas de trabalho, rouparia, cozinha e dispensa, já que os enfermeiros eram considerados serviçais que deveriam estar presentes, mas não teriam competência suficiente para o exercício de tais funções. Neste momento, havia apenas um médico no Hospício (o próprio diretor), que não se contrapunha à presença e atuação das irmãs de caridade, ao contrário, as considerava importantes.

Em 1881, Nuno de Andrade propôs uma posição bastante distinta: a separação do Hospício da Santa Casa de Misericórdia, atribuindo a direção daquele ao Estado. Este diretor argumentava que sua autoridade de clínico era prejudicada pelo poder conferido às irmãs de caridade, conquistado a partir do Regimento Interno de 1858, que delegava àquelas o serviço econômico e a direção das enfermarias, ato que as teria posicionado acima dos clínicos.

A posição deste médico enfatizava que o poder deveria ser de posse do médico como princípio da unificação do asilo. Vários relatos médicos da época destacavam que a administração de um asilo de alienados deveria ser entregue a esta categoria profissional, como forma de garantir a cura e o bem-estar dos alienados.

Só assim compreendia-se que, o tratamento moral, alicerce das práticas psiquiátricas asilares deste período, seria aplicado à doença mental, devendo o médico localizar-se no topo da estrutura de poder. O hospício se configuraria como dispositivo de cura, encarnando uma autêntica pedagogia da ordem ministrada pelo médico.

A observação continuada do louco, quando da sua entrada no hospício, permitiria ao médico domá-lo, através da persuasão. Ao adquirir a confiança do louco, o médico tentaria tornar seu comportamento obediente e disciplinado. Alguns médicos brasileiros optavam pelo uso de meios repressivos, como forma de “transformar o corpo violento em corpo pacífico” (MACHADO et al., 1978).

Na tese “Tratamento das moléstias mentais”, de João Paulo Vieira da Silva (1858), são descritos tais meios: cautério, isolamento celular e camisola de força. Em casos excepcionais, seria utilizada a reclusão, a intimidação e outros meios coercitivos.

Os meios de intervenção permitidos no Hospício Pedro II como repressão medida, educativa e medicalizada para obrigar à obediência, conforme Estatuto Interno, seriam: privação de visitas e passeios; diminuição de alimentos; reclusão solitária de aproximadamente dois dias; e os banhos de emborcação (MACHADO et al, 1978, p. 446).

Apesar da tentativa de organização do hospício, alicerçada nos princípios do tratamento moral, gradativamente o estabelecimento vai sendo criticado, colocando-se às claras os obstáculos institucionais e jurídicos que prejudicavam a pretendida gestão médico-administrativa eficiente. A instituição passou a ser alvo de ataques, evidenciando, entre as demais falhas, que os médicos não dominavam o espaço de internamento, tal como proposto por Pinel. Os princípios do tratamento moral, descritos anteriormente, que seriam a base das práticas asilares, pouco se pronunciaram como realidade concreta e eficaz no seio das instituições psiquiátricas. O aspecto peculiar da assistência psiquiátrica consistia em abrigar os loucos, segregando-os como desviantes, sobre os auspícios do surgimento da ciência.

Ainda que a perspectiva inicial de criação do Hospício Pedro II tenha sido considerada uma importante realização, por ser um espaço destinado especificamente aos loucos, ficou constatada sua função de simples receptáculo para os doentes. Isso retratava sua inadequação como instituição hospitalar e espaço terapêutico, além da insuficiência de recursos destinada à população que não cessava de crescer.

Moreira (1903) assinala que, até 1862, o hospício recebia todos os alienados que eram enviados pelas autoridades públicas. Em função do número excessivo de doentes, a provedoria do hospital comunicou ao chefe da Polícia que havia se tornado impossível a admissão de novos enfermos. Assim, quando as autoridades públicas quisessem remeter qualquer alienado ao hospício, teriam que consultar o provedor do estabelecimento. Ao deixar-se privar de um direito que sempre lhe assistiu, o de requisitar a internação dos alienados, o governo consentiu que pouco a pouco fossem enchendo de loucos o Asilo de Mendicidade e até as prisões. Descreve esse autor:

trezentos e cinquenta alienados chegou a ter o Asylo de Mendicidade cuja lotação era de 200 pessoas! E isso sucedia porque as portas do Hospício fundado pelos poderes públicos para tratamento de alienados só se abriam aos favorecidos pela proteção dos poderosos ou para os que podiam pagar (MOREIRA, 1903, p. 11).

Nos primeiros 40 anos de existência do asilo, era notória sua função exclusivamente segregadora que detinha uma grande população errante de marginalizados e sem trabalho, mostrando-se impossibilitado para intervenção na demanda então criada, pela insuficiência dos recursos disponíveis.

As críticas que o hospício sofreu descortinaram o fracasso da psiquiatria como instância terapêutica. Apesar de ter se apresentado como instrumento terapêutico central da psiquiatria do século XIX, onde se propunha a medicalização da loucura, o asilo revelava seu lado nebuloso: só se entrava nele para não mais sair, ou para depois voltar, o que desnudava sua insuficiência assistencial. No âmbito da imprensa e da opinião pública, as denúncias relativas à ineficiência do estabelecimento manicomial ressaltavam a sua inoperância na produção da cura dos que se encontravam sobre sua responsabilidade, paralelamente ao aumento continuado da população de doentes mentais.

Especificamente o Hospício Pedro II, construído nos limites da cidade, cuja condição geográfica proporcionaria silêncio, ar puro e tranqüilidade, propondo-se realizar o projeto de isolamento, achava-se prejudicado pelas construções nos terrenos vizinhos, o que acarretava um povoamento indevido do local. A área possuía condição insalubre com a ocorrência de corredores de vento gerados por edificações na parte lateral do hospício. A construção de um pavilhão interno intensificou o problema, já que impedia a chegada de raios solares, deixando os doentes submetidos à umidade. Assim sendo, o asilo nascido com função de isolamento dos desviantes, apresentava-se com formato semelhante aos hospitais gerais tão veementemente criticados. Mantinham-se as denúncias de maus tratos, sujeira, superlotação, baixa qualificação dos atendentes, falta de assistência médica e grande índice de mortalidade.

A despeito dos citados reclamos principalmente médicos, não havia ainda uma lei nacional de alienados e nenhum serviço de assistência organizado pelo Estado. Eram denunciadas, através da imprensa e de médicos trabalhadores do hospício estas imperfeições institucionais.

Machado et al (1978) apresentam relatórios da época em que apontavam as principais deficiências do asilo: pessoal no setor administrativo e no serviço das enfermarias incapacitados (as irmãs de caridade eram diretoras do estabelecimento e os enfermeiros praticavam arbitrariamente coações aos atos dos insanos, apresentando-se sem preparo na lida com estes doentes); violência física (são descritas ocorrências de lutas físicas entre enfermeiros e pacientes, gerando agressões graves e até mortes); suicídio (denotando falhas na vigilância); evasão; monopólio do poder e de informações por parte das religiosas; relação de cumplicidade entre enfermeiros e irmãs de caridade contra os médicos. O número de médicos era insuficiente e estes não detinham poder administrativo; eram submetidos aos graves prejuízos no reconhecimento de seu trabalho, estando, portanto, os alienados entregues às irmãs de caridade e aos enfermeiros e submetidos a toda sorte de arbitrariedades.

Resende (1997) assinala que, enquanto lugar de tratamento, o hospital psiquiátrico não existia e os princípios humanitários jamais adentraram suas portas, em que pesasse a presença aí das religiosas.

Machado et al (1978) consideram que a relação entre o Hospício Pedro II e os loucos do Império era insuficiente qualitativa e quantitativamente: o tratamento não era desejável e não poderia servir como referência obrigatória para todos os loucos. Daí decorria a demanda de multiplicação de instituições tendo em vista a delegação dos hospícios como espaço prioritário para a seqüestração obrigatória.

O Hospício Pedro II, alvo de críticas de sua organização espacial e do pessoal encarregado, recebia julgamentos relativos à sua população. Loucos curáveis e não curáveis, loucos e não loucos conviviam sob o mesmo teto. Apesar de o Regimento Interno de 1858 determinar que apenas fossem recebidos loucos curáveis, uma população de epiléticos, idiotas, imbecis, e outros, que poderiam viver inofensivos em suas famílias, passou a ocupar o hospício. Estes passaram a ser definidos como incuráveis por terem sido considerados incômodos para a família e para a sociedade e representavam a maioria absoluta do hospital.

Este quadro caracterizava o funcionamento do Hospício Pedro II até as proximidades da República. A proposta de constituir-se como um espaço hierarquizado em que o médico ocuparia lugar de destaque como interventor institucional, posicionado no nível mais alto da autoridade, não se concretizou. Ao contrário, o médico, que deveria ser a figura central nas

decisões referentes ao asilo, tinha papel secundário. O governo soberano das irmãs de caridade, cujo exercício de poder é descrito como inoperante, prejudicial e arbitrário perdurou até 1887.

Moreira (1903) apresenta dados históricos sobre o hospício. O Decreto de janeiro de 1890 desanexou o Hospício de D. Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, que passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. O decreto aprovado em junho do mesmo ano nomeou o professor Teixeira Brandão novo diretor geral da Assistência e determinou que a secção dos homens fosse confiada à guarda e vigilância de enfermeiros. As irmãs de caridade, “por motivos intuitivos, entenderam que havia intenção de diminuir-lhes a autoridade de que estavam de posse [...] e retiraram-se abruptamente do estabelecimento” (MOREIRA, 1903, p. 12).

Assim, a partir da regulamentação do Hospício Nacional pela administração do Estado, as irmãs de caridade foram afastadas do tratamento dos doentes mentais, sendo firmada a supremacia dos psiquiatras em relação ao cuidado com os insanos. A partir da Proclamação da República, a posição da psiquiatria passou a ser de oposição aos adversários da República e aos clericais, o que inequivocamente a posicionava a favor da estatização do hospício. Havia por parte da classe psiquiátrica tentativa de forjar uma aliança com este poder, como forma de estabelecer maior autonomia na deliberação de leis acerca do tratamento dispensado à loucura.

Com a retirada das irmãs do hospício, enfermeiras contratadas na Europa adotaram as funções daquelas. A relevância da moral laica neste momento, articulada ao parecer da ciência médica, concedia ênfase aos malefícios do clericalismo, o que evidenciava a dissidência entre o poder do Estado e o poder clerical. Este aspecto remete à dimensão política e social concernente às práticas institucionais que se veiculam às relações de poder e se instrumentalizam no campo do saber. Tal visada interrogaria o debate dos médicos da época acerca da ênfase na legitimidade e na predominância do lugar da medicina no hospício.

Machado et al (1978) apontam que os artigos do médico Teixeira Brandão que reafirmavam o hospício enquanto instituição fundamental para o louco e para o psiquiatra condicionavam esta proposição à intervenção de uma lei que viesse a atingir todo o país. Tal lei definiria as condições de seqüestração do louco e o asilo como local prioritário para tal.

Uma série de obstáculos deveria ser superada no dia-a-dia do Hospício Nacional de Alienados, face às transformações sociais daquele momento. Com relação aos aspectos internos do hospício, as críticas médicas apontavam para a arquitetura asilar e para o modelo de separação de pacientes. A organização deveria abolir o caos presente no espaço hospitalar, através da circunscrição dos pacientes em classificações que ultrapassassem aquelas vigentes (por sexo, classe social, separação de tranqüilos e agitados, etc.) e que priorizassem os critérios médicos. A ausência de nosologia psiquiátrica nas instituições, cujos critérios de seleção da clientela eram prioritariamente leigos (contando com o juízo da autoridade pública em vez do saber médico), revelava a atuação de uma medicina leiga e empírica, inoperante em termos da necessária resolutividade clínica. Era ressaltada a necessidade de um refinamento das classificações existentes no hospício, que deveriam ser atinentes à nosografia psiquiátrica.

A respeito da situação do Hospício Nacional, cita Moreira (1904) um relatório impresso em anexo ao do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, de 1903, após rigorosa sindicância no Hospício Nacional, como sendo o mais vigoroso acerca de uma instituição pública no Brasil:

O Hospício Nacional é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem fiscalização [...] O estado a que chegou este estabelecimento parece ser antes uma resultante de faltas que de longe se vêm acumulando, foram se agravando, até darem em resultado estragos materiais do edifício, a frouxidão e a licença na administração (MOREIRA, 1904-1905, p.3).

Este panorama foi se configurando cada vez mais como inconcebível, tendo em vista as transformações socioeconômicas que o advento da República desencadeou. Resende (1997) assinala que o surgimento do capitalismo comercial e industrial brasileiro evidenciou um quadro de:

[...] urbanização acelerada, deterioração das condições de vida, de higiene e saneamento das cidades, proliferação de cortiços e favelas, focos de desordem e vetores de doenças infecciosas, aglomeração de marginais nas ruas à espera de trabalho, surtos epidêmicos, dizimando populações necessárias à economia (imigrantes), novos e graves problemas diante dos quais os asilos provisórios despovoados de médicos seriam inoperantes (RESENDE, 1997, p. 42).

O agravamento da marginalidade repercutiu na intensificação dos processos de exclusão social, gerando demanda de recuperação da população excluída, mediante um corpo de conhecimentos que pudesse subsidiar tais processos. Os empecilhos sociais para implantação de um projeto de Estado mais estruturado, com maior poder disciplinar, que viesse responder às exigências do modo de produção capitalista iniciado com a República, contava com a iniciativa de normalização e medicalização a ser exercida pela psiquiatria. O advento da psiquiatria científica se inseriu na emergência deste processo, finalizando a fase empírica e leiga dos primeiros 40 anos da assistência psiquiátrica brasileira.

Os rumos da República anunciavam que somente ao Estado seria cabível exercer o direito da seqüestração, apoiado no saber e na prática psiquiátrica. Ao Estado caberia o poder absoluto na seqüestração do louco, em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, assessorado pela psiquiatria. A legitimação da medicina pelo Estado como detentora do direito de tratar garantiria a execução da disciplinarização fundada na ciência, considerada via fundamental para recuperação do louco e retorno do mesmo à sociedade.

Através de Regimento e Estatutos, o hospício deveria prestar contas ao governo a quem estaria atribuída a posse e administração daquele. A relação do Estado com o louco reforçava o duplo sentido de justificativa da reclusão: defesa da coletividade contra o perigo representado pelo louco (concernente principalmente ao pobre, que vagueava pelas ruas) e defesa do louco contra os abusos passíveis de ser vividos, em função das dificuldades de autogestão de sua pessoa e de seus bens (relativo ao louco rico, possuidor de bens).

Conforme apontam Machado et al. (1978, p. 482), mediante o poderio técnico-científico, a psiquiatria deveria transformar-se em instância definidora do estatuto de menoridade do louco, “como doente e incapaz e como sujeito a ser tratado e protegido”.

O poder de isolar e de seqüestrar seria legitimado técnica e cientificamente pela psiquiatria, o que subtrairia qualquer hipótese de um ato arbitrário e repressivo. Novamente salientava-se, neste período, a necessidade de medicalização efetiva do hospício como demanda social para defesa da coletividade, pois esta ia de encontro ao princípio da liberdade individual, base da organização social da República.

Assim, imediatamente após a Proclamação da República, inscreveu-se o limite divisório entre a psiquiatria empírica e a psiquiatria científica, com a apropriação dos

médicos ao controle das instituições e ao papel de representantes autênticos do Estado, aos quais caberia a assistência total do doente mental.

A inversão do modelo anterior, além de reafirmar a atribuição máxima de poder à autoridade do médico no que concernisse à vida asilar, atribuía a este direito principal de seqüestração do louco. A submissão das regras de funcionamento do asilo à experiência esclarecida do médico destinava-se a um norteamento seguro dos meios higiênicos. Para além da influência moral da figura do médico, a concentração do poder nas mãos deste profissional, neste momento, objetivava a produção de uma observação judiciosa, com esclarecimento diagnóstico e orientação no tratamento.

Ponte (1999) descreve que, em fins do século XIX e início do XX, no governo Rodrigues Alves (1902-1906), a aproximação entre a medicina e o Estado ganhou maiores proporções. O Brasil apresentava precárias condições sanitárias e os centros urbanos eram atingidos por vários surtos epidêmicos. Enfermidades como varíola, febre amarela e peste bubônica assolavam a cidade do Rio de Janeiro, o que traduzia uma imagem negativa do país, refletindo no aspecto econômico.

Em 1903, no Rio de Janeiro, Juliano Moreira assumiu a direção da Assistência aos Alienados e a gestão do Hospício Nacional, enquanto Oswaldo Cruz assumiu a direção dos serviços de Saúde Pública. A Saúde Pública e a Psiquiatria uniram-se na tarefa de sanear a cidade, remover as doenças e fontes de infecção nos cortiços, além dos focos de desordem que eram os desocupados e maltrapilhos. Coube à psiquiatria recolher as sobras humanas do processo de saneamento, depositá-las no asilo e tentar recuperá-las.

Juliano Moreira, até então professor de Psiquiatria na Faculdade da Bahia, detinha conhecimentos oriundos de visitas aos melhores manicômios do velho mundo e mostrava-se desejoso de reivindicar melhorias na assistência, a exemplo das exigências da psiquiatria moderna. No Governo anterior (Campos Sales, em 1899), as drásticas reduções orçamentárias à assistência psiquiátrica geraram degradações, tornando-se alvo de severas críticas, tal como mencionado anteriormente, no relatório sobre a sindicância no Hospício Nacional em 1903.

As más condições das finanças do país levaram-no a pedir ao governo inadiáveis reformas do hospício (MOREIRA, 1904-1905). Tinha uma forte convicção de que o Brasil

deveria possuir uma lei federal de assistência aos alienados, já pretendida por outros representantes da classe médica, o que o conduziu a solicitar ao Congresso sua promulgação.

Com relação às reformas do Hospício Nacional, Juliano Moreira propôs a expansão das dependências do estabelecimento e o aumento dos alojamentos das Colônias. Para lá seriam transferidos os alienados indigentes, capazes de trabalhar no serviço de lavoura. No seu entender, o melhor meio de assistência aos insanos era possível através da ocupação em atividades. Enfatizava a necessidade de criação nas Colônias de secções para epiléticos e alcoolistas, além de setor especial para delirantes.

Sugeria prover o estabelecimento de serviços especiais, tais como: laboratório de propedêutica e semiótica mental, de psicofisiologia, de anatomia patológica e bioquímica, como forma de construir um hospital com recursos para melhor diagnosticar e tratar. Propunha a abertura de vagas para ginecologia, oftalmologia e dentista, a fim de evitar a necessidade de recorrer a profissionais desta natureza, estranhos ao hospício. Obras no hospício foram solicitadas, tais como a instalação de um pavilhão de crianças e a criação de uma escola de pequenos idiotas (MOREIRA, 1904-1905, p. 17).

Resende (1997, p. 44) afirma que a psiquiatria realmente se materializou no Brasil com Juliano Moreira. Citado por Resende; Lopes Rodrigues (apud RESENDE, 1997, p. 44) descreveu que: “Juliano Moreira fez do microscópio o olho da razão, da pesquisa o fulcro de sua mágica oficina [...] em vez do livro o doente.”

Em concordância com esta visão, Costa (1989) afirma que até a época de Juliano Moreira, a psiquiatria limitava-se à reprodução do discurso teórico da psiquiatria francesa, sendo ditada sua prática por leigos ou religiosos. A partir daí, houve tentativa de inaugurar uma psiquiatria com fundamentos teóricos, práticos e institucionais coerentes com o sistema psiquiátrico brasileiro.

Com a eleição de Teixeira Brandão a deputado em 1903, ocorreu a aprovação da tão almejada Lei Federal dos Alienados. O Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, buscou reorganizar a Assistência a Alienados. A lei determinava que: o hospício seria o único lugar apto para receber os alienados; a internação estaria submetida ao parecer médico; seria estabelecida a guarda dos bens do alienado; deveria ter uma declaração dos loucos que se tratam em domicílio; o psiquiatra passaria a ter uma posição central no hospício; a fundação de estabelecimentos estaria subordinada à autorização do Ministério do Interior ou dos

presidentes e governadores; haveria uma comissão de inspeção dos estabelecimentos de alienados (MOREIRA, 1904-1905).

A psiquiatria seria assim possuidora de um mandato social que conferia pleno poder sobre o louco. Se anteriormente as matrículas no hospício poderiam ser permitidas por critérios arbitrários como dinheiro e apadrinhamento, a partir da legalização, caberia ao médico avaliar a condição do doente mental, diante do que a seqüestração seria considerada legítima, e não arbitrária. Segundo Machado et al (1978, p. 482), somente a psiquiatria poderia transformar a reclusão em um bem. Complementam os autores que, sendo a prescrição normativa fundada pela experiência da anormalidade, quanto mais íntima a relação entre medicina e Estado, mais a ação da norma poderia se desencadear de modo eficaz.

Conforme mencionado anteriormente, no governo de Rodrigues Alves (1902/1906) Oswaldo Cruz e Pereira Passos incrementaram campanhas de saneamento e reforma urbana da Capital da República, cujas condições de saúde encontravam-se sob risco grave, marcadas por precárias condições sanitárias e surtos epidêmicos. Em consonância com a estratégia expansionista embasada na perspectiva preventiva da psiquiatria, Juliano Moreira lançou, em 1906, a necessidade de reorientação no planejamento das ações de combate à doença mental. Ponte (1999) descreve que estas ações ampliavam mais efetivamente o poder do Estado e o mandato conferido por este aos psiquiatras, na medida em que propunham uma orientação profilática, baseada na noção de higiene mental.

Os movimentos internacionais que se pautavam na humanização do tratamento atingiam o país, impulsionando a psiquiatria a ampliar consideravelmente suas atribuições para além do âmbito asilar. A psiquiatria deveria estender-se da tarefa de cuidar dos indivíduos acometidos por distúrbios mentais para o compromisso de zelar pela manutenção da saúde mental da sociedade, mediante medidas profiláticas.

Para tanto, tentava oferecer programas com fins de erradicar os males mentais, através de ações profiláticas na esfera de emprego, educação, etc. A concepção de doença mental, atrelada a um ideal de normalidade ambicionado pela psiquiatria, ampliou de modo substancial o leque de intervenções da mesma, causando sua adesão a setores importantes da sociedade e do Estado.

A tentativa de realizar intervenções preventivas baseava-se na concepção de que seria possível localizar previamente condições adquiridas a partir da ação de influências prejudiciais externas ou aspectos hereditários supostamente responsáveis por males mentais (PONTE, 1999).

A perspectiva de enquadramento da loucura como uma deficiência de base orgânica a tornava concomitantemente, cada vez mais, território exclusivo do saber psiquiátrico, incluída em sistemas classificatórios e organicistas.

As proposições de Morel, psiquiatra austríaco (1809-1873), inspiravam tal projeto. A alusão à existência de uma perda progressiva de características saudáveis, hereditárias ou à perda destas características em função de influências prejudiciais externas, como fatores etiológicos, ocasionou a conduta psiquiátrica de elaboração de anamneses e programas de intervenção preventiva. Tais procedimentos tinham como objetivo avaliar o tecido social, localizando indivíduos e situações propícias à emergência da loucura.

Isso conferiu aos profissionais psiquiatras o aumento de prestígio frente ao governo e a elevação de sua credibilidade política. A tentativa de enquadrar os distúrbios mentais às teorias biológicas, enquanto deficiência de base orgânica, tornava-os bastante suscetíveis ao procedimento da medicalização, o que conduziria à ascensão da psiquiatria como saber mais complexo e autônomo.

As idéias de orientação profilática inspiraram em 1923, a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, que era uma entidade civil, de utilidade pública, que funcionava com uma subvenção federal. Instituição inaugurada por Gustavo Riedel, segundo Costa (1989), a liga unia a elite do pensamento psiquiátrico brasileiro, agregando intelectuais, juristas, cientistas, militares e políticos de grande expressão no contexto nacional.

A Liga Brasileira de Higiene Mental inseriu os psiquiatras na elaboração de um projeto para a nação, com fins de: prevenir o aparecimento de doenças mentais através da manutenção das normas de higiene geral e do sistema nervoso; melhorar os meios de assistência dos doentes mentais; realizar programas de Higiene e Eugenia nas esferas das escolas, trabalhos e ambientes sociais em geral.

Ponte (1999) descreve que as teorias eugênicas em voga na Europa e nos Estados Unidos influenciavam os intelectuais brasileiros que perseguiram caracteres degenerados,

herdados de raças consideradas inferiores, supostamente geradores de um povo indolente, preguiçoso e indisciplinado, que representariam um obstáculo ao progresso cultural.

Os debates das três primeiras décadas do século XX produziam uma intensa polêmica e giravam em torno de um projeto higienista para a nação, centrado na idéia da existência de uma constituição física e moral desfavorecida do brasileiro. As propostas da Liga Brasileira de Higiene Mental tinham como eixos o aprimoramento da raça e a melhoria das condições de vida da população brasileira como dispositivos capazes de promover o progresso do país.

O país recentemente saído de uma economia escravista e inserido formalmente no regime republicano tinha o desafio de agregar à nação uma imensa massa populacional sem acesso aos meios produtivos e abandonados pelo Estado. Desqualificada na capacitação profissional e no nível de escolaridade e miserável em sua situação econômica, esta população representava a identidade nacional, traduzindo-se como um entrave para o desenvolvimento pleno do país.

O pensamento higienista propunha o aprimoramento racial, incluindo as concepções retrógradas de aculturação da identidade brasileira, que defendiam a necessidade de constituição de uma nova raça pela crescente incorporação de contingentes brancos. Paralelamente articulava idéias mais atuais que argumentavam a favor de uma maior intervenção por parte do Estado com fins de fornecer à população meios adequados para a obtenção de parâmetros satisfatórios de saúde e educação.

Ao elaborar um projeto para a nação através do embasamento de uma idéia eugênica nos objetivos da Liga de Higiene Mental, a psiquiatria ampliou ainda mais seu campo de ação, participando do debate sobre a identidade nacional, foco de mobilização da intelectualidade daquele período.

Costa (1989) pontua que os psiquiatras componentes da liga depositaram todo crédito no mito da psiquiatria como ciência psiquiátrica universal, impermeável às especificidades culturais, esquecendo-se dos indivíduos pertencentes à determinada classe social, num contexto histórico peculiar.

A elaboração de programas de higiene mental se inspirou diretamente no modelo de “prevenção eugênica”, oriundo da psiquiatria nazista. O conceito de eugenia era tomado como um conceito científico e inquestionável. Os pressupostos nazistas seriam transferidos

para a psiquiatria brasileira, através de proposta de esterilização sexual dos indivíduos doentes e de desaparecimento da miscigenação racial; proibição da imigração de indivíduos não-brancos; instalação de tribunais de eugenia etc. Sendo a doença mental transmitida hereditariamente, a prevenção lógica seria o extermínio físico ou a esterilização sexual.

Desconhecedores dos critérios que poderiam definir a cientificidade de uma teoria, os psiquiatras da liga enlevavam a eugenia baseados em fundamentos racionais. O corpo teórico da psiquiatria organicista caucionava tais fundamentos.

A ênfase nos efeitos físicos e culturais produzidos pela miscigenação das raças humanas repercutiu de modo extremo na intelectualidade brasileira, nas três primeiras décadas do século XX, cuja preocupação com a constituição étnica gerou implicações ideológicas significativas.

Costa (1989) afirma que, nas duas primeiras décadas do século XX, o regime republicano atravessava um período de conflitos. Fatores como a abolição da escravatura, a imigração européia, a migração de camponeses e o deslocamento de antigos escravos para as cidades; oriundos do processo de industrialização crescente, repercutiam severamente, colocando em questão o próprio regime, ao que coube uma defesa por parte da elite dirigente.

A manobra realizada pela elite branca dirigente, neste contexto, consistiu em defender uma democracia inexistente que, em “nome da igualdade entre os homens, ratificava as desigualdades” (COSTA, 1989, p. 31). Assim é que elaborar explicações naturalistas para as dificuldades econômicas e políticas da República subtrairia toda “responsabilidade das elites para imputá-la ao povo” (COSTA, 1989, p. 31).

As explicações preconizavam que as condições “naturais” constitutivas do Estado brasileiro seriam geradoras da crise republicana: “o Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas não por questões históricas ou políticas, mas por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo” (COSTA, 1989, p. 31). O calor e a mistura com “raças inferiores” tinham tornado o povo preguiçoso, indisciplinado e pouco inteligente.

As soluções para a problemática que se configurava neste contexto poderiam ser visualizadas através das indicações de internações compulsórias direcionadas aos negros. Após a abolição da escravatura, os negros foram habitar as cidades, submetendo-se

brutalmente à discriminação racial, social e econômica por parte dos brancos. Ocorreu uma intensa desagregação da organização social e psíquica destes indivíduos, antes afastados da lógica competitiva, característica da emergência do processo de industrialização. Portanto, fazendo apelo aos procedimentos políticos como forma de solucionar os problemas psiquiátricos, uma das medidas contundentes aplicadas nestas circunstâncias foi a de submissão destes indivíduos à assistência médico-social, na qual a prática do internamento psiquiátrico compulsório entrou em cena, quer se tratasse de doença mental, quer não.

Assim, conforme descreve Costa (1989), a democracia no Brasil teria que ser exercida de forma diferenciada, pois a ordem republicana não podia aceitar a intrusão de negros e mestiços, biologicamente inferiores, culpados pela desordem social e, portanto, incapazes de se adaptar à sociedade democrática.

Debruçados sobre a prevenção das doenças mentais, os psiquiatras da LBHM se alicerçavam na Psiquiatria organicista de Kraepelin, que, de certo modo, avalizava as medidas eugênicas e vivia seu apogeu teórico. Procuravam demonstrar o papel desempenhado pela hereditariedade na doença mental, propondo, a partir daí, medidas eugênicas para solução dos problemas.

Relatava Juliano Moreira: “afastando os anormais da possibilidade de reprodução, proveio por certo, uma forma moderna que prescreve esterilizar alienados delinquentes, degenerados alcoólicos inveterados, quer como penalidade, quer como profilaxia” (MOREIRA, apud COSTA, 1989, p. 36). A tentativa consistia, portanto, em preservar gerações futuras, não englobando indivíduos psiquicamente sadios.

A Revolução Política de 1930 fez com que o governo apoiasse os psiquiatras da LBHM, intensificando a propaganda eugênica no Brasil. Desguarnecidos de fundamentos teóricos e empíricos, estes psiquiatras efetuaram a incrementação da propaganda eugênica, justamente quando a psiquiatria alemã difundiu sua concepção de eugenia. Através desta orientação nos programas de higiene mental, os médicos seguiam o avanço nazista no seio da psiquiatria alemã, de tal forma que, mais importante do que assistir os doentes mentais, seria centrar-se na saúde da raça. Aos mais fortes caberia sobreviver e aos mais fracos, desaparecer.

Estabelecer colônias e albergues para mendigos, penitenciárias e prisões para criminosos, manicômios e hospitais para loucos e degenerados (“resíduos humanos”) que a

seleção natural deveria exterminar aumentaria o peso morto do país e seriam oneradas as contribuições para conservá-los na inatividade ou reclusos em estabelecimentos adequados (COSTA, 1989, p. 42). Vislumbrava-se que isso dificultaria pesadamente a parte sã e produtiva da sociedade.

A psiquiatria alemã enraizou-se aos aspectos político e ideológico do contexto cultural brasileiro dos anos 20 e 30. A eugenia teria sido, então, a tentativa dos psiquiatras da liga de resolver a confusão moral, racial e social em que se encontrava o Brasil, sem abdicar de seu *status* profissional (COSTA, 1989, p. 53).

Assim, a prevenção eugênica como medida rápida e eficaz para sanear os males desconsiderava qualquer argumentação científica totalmente plausível. Para ceder à idéia de prevenção, os psiquiatras endossaram os preconceitos culturais da época, assumindo papel de mandatários da ordem social. A utopia nazista da liga aplicada ao povo brasileiro estaria realizando um ideal de abolição completa das diferenças, um nivelamento dos homens correspondente à normatização unilateral e invariável, sendo o louco aquele que freqüentemente resistiria à normatização.

Amarante (1998), parafraseando Costa (1989), aponta que o projeto de inspiração nazi-fascista da liga comportava um programa racista, xenofóbico e discriminatório contra o louco, e a concepção de prevenção em saúde mental estaria articulada ao papel político, social e ideológico da psiquiatria.

Apesar de Juliano Moreira e seus discípulos terem buscado a formulação de um sistema psiquiátrico coerente, a ausência de uma tradição científica sólida acabou comprometendo a proposta. Revelou-se uma extrema vulnerabilidade face aos preconceitos culturais da época. A LBHM retratou dificuldades de delimitar o campo teórico específico da psiquiatria e dotar-lhe da coerência necessária. Seguidores de Juliano Moreira desenvolveram ao extremo a interpretação “biologizante” proposta pela psiquiatria organicista alemã.

Com fins de extirpar os vícios e devassidão no território brasileiro, a LBHM tentava combater os aspectos morais que supostamente estariam presentes na sociedade brasileira e nos indivíduos doentes mentais. Costa (1989, p. 67) ressalta que, “em nenhuma outra corrente psiquiátrica da época, salvo a alemã, poder-se-ia encontrar caução teórica de uma prática psiquiátrica que permitisse o uso de métodos policialescos em nome do tratamento da doença mental.”

Esse autor menciona fatos históricos importantes sobre a trajetória da psiquiatria no Brasil. Do ano de 1912, quando a psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma, até 1920 houve um aumento considerável do número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. Em 1927, ocorreu a criação do Serviço de Assistência aos doentes mentais do Distrito Federal, no Governo de Washington Luís, com objetivo de coordenar administrativamente as instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro. Em 1930, correspondendo à política centralizadora do governo oriunda da Revolução de 1930, essa instituição foi incorporada ao Ministério da Educação e Saúde e se responsabilizou por todos os serviços psiquiátricos do Brasil. Em 1934, a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais foi promulgada e dispunha sobre a profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos (COSTA, 1989).

Em contraposição à busca de definição da identidade do Brasil mediante ao enquadramento do padrão racial e da aculturação do brasileiro citadas anteriormente, surgiram paralelamente discussões distintas sobre nacionalidade e cidadania brasileira. Estas discussões foram impulsionadas pela incorporação de questões relativas à saúde e à educação da população que vieram a intervir diretamente na opinião pública, deslocando o determinismo racial do papel central na explicação sobre o atraso da nação. Esta posição de resistência possibilitou o questionamento das práticas em vigor, servindo como eixo canalizador para os pressupostos das práticas reformistas na assistência psiquiátrica.

A trajetória higienista perdurou até aproximadamente o período da Segunda Grande Guerra, quando o advento da psiquiatria preventivo-comunitária norte-americana e o surgimento de experiências socioterápicas possibilitaram a trajetória da saúde mental. Novas propostas foram lançadas frente ao problemático contexto da assistência psiquiátrica em que o crescimento vertiginoso da população asilar e a constatação da gravidade da situação assistencial aos loucos no Brasil tornaram-se alvo de protestos e denúncias no território nacional.

Não se constituindo objetivo do presente trabalho adentrar no estudo sobre o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, serão apresentados, em linhas gerais, aspectos mais relevantes sem detalhamento aprofundado deste processo.

Até meados dos anos 70, as práticas predominantes acentuavam o aspecto hegemônico do modelo asilar. O quadro de assistência psiquiátrica restringia-se aos

ambulatórios previdenciários (que não funcionavam como serviços “intermediários” e tinham como prática de rotina a utilização excessiva de medicamentos), aos hospitais e asilos públicos e às clínicas privadas. Estes últimos dispositivos contavam com medidas de reinternação arbitrária e sucessiva, gerando cronificação e contabilizando alta taxa de mortalidade (SOARES, 2001).

O sistema de poder no país, neste período, alicerçado pelo regime autoritário, exibia impossibilidade de alternativas para sustentação e manejo da crise econômica que atingia dimensão alarmante. A gravidade da situação repercutiu, por outro lado, na abertura e na criação de espaços de discussão e luta pela democratização. Surgiram movimentos de reflexão política e militâncias extensivas às questões na esfera sanitária. Começaram a ser denunciados e ganharam divulgação pública o descaso, violência e o abandono das populações subjugadas à rotina de internamento psiquiátrico.

Era apontada a expansão da rede de leitos financiados pelo Governo, consolidando um processo de comercialização da loucura cuja extrema gravidade era um aspecto que caracterizava a situação brasileira. O incentivo às internações situava-se como importante aliado da crise econômica, em que se delineava o beneficiamento do setor privado com o modelo hospitalar-custodial, promovendo a manutenção e a retroalimentação da patologia, marcas iatrogênicas das práticas asilares.

O surgimento de iniciativas de contestação e reformulação das práticas asilares na virada da década de 70, com a saída do governo militar, possibilitou a retratação da situação caótica através das largas publicações de denúncias pela imprensa. Seguiram-se a mobilização de trabalhadores de saúde mental, criação de espaços de discussão e debates e abertura das portas dos hospícios pelo governo, o que gerou o impulsionamento do movimento pela Reforma Psiquiátrica.

A ressonância pública das críticas ao modelo manicomial se intensificou nos anos 80, abarcadas pelos meios de comunicação que propagavam com veemência o aspecto desumano de suas práticas e sensibilizavam o senso comum. As políticas de saúde e o governo federal eram os centros das denúncias que vieram a incidir como motor para as iniciativas de união e organização de estratégias de ação conjunta entre profissionais da saúde mental (SOARES, 2001).

Teve início o processo de Reforma Psiquiátrica que colocava em pauta a possibilidade de implementação de novas propostas de assistência e novas perspectivas no gerenciamento dos serviços de saúde mental. Inspiradas na Psiquiatria Preventiva norte-americana, as propostas almejavam a consolidação de um sistema de saúde controlado pelo setor público com ênfase nos cuidados extra-hospitalares. A alteração do modelo psiquiátrico relacionava-se inicialmente com a desmontagem do circuito das práticas de internações, que se concretizava, conforme menciona Delgado (1987, p. 181-182), “sobre um conjunto de fatores sociais e administrativos favorecedores da segregação hospitalar”, diante dos quais seria necessário que se atuasse pelo viés público, buscando, além da desospitalização, a ressocialização e a definição do papel a ser desempenhado pelas instituições públicas.

Para conter o fluxo da internação, o caráter técnico-administrativo era um item sobrevalorizado no caso brasileiro, em que se privilegiava a eficiência ambulatorial e a ampliação dos recursos intermediários entre o leito hospitalar e o ambulatório, como os hospitais-dia, hospitais-noite, pensões protegidas. Delgado (1987) menciona que a ênfase nas estratégias administrativas não remediava a necessidade de pensar questões importantes como o isolamento social, a inserção comunitária e a reconstrução do papel social do profissional de saúde mental.

Amarante (1998) pontua que a reforma brasileira ocorreu em três momentos, sendo esta subdivisão apenas metodológica, pois características do momento anterior persistiram, apesar do processo em andamento. Nos últimos anos do regime militar, quando se solidificaram os movimentos sociais de oposição à ditadura com reivindicações de melhores condições de vida para a população, ocorreu o que o autor denomina “trajetória alternativa”. O surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental possibilitou a constituição de idéias críticas sobre as práticas médicas psiquiátricas, com abertura para denúncias de violências, negligências, ausência de recursos, mercantilização da assistência dos psiquiatrizados, críticas ao uso da psiquiatria como prática de controle social, despontando projetos de alternativa ao modelo manicomial.

No início da década de 80, ocorreu, segundo Amarante (1998, p. 91), a “trajetória sanitarista” determinada pela tentativa de desenvolver projetos comunitaristas, preventivos e

de atenção primária inspirados na psiquiatria preventiva norte-americana, cuja vinculação ao viés tecnoburocrata esvaziou as reflexões críticas do momento anterior. A proposta de um sistema único de saúde controlado pelo setor público e descentralizado, integrado, regionalizado, hierarquizado, com ênfase no cuidado extra-hospitalar com equipes de saúde mental em centros e ambulatórios de saúde mental veiculou o princípio organizacional de que “a ciência médica e a administração poderiam resolver o problema das coletividades”, sem trabalhar o âmago das questões (AMARANTE, 1998, p. 91-93).

A “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” que veio a seguir foi encampada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, lançou o lema “por uma sociedade sem manicômios” e alicerçou no plano legal o Projeto de Lei Paulo Delgado, que propunha a substituição gradativa dos leitos psiquiátricos. Novas portarias ministeriais enfatizaram medidas concretas de funcionamento de redes assistenciais de saúde mental com criação de instâncias alternativas ao modelo hospitalocêntrico.

Dois acontecimentos marcaram na experiência brasileira o processo de reforma psiquiátrica. A intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, “único hospital privado na região e representante perfeito do mundo manicomial: celas fortes, enfermarias superlotadas e trancadas, altíssima mortalidade de pacientes, inexistência de programas terapêuticos, etc.” (BEZERRA, 1994, p. 188), foi um grande acontecimento na história da psiquiatria brasileira. Mediante a intervenção, foi desativado o regime de clausura e foram criados lugares de atendimento com organização de Núcleos de Atenção Psicossocial. Foi destaque na experiência de Santos a intencionalidade de transformação do modelo psiquiátrico através de prioridade à inserção cultural, exemplificada pela criação de rede de comunicação local (rádio Tam-Tam) como veículo de aproximação pública.

O outro avanço concerniu à inovação, no plano jurídico, citada anteriormente, que foi a apresentação, no ano de 1989, do Projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que regulamentava os princípios da reformulação psiquiátrica. Foram citados os direitos do doente mental e proferida a substituição gradual dos manicômios, como modelo de tratamento predominante, por formas alternativas de assistência. A lei teve repercussão na instigação de discussões sobre os rumos da reforma e fomentou a consolidação de grupos de pessoas interessadas na causa da saúde mental (usuários, familiares, técnicos, membros da comunidade).

Apesar da implantação progressiva de práticas alternativas em vários lugares do Brasil, os índices levantados apontam, ainda nos dias atuais, para a hegemonia do sistema asilar. Bezerra (1994, p. 188) menciona aspectos que seriam determinantes desta situação: “a lenta implantação da democracia, a arrastada reestruturação do Estado, a permanência da crise econômica e a deterioração do sistema público de saúde têm sido fatores de atraso na ampliação do raio de ação da reforma”.

A extensão dos avanços da reforma relaciona-se às particularidades históricas, culturais e políticas das localidades em que se inserem os trabalhos substitutivos ao modelo de internação. Conforme menciona Vasconcelos (1997, p. 32), a implantação efetiva da reforma depende do que se conhece como pactos políticos e sociais:

nos quais os governos municipais e a sociedade civil local devem se posicionar claramente em torno das bandeiras do investimento social e da reforma psiquiátrica, e implantar de forma criativa as condições de implementá-la e motivar seus trabalhadores em torno dela.

Ainda que caracterizada por toda a diversidade de apresentação no território brasileiro, o processo de reforma psiquiátrica tem revelado, nas últimas décadas, suas diretrizes e preconizações. O sistema de saber tradicional que norteou os cuidados em saúde mental, historicamente calcado pela ciência biomédica, tem rumado, no contexto da reforma psiquiátrica, em direção à ruptura com os aspectos de controle, cerceamento e normatização inerentes às práticas de institucionalização da loucura. O paradigma da desconstrução do saber e a reflexão sobre as relações de poder no seio das instituições de tratamento despontam como novas vias de contextualização social da loucura, inaugurando uma nova forma de lidar com os sujeitos acometidos pelo problema mental. Tal proposta insere a idéia de reinvenção da cidadania, pleiteando a conquista de uma cidadania especial para o louco. Prioriza-se a busca de mobilização de novos atores envolvidos na rede de cuidados enquanto participantes ativos na proposta de ruptura com o regime de segregação, contenção e tutela. Inclui-se aí a família, os usuários dos serviços, a equipe técnica com as esferas de saber diferenciadas e o campo cultural mais amplo com o qual é pretendido dialogar e negociar continuamente o redimensionamento do lugar social da loucura.

CAPÍTULO III – O MUNICÍPIO DE BARBACENA E SUA TRAJETÓRIA MANICOMIAL

Para concretizar o objetivo de abordar a história manicomial de Barbacena, serão levantados inicialmente aspectos históricos e econômicos da cidade e da região. O conhecimento destes, para além do aspecto ilustrativo que comporta, pretende situar a singularidade espacial da cidade, bem como captar as determinações que teriam repercutido na culminância da centralidade assistencial psiquiátrica.

Considerando que a indústria da saúde e o desenvolvimento das instituições manicomiais na cidade ocuparam destacado lugar na sua configuração socioeconômica, os dois primeiros itens deste capítulo pretenderão explicar os elementos estruturantes das realidades local e regional que precederam e determinaram a prevalência de um perfil municipal atrelado ao desenvolvimento das práticas hospitalares.

A consolidação de um perfil manicomial na cidade de Barbacena e a preponderância das práticas de institucionalização da doença mental, que posicionaram a localidade como referência de relevo capital no âmbito nacional, incitam à importância de detectar a correlação entre tal processo e a ascensão de uma perspectiva moderna oriunda da conjugação do progresso com a ordem social. Especificamente no município de Barbacena, pretende-se elucidar os registros históricos cujo desdobramento traduziu um quadro alarmante de segregação social e aviltamento da condição humana da população vitimada por este processo.

3.1- O CONTEXTO HISTÓRICO-ECONÔMICO

No presente item, serão apresentados enfoques de autores locais, além de bibliografia geral disponível em enciclopédias e em meio eletrônico, acerca do processo histórico e do desenvolvimento econômico do município de Barbacena.

É notório observar que especificamente no que concerne ao desenvolvimento da denominada “indústria da saúde” no município, em que se destaca a assistência psiquiátrica,

ocorre, por via de regra, por parte dos autores pesquisados, uma posição de defesa veemente não só da criação do dispositivo psiquiátrico clássico (asilar) como também é possível constatar a obliteração de visão reflexiva ou abordagem crítica acerca das práticas psiquiátricas concretas realizadas nos estabelecimentos citados, o que, nos itens seguintes, será abordado com maior destaque.

Barbacena é um município do Estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Campo das Vertentes. Possui área geográfica de 788.001km², localizado a 1.164 metros de altitude (clima tropical de altitude)³ e com população atual de 124.601 habitantes.⁴

Nacionalmente, é conhecida como a “Cidade das Rosas”, devido à grande produção de primeira qualidade desta flor e também como “Cidade dos Loucos” pelo número volumoso de hospitais psiquiátricos (cujas determinações possíveis serão abordadas nos itens seguintes).

Barbacena nasceu na cabeceira do Rio das Mortes, inicialmente integrava a área de aldeamento dos índios Puris da grande família dos Tupis, quando os primeiros povoadores se estabeleceram no local chamado Borda do Campo, também denominado Campolide, onde erigiram a capela de Nossa Senhora da Piedade.⁵

A Fazenda da Borda do Campo era propriedade, desde fins do século XVII, dos bandeirantes capitão–mor Garcia Rodrigues Pais e do Coronel Domingos Rodrigues da Fonseca Leme, localizando-se às margens do caminho novo da estrada real para o Rio de Janeiro. A propriedade, tempos depois, passou às mãos do inconfidente José Ayres Gomes.

Em 1711, participou de feito épico: hospedou, sob encargo de Domingos Rodrigues da Fonseca Leme, o governador da capitania, Antonio de Albuquerque, acompanhado de um exército de 6.000 homens, acampados na localidade, em marcha de socorro ao Rio de Janeiro, então invadido por franceses. Domingos Leme integrou-se a este exército com 200 de seus homens.

³ **BARBACENA (Minas Gerais).** Disponível em <http://www.pt.wikipedia.org/wiki/barbacenaminasgerais.htm>. Acesso em Outubro de 2007.

⁴ Revista CARTACAPITAL, Artigo **Elogio da Loucura**, Belo Horizonte: 12 de abril de 2006.

⁵ **HISTÓRIA DE BARBACENA.** Disponível em: http://www.cidadebrasileira.brasilecola.com/minasgerais/historia_barbacena. Acesso em Outubro de 2007.

Em 14 de Agosto de 1791, o Arraial foi elevado à categoria de Vila de Barbacena e erigido o respectivo pelourinho pelo Visconde de Barbacena D. Luís Antonio Furtado de Mendonça, então governador e capitão-general da Capitania, que deu à vila o seu próprio nome⁶.

Barbacena participou da Inconfidência Mineira, movimento impulsionado pelo agravamento da crise do sistema colonial. A decadência da exploração do ouro e a exigência da Coroa Portuguesa do pagamento de pesados impostos da população ocasionaram o crescimento do nível de consciência de setores intermediários da sociedade. Tal processo levou padres, militares, estudantes, intelectuais e funcionários de algumas vilas mineiras, como São João del-Rei, Tiradentes e Vila Rica, a conspirar contra a metrópole. O movimento da Inconfidência visava à produção de bens de consumo aliada à liberdade comercial, com intenção de descartar a política monopolizadora da metrópole. De Barbacena saíram vários inconfidentes.

Ao ser esquartejado o corpo de Tiradentes e suas partes deixadas pelas localidades envolvidas na conjuração mineira, a tradição histórica municipal descreve que coube à Vila de Barbacena receber um dos seus braços, que teria sido largado no adro da Igreja de Nossa Senhora do Rosário, onde estaria enterrado. Em homenagem a Tiradentes, a bandeira do município contém uma figura central com um antebraço com a mão cujo dedo indicador aponta o futuro, membro do proto-mártir da Independência (CARVALHO, 2003).

Barbacena teve papel preponderante no dia do Fico. Quando da crise entre Dom Pedro I e a Corte Portuguesa, o Príncipe Regente solicitou apoio aos mineiros. A Vila de Barbacena foi a primeira vila de Minas Gerais a enviar representação em favor do “Fico”, remetendo a D. Pedro uma comitiva que propôs, em 11 de fevereiro de 1822, que a vila viesse a se tornar a nova capital do Brasil, oferecendo-se também para conduzir-se para o Rio de Janeiro e lutar se preciso fosse.

Após a Independência, em março de 1823, D. Pedro outorgou à Vila de Barbacena não a posição de capital, mas o título de “Nobre e Mui Leal Vila de Barbacena”.

Barbacena foi elevada à cidade por Lei Provincial nº 163, em 9 de março de 1840. Em junho de 1842, ocorreu na cidade a Revolução Liberal. Instada pela Guarda Nacional e o povo da cidade,

⁶ **BARBACENA.** Disponível em: <
http://www.achetudoregião.com.br/mg/historia_barbacena-mg.htm. Acesso em
Julho de 2007.

a Câmara Municipal declarou a cidade sede do governo da província e teve José Feliciano Coelho da Cunha como “presidente interino da Província”⁶.

Na Guerra do Paraguai, a cidade forneceu 152 voluntários e 77 guardas nacionais. Em 1889, a cidade hospedou o Imperador D. Pedro II por ocasião de sua última viagem a Minas Gerais. Em 1893, serviu de sede para a sessão extraordinária do Congresso Mineiro que deliberou sobre a mudança da capital do estado de Ouro Preto para Belo Horizonte.

Atendendo à política do Império, no final do século XIX, Barbacena foi beneficiada com um grande número de imigrantes italianos, o que repercutiu para o crescimento e a diversificação das atividades comerciais e agrícolas e para o desenvolvimento de indústrias como sericultura, cerâmica, marcenaria, construção civil e outras.

Em 1930, outro fato político importante é referenciado por pesquisadores. Sua posição estratégica, às margens da estrada que levava à Capital (Rio de Janeiro), possibilitou que a cidade servisse de sede para o Quartel-General da Quarta Região Militar Revolucionária. Os revolucionários sediados em Barbacena avançaram sobre Juiz de Fora e, rendendo tropas legalistas ali localizadas, tornaram o acesso livre dos mineiros à capital da República, o que foi fator decisivo para a deposição de Washington Luís e a vitória da Revolução.

Acerca do desenvolvimento econômico de Barbacena, a “Colônia Rodrigo Silva” é descrita por Savassi (1991) como proposta administrativa de relevo capital para a vida econômica colonial. Inaugurada em abril de 1888 pelo Governo Imperial, as terras demarcadas, antes estéreis, foram melhoradas pelo esforço dos colonos italianos, e vários lotes incultos tornaram-se vinhedos e pomares, com vasta produção de verduras, legumes, frutas, leite, suínos, galináceos e diversos artigos de indústria.

Savassi (1991, p. 206) afirma que o “núcleo Rodrigo Silva” é um valioso atestado de que a colonização produz “melhores e mais apreciáveis resultados”, exemplificada pela criação do bicho de seda, o que gerou expansão da indústria da seda no Brasil, revelando Barbacena como berço da sericultura nacional.

⁶ **BARBACENA (MINAS GERAIS)**. Disponível em: <[http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_\(Minas_Gerais\)](http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena_(Minas_Gerais))>. Acesso em Junho de 2007.

Massena (1985) descreve a inauguração da Fazenda Regional de Criação, em 1912, pelo presidente Marechal Hermes da Fonseca no lugar da citada Colônia Rodrigo Silva. O autor também enfatiza o pioneirismo da sericultura brasileira na cidade de Barbacena.

Ao realizar um levantamento sobre o processo industrial da cidade, este autor descreve que, em 1808, o comerciante inglês John Luccock⁷ visitou Barbacena para conhecer a fábrica de tecidos de algodão e lã, na qual estariam produzindo mercadorias afamadas em grande extensão no território nacional.

No Dicionário Histórico e Descritivo do Império do Brasil é narrado que Barbacena teria algumas fábricas interessantes “se não fora a aversão natural que têm geralmente os habitantes das regiões auríferas a tudo quanto é indústria fabril” (Milliet de Saint-Adolphe, apud MASSENA, 1985, p. 375).

São descritas indústrias de diversificada natureza, as quais são remontadas por Massena (1985) de acordo com registros históricos de visitantes à localidade. Além da “fábrica de cigarros” Richard Burton⁸, cita sobre a economia da cidade, em 1868: “indústria fabril com grande quantidade de queijos, açúcar, rapaduras, aguardente de cana, fumo, farinha de milho, fubá, tecidos de algodão... cigarros... fábrica de vinhos... (etc.) tudo isto em pequena escala.” (MASSENA, 1985, p. 376).

Massena (1985) prossegue nas citações sobre as atividades produtivas da cidade de Barbacena. O Padre José Joaquim Correia de Almeida, em “Notícia da Cidade de Barbacena e seu Município”, descreve, em 1883: “a cidade tem algumas fábricas... massas, velas, sabão, queijos, refinação de açúcar, cerveja... vinho de uva... cigarros do afamado fumo de Barbacena” (MASSENA, 1985, p. 376). Virgílio de Melo Franco, no Dicionário Geográfico do Brasil, em 1888, menciona a organização da “Companhia Fabril de Fumos de Barbacena”. Descreve: “pequenas indústrias de tecidos de algodão e lã... pena que não se desenvolvam mais, pois são bem

⁷ John Luccock foi um negociante inglês que acompanhou os primórdios da economia no Brasil e registrou observações sobre a sociedade e a vida econômica do país no período de 1809-1815. Disponível em: <<http://www.jornalagora.com.br/site/index.php?caderno+46¬icia+43416>. Acesso em Abril de 2008.

⁸ Richard Burton foi explorador inglês (1821-1890) que inspirou a Expedição nas águas do Rio das Velhas. Disponível em: **Navegando o Rio das Velhas das Minas aos Gerais.** <http://www.manuelzao.ufmg.br/expedicao/livro.htm>. Acesso em Abril de 2008.

regulares os seus produtos... há indústrias de curtume e fumo e outras em menor escala que concorrem para o desenvolvimento de Barbacena” (Almanaque Municipal de Barbacena, 1898, apud MASSENA, 1985, p. 377). A Companhia de Fiação e Tecelagem Barbacenense foi fundada em 1907, e concluída sua construção em 1909 (MASSENA, 1985, p. 375).

Massena (1985) apresenta os pormenores de algumas atividades da cidade que considera terem sido importantes para seu desenvolvimento, são elas: laticínio, cerâmica, confeitaria, curtume, vinho, nosocomia, Santa Casa, Hospital-Colônia, etc.

Sobre o laticínio o autor menciona que o citado explorador Richard Burton, em “Viagens aos Planaltos do Brasil” (1868), descreveu que “os campos de Barbacena, planuras da Mantiqueira erguendo-se de 3.000 a 3.500 pés acima do nível do mar, são favoráveis para a criação de gado. A utilidade principal da pecuária é a produção de queijo que se exporta para a capital do Império” (MASSENA, 1985, p. 385).

Entretanto, ressalta Massena (1985, p. 386) que a “inclemência do nosso clima, cheio de irregularidades pelo mal definido das estações...” fazia com que os resultados alcançados não satisfizessem, de modo que “os queijos bons, perfeitos e saborosos como os melhores importados da Holanda [...] só eram obtidos durante a estação fria”.

Ainda que abalada pela hecatombe da bolsa, a Companhia de Laticínios prosperou e é apontada pelo autor como um dos mais evidentes indicadores do progresso do Município de Barbacena, e até do Estado de Minas Gerais, contribuindo para o desenvolvimento da indústria de laticínios. É ressaltado o aspecto favorável da localização da Companhia de Laticínios, “distante seis e meio quilômetros da estação da Mantiqueira (Estrada de Ferro Central do Brasil) [...] e ligada a ela por uma excelente via férrea” (MASSENA, 1985, p. 387).

A cerâmica é também citada em “Viagens aos Planaltos do Brasil” (Richard Burton, 1868, apud MASSENA, 1985, p. 391): “[...] belos exemplares de potes pesados, e feitos à mão, de esteatita, ou pedra de oleiro”. No Almanaque Municipal de Barbacena (1898), é descrita a Usina Cerâmica de Barbacena: “[...] é sem dúvida um dos mais notáveis estabelecimentos industriais de nosso município [...] fabricam-se em grande escala e com maior perfeição tijolos, telhas, talhas [...] são da mais superior qualidade e muitos produtos de cerâmica são iguais, senão superiores aos das mais acreditadas fábricas estrangeiras [...]” (MASSENA, 1984, p. 391).

A Confeitaria é noticiada pelo Almanaque Municipal de Barbacena (1898) como atividade de destaque. O autor relata que, durante muitos anos, a fabricação de doces e biscoitos foi explorada

em Barbacena, que exportava seus produtos para o Rio de Janeiro “onde fizeram época, sobretudo, os famosos biscoitos veranistas... produtos anunciados sob título de Fábrica Mineira” (MASSENA, 1985, p. 394).

Artigos e noticiários locais anunciavam sobre a produção de vinhos na cidade. O Imperador D. Pedro II teria visitado a Chácara Boa Esperança em 1878 para apreciar o vinho ali produzido (MASSENA, 1985, p. 397).

Dentre a citação destes aspectos econômicos, Massena (1985, p. 541) destaca a “Nosocomia” como importante área de desenvolvimento no município, evidenciada através da abastada existência de hospitais, sanatórios e casas de saúde. Afirma que o desenvolvimento da “indústria da saúde” não se explica por pandemias, epidemias ou endemias na localidade, mas sim pela “benignidade do clima”, considerada favorecedora para a cura de doenças.

Corroborando com este parecer, Savassi (1991) descreve que Barbacena é considerada por muitos sanitaristas famosos como a “Suíça Brasileira”, devido à semelhança de seu clima com o clima europeu, o que atrai pessoas à procura de recuperação de sua saúde.

Devido à sua altitude, à sua temperatura média de 18 graus centígrados, a sua intensa luminosidade por todos os lados, à sua ventilação constante, à ausência de grandes cursos de água como também de doenças típicas do solo brasileiro, à pureza de seu ar seco e agradável, dão-lhe características excepcionais principalmente para a recuperação da saúde física e mental. (SAVASSI, 1991, p. 176)

As condições especiais de salubridade e do clima são citadas no trabalho do padre José Joaquim Correia de Almeida em “Notícia da cidade de Barbacena e de seu Município”, mencionadas por Massena (1985, p. 541): “[...] A cidade de Barbacena sempre foi tida em conta por mui salubre e a amenidade do seu clima, atestada por médicos [...] é confirmada pelos numerosos hóspedes da Corte e da Mata, que tem aqui recobrado a saúde, só com a mudança de ares”.

Vários registros documentais reforçam esta vertente do crescimento da indústria da saúde no município. Em 1823, no Título XIII, Da instrução pública, estabelecimentos de caridade, casa de correção e trabalho, o Projeto de constituição para o Império do Brasil, dispunha: “Art. 253 – A Assembléia terá particular cuidado em conservar e aumentar as casas de misericórdia, hospitais, rodas de expostos e outros estabelecimentos de caridade já existentes e fundar novos”.

Segue-se em 1825: “Nº 256 – Império. Aprova a fundação de um Hospital na Vila de Barbacena, Província de Minas Gerais [...] o Imperador informa sobre a fundação de um hospital na muito nobre e leal Vila de Barbacena, desejando [...] que se propagem semelhantes estabelecimentos tão vantajosos à humanidade [...]”

Em 1842, por ocasião da revolução do partido liberal de Minas, que irrompeu em Barbacena, foi instalado um hospital de sangue das tropas legais, confiado à direção do Corpo de Saúde do Exército Imperial. Posteriormente, em 1858, foi inaugurada a Santa Casa de Caridade de Barbacena.

Em 1888, foi fundado, sob direção de João Augusto Rodrigues Caldas e Joaquim Gonçalves Ramos, o Sanatório de Barbacena, posteriormente destinado à Assistência de Alienados de Minas Gerais. Este estabelecimento foi considerado, durante muito tempo, como o mais afamado no seu gênero em todo o país, “tendo hospedado inúmeras personagens de relevo na vida nacional que vieram beneficiar-se do maravilhoso clima de Barbacena” (MASSENA, 1985, p. 543).

Após a proclamação da República, o Marechal Floriano Peixoto, Vice-Presidente da República, “foi espontâneo propagandista do clima barbacenense”, por ter apresentado, conforme aponta Savassi (1991) “completa recuperação de sua saúde”. Este autor acrescenta que o Marechal, uma vez salvo, convidou médicos barbacenenses para paranifarem o batizado de uma filha sua, nascida em Barbacena, a qual apelidou de “mineirinha”.

Massena (1985) reafirma que as excepcionais condições de salubridade deveram a Barbacena a localização da Assistência a Alienados do Estado de Minas Gerais e acrescenta que, excetuando algumas capitais do país e dos Estados, nenhuma cidade brasileira apresentou o desenvolvimento nosocomial deste município, que totalizou 17 estabelecimentos de assistência hospitalar.

Especificamente abordando o Hospital-Colônia de Barbacena, Massena (1985) afirma que o mesmo foi criado por ocasião da Lei de 16 de agosto de 1900, no Governo de Francisco Sales. Apenas em outubro de 1903, foi instalado. O Dr. Joaquim Antonio Dutra foi nomeado e exerceu o cargo até 1935. Sucederam à direção Dr. José Jorge Teixeira (1935 a 1937) e Dr. José Cezarini (a partir de 1937). Antes designada “Assistência a Alienados”, a denominação foi modificada para “Hospital Central de Alienados” (1927) e, posteriormente, para “Hospital Colônia de Barbacena” (1934).

Esse autor apresenta dados sobre o estabelecimento:

[...] fundado com capacidade para 70 psicopatas indigentes [...], abrigava em 1942 cerca de 3.000 [...], aproximadamente 300 o número de funcionários [...], área de terreno de 4.540.374,10m² e de 60 construções avaliadas no ano de 1942 em 6.623.025,83 cruzeiros (MASSENA, 1985, p. 559).

No Governo de Artur Bernardes (1921/1922), foram iniciados e concluídos os pavilhões da Colônia-Agrícola para homens. Em 1936, no Governo de Benedito Valadares, foi inaugurado outro pavilhão. Massena (1985) descreve que ocorreram melhoramentos, tais como reforma completa da captação de águas e de rede elétrica, readaptação da estrada, ligando os dois departamentos; divisão do hospital em departamentos masculino e feminino. Os homens foram transferidos para as dependências da Colônia-Agrícola, onde era prescrita a ergoterapia, através do plantio de árvores frutíferas. Em 1950, foi firmado convênio entre a União e o Estado e com a verba foram construídos mais dois pavilhões no Hospital Colônia.

Massena (1985, p. 560) enfatiza a importância do Hospital para Minas Gerais e para todo o país, afirmando que foram assistidos “com terapêutica, alimentação, indumentária, etc., mais de 40.000 insanos mentais vindos de todos os setores geográficos do Estado e até mesmo de fora dele”.

Esse autor cita que, em 1953, o Presidente Juscelino Kubitschek à Assembléia Legislativa do Estado pronunciou: “No Hospital-colônia de Barbacena, a instalação de dois pavilhões, para abrigar 500 doentes indigentes, veio aliviar, em parte, a superlotação existente [...]”. E prossegue no relato do que considera como melhorias.

Conforme descrito no início deste texto, é claro o discurso de defesa e proteção de escritores e políticos locais acerca do crescimento da “indústria da saúde” em Barbacena, sendo o fator climático a justificativa central para tal fato. Nos itens seguintes, pretende-se apresentar dados históricos bastante distintos acerca do funcionamento de instituições psiquiátricas na cidade e das condições concretas em que o crescimento teria ocorrido, a despeito da narrada intencionalidade inicial de constituir-se como estabelecimento recuperativo.

Para encerrar este item, uma passagem de Savassi (1991, p. 179) ilustra a credibilidade conferida aos supostos benefícios propiciados através do “zelo pelos insanos” nas instituições psiquiátricas locais:

Tantos são os doentes que aqui chegam, principalmente insanos que têm conseguido cura total ou parcial, oriundos de municípios vizinhos e de várias comunas mineiras como também de diversas outras regiões brasileiras, lotando os nossos hospitais especializados, que muita gente chega a dizer que ‘Barbacena é a terra dos doidos!’

3.2 – O DESENVOLVIMENTO SOCIOINDUSTRIAL EM MINAS E A CONCOMITÂNCIA COM O CRESCIMENTO MANICOMIAL

Pretende-se, neste item, descrever acerca do desenvolvimento socioindustrial em Minas Gerais, especialmente no período concernente ao final do século XIX e décadas iniciais do século XX, época em que houve a implementação efetiva do dispositivo asilar para contenção da loucura, com a ocorrência subsequente de um crescimento exacerbado das práticas de internação psiquiátrica. O levantamento dos dados acerca do desenvolvimento econômico aqui apresentado refere-se às regiões cujas relações históricas revelam articulações mais estreitas entre estas localidades e o município de Barbacena, quer seja pela efetivação de trocas econômicas mais íntimas, quer seja pela proximidade física.

O crescimento manicomial de Barbacena e a significativa representatividade em solo nacional das práticas de institucionalização da loucura caracterizam o município como importante pólo de internações psiquiátricas, referência centenária para o Estado e outras regiões do país. Conforme mencionado no item anterior, os autores, principalmente locais, preconizam as práticas nosocomiais como atividades econômicas de destaque principal, que acompanharam o desenvolvimento urbano da cidade e região.

Efetuar a abordagem referente ao crescimento socioindustrial da citada região, paralelamente ao desenvolvimento das práticas asilares, implica a opção pela inclinação teórica defendida por autores que seguem uma visão crítico-social acerca da implementação das instituições psiquiátricas na Europa do século XVI, a exemplo de Michel Foucault, Robert Castel, etc., conforme descrito no Capítulo 1. Estes autores enfatizam o estreito entrelaçamento do aspectos político-econômicos da sociedade moderna com a implementação das instituições sociais e a estruturação dos campos científicos.

As teses em questão, articulam a configuração da sociedade industrial e o processo de crescimento urbano à designação da loucura como alienação mental. Assim, a percepção da

loucura, suas formas de caracterização e a necessidade de um espaço específico para contê-la estariam intimamente interligadas às transformações materiais, sociais e morais do quadro de referência de determinada sociedade.

É necessário ressaltar que, neste item, será priorizado o enfoque sobre o desenvolvimento econômico e o estabelecimento da institucionalização da loucura, não desconsiderando a peculiaridade brasileira comparativamente ao contexto mundial, conforme foi salientado no Capítulo 2 sobre o processo histórico brasileiro. Neste sentido, a especificidade da situação brasileira deve ser lembrada quanto ao processo de “aparecimento” do doente mental no cenário social. Esta especificidade concerne mais aos primórdios de sua exclusão em hospitais gerais, não se referindo ao período da criação do asilo, o que ocorrerá mais tarde, movida pelo desenvolvimento econômico e pela urbanização.

É importante retomar aqui a pontuação de Resende (1997) sobre peculiaridade da vida econômica e social do Brasil colônia que, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouca discriminatória para a diferença, afastada ainda de um processo de industrialização e urbanização efetivas, impulsionou o aparecimento em cena do doente mental. Isso ocorreu antes mesmo da alteração daquele tipo de organização econômica.

Segundo o autor, no final do século XVIII, as cidades brasileiras permaneciam ainda escassamente habitadas, com indústrias pouco incipientes, com a presença de ofícios artesanais apenas suficientes para a manutenção de fazendas, e com modalidade de atividade de trabalho prioritariamente servil. Neste contexto, a presença expressiva do escravo, marcada por sua utilização maciça na atividade produtiva e doméstica, na cidade e no campo, restringiu o espaço de trabalho ao homem livre, o que caracterizou uma estigmatização do conceito de trabalho.

Poucos indivíduos se dispunham ao engajamento em qualquer atividade laborativa, o que acarretava um repúdio ao trabalho na vida econômica do país. Neste panorama, a loucura encorpava os grupos de marginalizados e sua presença fazia-se perceber pelas vestimentas esfarrapadas, pelo comportamento inconveniente e pela violência com que, por vezes, reagiam aos gracejos e provocações sociais, conforme explanado no Capítulo 2.

Como forma de remediar esta problemática e remover de circulação os doentes mentais, enquanto elementos perturbadores da ordem social, estes eram incluídos entre os hóspedes das Santas Casas de Misericórdia, amontoados nos porões, sem qualquer assistência.

Conforme descrito no Capítulo 1, acerca do Grande Enclausuramento, transcorrido na Europa, designado por Foucault (1982), inicia-se também no Brasil o processo de confinamento das classes desfavorecidas, sendo as diferenças no âmbito brasileiro referenciadas às causas estruturais, estando presentes as mesmas circunstâncias sociais.

Isso posto, é possível prosseguir na exposição sobre o processo histórico-econômico intrínseco ao surgimento das cidades e na reflexão sobre a configuração peculiar à localidade aqui pretendida. Abordar o surgimento das cidades e as condições de sua fundação e desenvolvimento implica a tentativa de compreensão dos fatores supostamente determinantes das especificidades da região e do município em questão.

O surgimento das cidades enquanto fenômeno social ocorreu mediante as transformações dos pacatos burgos destinados às trocas econômicas, a partir do final do século XVIII, impulsionado pelo início do capitalismo e pela industrialização.

Segundo Barros (1994), é importante pensar a modernidade como resultante e estruturante de uma nova política, de uma nova estética e de uma nova ética, que transcende as transformações das bases materiais das sociedades. O trabalho, a ordem, o tempo e o espaço geraram novos saberes, novas tecnologias, e uma nova ordem normativa, que produziram o homem moderno. As cidades modernas, surgidas a partir do século XIX, refletem então, este processo de construção e enunciação da consciência e do homem moderno, devendo sua compreensão situar-se para além da expansão do capital.

Enquanto espaço complexo, a cidade moderna apresenta ambigüidades: incorpora as contradições e o caos, donde surge a necessidade de ordenação política e científica. Compreendem-se, desta forma, os mecanismos de profilaxia para a cura como a higiene e o sanitário, buscando soluções para os vícios, desordens e crimes.

A prerrogativa da disciplina e da manutenção da ordem social faz da cidade moderna um espaço de poder. O surgimento e a expansão das práticas de internação psiquiátrica situam-se neste contexto, como dispositivos sociais em consonância com os princípios de banimento e exclusão do convívio com o que seria do âmbito do desvio e da irregularidade.

A apresentação de dados sobre o processo de industrialização em localidades mineiras próximas ao município de Barbacena, realizada a seguir, objetiva a avaliação de alguns aspectos socioeconômicos relevantes na configuração específica destes lugares. Tal procedimento será realizado correlativamente à explanação dos possíveis fatores determinantes da caracterização do

município de Barbacena enquanto pólo centralizador do processo de institucionalização psiquiátrica no Estado, e receptor do fluxo de internações, que revelou, durante período considerável, sua preponderância no contexto nacional.

Barros (1994) cita a concepção de historiadores sobre a colonização de Minas Gerais. Descreve que este processo foi tardio em relação às regiões litorâneas, tendo se iniciado em fins do século XVII e início do século XVIII.

A principal atividade econômica durante quase cem anos foi a mineração, o que, associado à localização central, ocasionou um perfil próprio de colonos e um movimento permanente de passagem. Após cem anos de colonização, a Capitania de Minas Gerais contava com a maior concentração populacional da colônia.

Um imaginário fértil relacionado à fartura, à abundância perpétua, ao poder e à glória e, por outro lado, uma realidade de trabalho exaustivo, de miséria, crimes, povoação rápida e de concentração de mão-de-obra escrava, são descritos por Mello (1996) como aspectos que se mantiveram presentes em Minas, até o final do século XIX. Isso, apesar do esgotamento da economia da mineração já a partir de 1760.

A crise da mineração ocorreu assim, entre o final do século XVIII e o início do século XIX, caracterizada pelo esgotamento das jazidas, predominância da mão-de-obra escrava, pobreza de produção, exigindo empreendimento tecnológico para a extração incompatível com o capital disponível.

Affonso de Paula (2001) considera que, com o declínio da mineração aurífera, a economia que se desenvolveu em Minas formou uma sociedade heterogênea, com base econômica diversificada, com múltiplas formas de organização do trabalho ligada a uma estrutura produtiva complexa e com fortes vínculos externos.

A citada heterogeneidade da economia mineira do período como um todo, com formação regional fundamentada em padrões diferenciados de colonização e desenvolvimento socioeconômico concederam a Minas Gerais uma longa história de crescimentos desarticulados e descontínuos. A este quadro Affonso de Paula (2001, p. 32) nomeia “Mosaico Mineiro”.

Em 1850, ocorreu a expansão da cultura cafeeira, que inseriu o Brasil no comércio internacional. A região sul mineira, conhecida como Zona da Mata, ficou destacada como principal região produtora da cultura cafeeira e centro da economia mineira durante toda a segunda metade do século XIX até 1930.

A partir de 1860, Juiz de Fora se apresentou como principal centro armazenador de café da Zona da Mata. Localizava-se como centro comercial de vulto, cujo crescimento econômico refletiu diretamente no processo de urbanização da cidade, no aumento populacional, tornando a cidade destaque como receptora de imigrantes, na arrecadação municipal e na ampliação do setor de mercado interno.

O desenvolvimento da indústria nas duas últimas décadas do século XIX e nas três primeiras décadas do século XX gerou surtos industriais importantes na cidade, decorrentes do predomínio da atividade cafeeira. O setor agroexportador cafeeiro, que estimulou o surto de industrialização da cidade, propiciou, a partir da acumulação de capital, a constituição de forças produtivas capitalistas, com a criação de médias e grandes empresas, possuidoras de produção em série, tecnologia avançada, grande produtividade e concentração de mão-de-obra.

Ocorreu assim, no âmbito da economia regional, uma complementaridade que torna impensável a presença do setor urbano-industrial fora do contexto econômico, em que houve um predomínio claro da atividade agroexportadora naquela cidade.

Graças à expansão de rodovias, ferrovias e a modernização do transporte para o Rio de Janeiro, Juiz de Fora se situou, neste período, como centro dinâmico da economia mineira. A atuação do capital cafeeiro investido em setores empresariais de Juiz de Fora possibilitou a construção de meios de transporte rodo-ferroviários, a criação de bancos e a melhoria de transportes urbanos.

O recebimento de imigrantes, que se constituíam como mão-de-obra qualificada, deu origem às manufaturas, à criação de casas comerciais e oficinas na cidade. A inexistência, entretanto, de um mercado integrado, localizava a indústria mineira descentralizada e regionalizada. A indústria de Juiz de Fora, desta forma, tinha como principal mercado a própria Zona da Mata, apesar de ter um papel relevante para outros Estados (principalmente Rio de Janeiro), mas que se apresentava limitado.

Para Affonso de Paula (2001), a importância do mercado regional da Zona da Mata para o surto industrial de Juiz de Fora foi significativa. Foi um processo singularmente intenso dentro do contexto mineiro, pois posicionava o município como referência da economia mais dinâmica de todo o Estado, até as três primeiras décadas do século XX. A partir daí, ocorreu um processo de estagnação e decadência, justificado pela distância dos portos de exportação e pela ausência de atuação do governo estadual que dificultou a integração ao mercado nacional.

A região central da Província, caracterizada anteriormente pela mineração aurífera, desenvolveu, ao longo do século XIX, a indústria têxtil, que apresentou um surto de investimento de 1870 a 1875. A partir de 1880, com a penetração das ferrovias nesta região, juntamente com a queda do Império e abolição da escravidão, as indústrias têxteis definharam, denunciando dificuldades de gerenciar a nova lógica republicana em consonância com os problemas deixados com a queda do Império. Em contrapartida, entre os anos de 1930 e 1947, ocorreu a ampliação do complexo industrial localizado na Zona Metalúrgica, no centro do Estado, que, com a recuperação dos efeitos da Crise de 1929, expandiu a indústria de aço e do cimento no Brasil.

Com um perfil bastante distinto, o município de São João del-Rei teve os primeiros sinais de ocupação do antigo Arraial Novo do Rio das Mortes em 1704 por meio da descoberta de ouro na região. O povoado cresceu gradativamente através da busca de bandeirantes e aventureiros atraídos pelo ouro.

Ávila (2007) aponta que o declínio da atividade aurífera verificado em toda a Capitania das Minas Gerais, a partir de 1750, não acarretou grandes perdas para o crescimento desta localidade, que desenvolveu uma vasta produção mercantil e de gêneros alimentícios, resultantes da atividade agrícola e pecuária.

São João del-Rei teve importante papel no movimento da Inconfidência, com ênfase na reivindicação local quanto à liberdade comercial em detrimento à monopolização política da metrópole.

Ávila (2007) descreve que a marcante vocação comercial do município diferenciou sua feição colonial, enquanto vila mineradora, das demais vilas mineiras com esta característica. Isso porque, seu amadurecimento comercial e seu perfil progressista (no século XIX contava com uma casa bancária, hospital, biblioteca, teatro, cemitério público, serviços de correio e iluminação pública a querosene) concederam uma estabilidade econômica à cidade, que foi indicada por duas vezes para abrigar a nova capital do Estado (em 1789 e em 1893).

Com a inauguração em 1881, da primeira seção da Estrada de Ferro Oeste-Minas, que ligava as cidades da região a outros importantes ramais da Estrada de Ferro Central do Brasil, houve ampliação do desenvolvimento local. O mesmo ocorrendo, em 1893, com a instalação da Companhia Industrial São Joanense de Fiação e Tecelagem, que trouxe novo impulso à economia local.

Conforme será descrito a seguir, a escolha da região do Curral del-Rei (atual Belo Horizonte) para ser a capital mineira, em detrimento da indicada São João del-Rei, em 1893, diminuiu a importância econômica da cidade. Como forte concorrente para a escolha de capital, a região foi recusada em função de suas insuficientes condições para construção de rede de esgoto.

São João del-Rei não perdeu, entretanto, suas marcas mais evidentes, a de constituir-se como um pólo comercial possuidor de estilos arquitetônicos com origem na arte barroca, passando pelo ecletismo e alcançando o moderno. O seu núcleo histórico permaneceu preservado em harmonia com as construções ecléticas do século XIX e as mudanças ocorridas no século XX.

No final do século XIX, as mudanças que o país atravessava, com a inauguração da jovem República, propunham um novo referencial baseado no lema “ordem e progresso”. Isso conduziu o povo mineiro a imaginar uma nova capital, mais condizente com o ideal de engrandecimento do Estado, em contraposição à anacrônica e colonial Vila Rica (atual Ouro Preto), então capital, símbolo de exploração e imperialismo.

As apertadas ladeiras e casarios centenários daquela cidade pareciam em desacordo com o ideal republicano. Além disso, a proposta de mudança da capital teve importante papel na preservação histórica da cidade de Ouro Preto, tendo em vista que suas relíquias e santuários seriam prejudicados pelo movimento progressista que uma capital, na República, comportaria.

Desde a época da Inconfidência, conhecido movimento de elites culturais e econômicas contra o domínio português, no século XVIII, havia em Minas o sonho de uma nova capital, que se tornou oportuno com Proclamação da República, no final do século XIX.

Em dezembro de 1893, o presidente de Minas Gerais, Afonso Pena, promulgou a lei que designava o Curral del-Rei (atual Belo Horizonte) para ser a capital do Estado, depois de longas discussões e acalorados debates no Congresso Mineiro, que tiveram como resultado a vitória desta localidade após disputa com Barbacena, Paraúna, Juiz de Fora e Várzea do Marçal (subúrbio de São João del-Rei).

A escolha desta localidade para capital teria ocorrido pelas características climáticas e topográficas da região. O arraial não contava com muitos córregos e minas auríferas, mas era rico em belas paisagens e boa terra para a agricultura. O terreno não carecia de prévia drenagem. As condições se prestavam a um sistema perfeito de esgotos e águas pluviais. Na ocasião de sua

escolha, o Curral del-Rei havia se desenvolvido e se tornado centro de abastecimento e produção, apoiado na atividade agrícola e pastoril, e no trânsito constante de tropas⁹.

Emergente como totem da modernidade, a escolha desta localidade para capital também se justificou por sua posição geográfica, situada na região central do estado e, portanto, equidistante das disputas regionais. Era preciso produzir uma unidade necessária entre as forças políticas conservadoras do centro e do norte do estado e as lideranças emergentes ligadas ao café do sul e Zona da Mata.

Em 1906, a Cidade de Minas passou a se chamar Belo Horizonte. Nesta época, possuía expressiva expansão industrial que alavancou o comércio e a prestação de serviços. Barros (1994) aponta que o ato fundacional da cidade de Belo Horizonte ocorreu movido pelo discurso das forças republicanas. Foi a resposta de uma nova ciência, o urbanismo, à desordem e ao caos da crise urbana do final do século passado. Esse aspecto parece ter particular importância no que tange ao tema deste trabalho, pois toma as intencionalidades que porventura poderiam ser determinantes na feição de certas cidades. Em Belo Horizonte, é possível então constatar a presença de uma estratégia modernizante por parte dos grupos políticos dominantes da época.

No Brasil, a Abolição da Escravatura e a Proclamação da República inauguraram uma nova fase da história. Os primeiros anos foram de afloramento de novos interesses e disputas políticas, norteados pela euforia da economia cafeeira e pela autonomia que o poder federativo gerava. Descreve Barros (1994, p. 3): “o país bania os últimos significantes de seu passado colonial e imperial [...] Em Minas Gerais, o projeto político republicano encontrava-se em utopia modernizante, resultando na edificação de uma nova capital”. Os valores “liberdade, ordem, ciência e progresso” edificantes do novo Estado e do novo regime se materializaram em Minas Gerais mediante a construção de uma nova cidade, especialmente arquitetada para sediar o novo e emergente poder republicano.

Os anos iniciais da República foram tumultuados. Em Minas Gerais, surgiram problemas com a mão-de-obra para o café, gerados pela Abolição e o crescimento da produção e pela forma como as elites conservadoras concebiam de modo preconceituoso a mão-de-obra livre, tida como arruaceira e preguiçosa. Foram tomadas medidas para impedir o acesso a terra, e de restrição à

⁹ DE ARRAIAL à Capital - Disponível em: <http://www.idasbrasil.com.br/idasbrasil/cidades/BeloHorizonte/pot/historia.asp>. 05/2007

escolarização, como tentativa de manter o trabalhador com escolaridade mínima e disponibilidade para o trabalho.

Conforme afirma Barros (1994), o sentido das cidades modernas, surgido a partir do século XIX, não pode ser buscado exclusivamente na expansão do capital, e sim no processo de construção e enunciação da consciência do homem moderno. São enunciações discursivas materializadas no traçado utópico, autoritário, científico e higienista da elite republicana nacional.

Refletir sobre estas enunciações discursivas presentes na configuração das cidades permite abordar a relação entre Ouro Preto e Belo Horizonte, com fins de elucidar o lugar que supostamente teria sido destinado à Barbacena em meio ao contexto dos primeiros anos da República, o que veio a lhe conferir um determinado perfil identitário. As ações nosocomiais concebidas como atividades econômicas de destaque principal daquela cidade no estado e também a nível nacional situavam Barbacena enquanto pólo receptor central das demandas desta natureza, face ao contexto que a referenciava.

A criação, a reforma e a estruturação das cidades comportam um processo de configuração de poder. Com a escolha de Belo Horizonte para capital, por exemplo, operava-se a ruptura com o passado colonial e imperial, concretizando-se a conjugação do progresso com a ordem social. Belo Horizonte inauguraria o futuro e Ouro Preto se transformaria em espaço de consagração dos precursores da independência nacional e dos ideais republicanos, inaugurando um espaço mítico de pré-história do republicanismo. Belo Horizonte encarnava o novo, o progresso, o avanço industrial e material, com a proposta de um novo modelo de organização espacial.

Conforme explanado anteriormente, as cidades próximas à Barbacena, cada qual com características preponderantes que lhes atribuíram determinada configuração, estariam representando enunciações discursivas que transcenderiam a questão do capital, cujas definições se estruturaram principalmente nos anos iniciais e consecutivos à Proclamação da República.

São João del-Rei mantinha-se, neste período, como importante núcleo histórico e pólo comercial; Juiz de Fora, como centro dinâmico da atividade agroexportadora com o café; Ouro Preto e Belo Horizonte cada qual caracterizada pelos aspectos acima descritos.

As determinações para escolha da capital mineira repercutiram de modo significativo nas cidades que foram preteridas, gerando um período de declínio e posterior definição de suas

conformações. Entre estas cidades, estava Barbacena. Historiadores locais¹⁰ relatam que a recusa desta cidade como capital teria ocorrido pela ausência de recursos hídricos satisfatórios. Como prêmio de “consolação”, Barbacena ganhou o Hospital de Alienados.

A análise do passado econômico de Barbacena, anterior a este período, de acordo com as descrições do item 3.1, retrata que, apesar de a sericultura ter sido destacada (assim como outras atividades consideradas como iniciativas econômicas de relevo, juntamente com fatos históricos importantes), a atribuição da enorme representatividade advinda da indústria da saúde consolidou o perfil identitário da localidade. Distintamente do que parece ter ocorrido naquele momento histórico, com os municípios vizinhos, citados anteriormente.

A referência econômica mais definida da cidade de Barbacena concretizou-se, então, a partir do crescimento da indústria da saúde em um período em que os municípios precisavam afinar-se com a nova perspectiva de desenvolvimento inspirada pela lógica republicana. Tal panorama concomitantemente tornava urgente a criação de dispositivos institucionais direcionados à reclusão de classes avessas à necessária normatização social.

Conforme mencionado anteriormente, a abundante existência de hospitais, sanatórios e casas de saúde na cidade seria atribuída, segundo estudiosos locais, à benignidade do clima, ameno e agradável. É fundamental ressaltar que, para além das propriedades climáticas, os fatores determinantes pela ampliação acelerada da população interna do Hospital de Alienados em Barbacena pareciam estar em consonância com o processo de transformações sociopolítico-econômicas deste período.

Os problemas econômicos com a mão-de-obra para o café, após abolição da escravidão, o crescimento da produção e todo o processo excludente que a mão-de-obra livre representava geravam um grande contingente de excluídos, nos primeiros anos de República no estado, que vieram a se ampliar com o crescimento das cidades.

A longuíssima duração de uma estrutura econômica baseada no trabalho escravo no Brasil acarretou uma herança poderosa de problemas sociais. A ilusão de modernidade e de contemporaneidade internacional que se seguiu à Abolição da Escravatura, em 1888, e à Proclamação da República, em 1889, desnudava um malogro evidenciado pelo caráter de exclusão da grande massa brasileira nos processos sociais.

¹⁰ **Arquivos do Museu da Loucura** – CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE BARBACENA, Barbacena, MG.

Carvalho (2005) descreve que a Constituição de 1891, embasada em restrições dos direitos civis, incrementou a limitação dos direitos sociais a uma grande parcela da população. Apenas o exercício pleno de um direito pode redundar na aquisição de outros direitos. Assim, se o acesso do cidadão em relação aos direitos civis (direito à liberdade, propriedade e igualdade) e políticos (direito do cidadão à participação no governo da sociedade) estavam inviabilizados, inequivocamente os direitos sociais (direito à educação, trabalho, salário justo, saúde etc.) estariam também prejudicados. A população que mais sensivelmente experimentava este processo era a de analfabetos, mendigos, mulheres, os marginalizados sociais, entre estes os doentes mentais, aos quais, diante da especificidade da exclusão, se propunha a reclusão em asilos.

O descompasso entre o crescimento econômico e os processos sociais torna compreensível a necessidade de locais que possam comportar o contingente de desvalidos e indesejáveis. O dispositivo do asilo veio então retratar a demanda de recolhimento social. É assim que o contingente populacional direcionado para o Hospital de Alienados de Barbacena (Azylo Central de Barbacena, inaugurado em 1903), nos anos posteriores aos citados períodos históricos, sob o impacto do impulsionamento da urbanização e da industrialização em Minas, cresceu vertiginosamente.

Localizada em uma posição intermediária entre a então capital, Curral del-Rei, que deveria desenvolver-se para o futuro, e os grandes centros urbanos do país para onde os fluxos financeiros estariam norteados, próxima de municípios citados anteriormente, que se encontravam economicamente definidos, Barbacena geograficamente seria beneficiada enquanto cidade referência na receptividade da população desvalida e excluída dos processos sociais. Sob justificativa da amenidade de seu clima, o hospital de Barbacena era referência de busca de tratamento psiquiátrico para toda região. Recebia às dezenas, nos chamados “trens de doidos”, pacientes oriundos de todos os lugares, com perfis cada vez mais diversificados entre doentes mentais, sífilíticos, tuberculosos e marginalizados de toda sorte, muitos enviados em busca de algum paradeiro, sem saber, entretanto, do itinerário já definido.

3.3 - BARBACENA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

Dos arquivos do Instituto Histórico Geográfico de São João del-Rei (COELHO, 1973, p. 4-9) extrai-se que a Santa Casa da cidade se organizou, a partir de 1817, “de modo notável, com a existência de uma enfermaria para doentes mentais, ao lado da enfermaria de febres, lepra e outras especialidades médicas”.

Há descrição de tratar-se da primeira unidade psiquiátrica em hospital geral noticiada, indícios de que os primeiros cuidados especiais com o doente mental no Brasil tenham sido aí realizados. Durante cerca de cem anos, este pequeno hospício foi mantido, até sua desativação em 1918, supostamente pela instalação, operante a alguns anos, do Hospital Colônia de Barbacena.

Medeiros (1977, p. 14), ao abordar a formação do modelo assistencial brasileiro, expõe que cerca de 490 pacientes passaram por este estabelecimento, no período de aproximadamente 40 anos. Apesar da existência deste ambiente de recolhimento, até 1900, Minas Gerais pagava ao hospício do Rio de Janeiro “módica contribuição” no valor de 6;000\$000 anuais pela internação de seus doentes.

A primeira internação, na Santa Casa de São João del-Rei, ocorreu em janeiro de 1817, e foi sucedida de dados informativos que mencionavam a ocorrência de “cura”, deduzida pelo registro de saída do paciente. Daí seguiu-se um número crescente de internações, cujos diagnósticos constam “abuso de cachaça, embriaguez habitual, bebedeira” ou “doido, furioso, louco, desordenado do juízo, alienado com fúria”. Estas “impressões diagnósticas” cedem lugar, em fins do século XIX e início do século XX, ao “monótono diagnóstico de alienação mental”. A procura crescente do hospício por doentes de outras províncias e até de além-mar seria indicador “de um bom tratamento” na unidade psiquiátrica de São João del-Rei, segundo dados do citado periódico (COELHO, 1973, p. 4-9).

Conforme exposto no Capítulo 2, o aparecimento do doente mental no Brasil, ao final do século XVIII, como uma vítima ou efeito do não-progresso, ocorreu como subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista.

Os doentes mentais eram recolhidos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, como alternativa ao encarceramento em prisões, na medida em que se tornara indesejável seu livre trânsito pelas ruas, juntamente com os demais excluídos. Criminosos, bêbados e arruaceiros,

juntamente com os doentes mentais, compunham a população das santas casas, cuja capacidade das enfermarias não estava à altura da gravidade com que o problema se apresentava nas ruas.

Pereira (2003) elabora uma forma de compreensão da estruturação das cidades, importante para reflexão sobre a institucionalização da loucura. Visualiza a cidade como um “jogo”, utilizando a metáfora do tabuleiro de xadrez, situando-a como o próprio tabuleiro. As peças fundamentais, a cada jogada, cumprem suas funções, enquanto outras vão sendo eliminadas sistematicamente. Aquele que age diferentemente da tipicidade dos movimentos (no jogo ou na cidade) é tido como “ladrão” e é excluído, por ser incapaz de jogar.

Esse autor aponta que, no século XIX, São João del-Rei ocupava em Minas Gerais posição de centro da Comarca do Rio das Mortes, constituindo-se como importante pólo jurídico. Situava-se como entreposto de tropeiros e lugar de grande afluência de pessoas vindas de diversos locais de Minas e do Brasil. As autoridades dos oitocentos revelavam uma “obsessão esquadrihadora”, em que era controlado o território a partir do mapeamento e da definição de limites. Estas estratégias tinham por objetivo o controle das riquezas, delimitando os caminhos do ouro, a fim de evitar contrabando e enriquecimento ilícito (PEREIRA, 2003, p. 17).

Este controle demasiado ocorria também no tocante ao controle dos comportamentos humanos. Estariam “os mundos do trabalho e da casa” localizados nos espaços claros do tabuleiro do xadrez, e os avessos àqueles, posicionados nos espaços escuros. Pereira (2003) cita o “Código de Posturas e Regimento Interno da Câmara Municipal de São João del-Rei” (1887): “Artigo 124 – Julgar-se-á ofensa aos bons costumes: 1º Negar-se absolutamente ao trabalho; 2º Vagar pelas ruas e estradas.”

Certas hordas de indivíduos revelavam-se representantes da classe perigosa: eram os mendigos, vagabundos, prostitutas e loucos. A estes últimos a cidade reservava os xadrezes que seriam as celas da cadeia pública ou da Santa Casa de Misericórdia. Como mencionado anteriormente, era este o único hospital da região, na cidade de São João del-Rei, a ter uma ala para os alienados mentais. Este fato, entre outros, leva o autor a considerar que Minas Gerais ocupava um importante lugar nacional na abordagem à loucura, cujas representações sociais encontravam-se nos processos criminais e nas correspondências da Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia.

No tocante à manutenção da ordem, escravos, negros, mulatos, forros e homens livres trouxeram graves problemas para as autoridades provinciais. Enquanto condensadora dos aglomerados humanos, a cidade deveria designar, então, pais, tutores, curadores, senhores e instâncias sociais como responsáveis pelo cuidado dos loucos e por sua retirada do convívio social.

Os indícios de prejuízo mental em contato com o espaço urbano se faziam notar pela incapacidade de gerir os bens, pelas manifestações de agressão física, verbal ou moral, e pelo incômodo à família ocasionada pelo louco. O Código de Posturas da cidade, no Título XIII – que trata da limpeza e polícia urbana dos cães, dos animais mortos, dos animais bravos e dos loucos – promulgava que aquele que conservasse em sua casa qualquer louco deveria fazê-lo com segurança, não o deixando vagar pelas ruas sob pena de pagamento pelo prejuízo causado (PEREIRA, 2003, p. 20).

A visão positiva, apresentada inicialmente, obtida dos arquivos do Instituto Histórico Geográfico da cidade de São João del-Rei sobre o tratamento disponível na Santa Casa, se submetida aos enfoques sobre as representações sociais da loucura dos autores acima, necessitaria ser relida. Sob esta visada, o que estaria em questão, não seria o tratamento presumidamente aplicado nos hospitais das santas casas, mas a importância de estes locais se incumbirem enfaticamente da remoção de elementos perturbadores do convívio social, o que tornava necessário assimilar o louco a outros desadaptados sociais. A este respeito, Pereira (2003) menciona o paralelismo entre a exclusão e segregação exercidas, em um período inicial, em direção aos leprosos, também cerceados nos muros da Santa Casa de São João del-Rei e, posteriormente, em direção aos loucos.

Conforme explanado no Capítulo 2, a prioridade na prática de recolhimento social executada pelo hospital geral estava desvinculada de qualquer empenho curativo. Assim sendo, os relatos descritos no artigo inicialmente apresentado, sobre as práticas de internamento na Santa Casa de São João del-Rei, bem como os benefícios, a suposição de oferta de tratamento adequado e as descrições de cura, são inequivocamente convocados ao questionamento a partir das configurações histórico-sociais determinantes.

As acomodações no Hospital da Santa Casa da Misericórdia, que se constituía como asilo, se configuravam como cárceres onde os loucos ficavam enclausurados, caso não estivessem trancados em casa ou a perambular pelas ruas.

Face ao contexto de ameaça à ordem e à paz social, decorrente das transformações no período após a abolição da escravidão e a Proclamação da República, agravaram-se os problemas com o livre trânsito de loucos pelas ruas das cidades. Conforme descrito no Capítulo 2, isso acarretou a necessidade efetiva de criação de dispositivos de contenção e implantação das primeiras instituições psiquiátricas no Brasil. Acrescentaram-se aí, os apelos de caráter humanitário, reportando às denúncias contra os maus tratos que os insanos sofriam nos porões das santas casas. A ausência de condições de abrigar medicamente e recuperar estes indivíduos nos hospitais gerais incitava denúncia e crítica dos médicos da época.

A situação social e econômica que determinava o surgimento de instituições cuja função central era a segregação de desviantes, alterava-se rapidamente exigindo novas providências. Com o agravamento da marginalidade, o louco passou a ser reconhecido pela especificidade de suas manifestações. Isso requeria uma abordagem diferenciada, à qual a ciência psiquiátrica se propunha a realizar.

Assim como ocorrera com a disseminação das enfermarias para doentes mentais em Santas Casas, Medeiros (1977) aponta que a expansão dos hospícios e asilos segue uma mesma ordem, em conformidade com a importância e estruturação da comunidade urbana. O processo de urbanização e a emergência do capitalismo industrial brasileiro, seguido da deterioração das condições de vida da população, acarretaram graves problemas sociais, demandando um aperfeiçoamento na lida com a população excluída pela doença mental.

Voltada para a organização e funcionamento da cidade, a idéia do hospício propunha que o louco deveria ser excluído da livre circulação e circunscrito em um espaço próprio, no qual sua loucura pudesse ser controlada, com fins de integração à vida urbana por um processo de recuperação. Desta forma, a defesa do hospício, como evidência terapêutica da psiquiatria emergente, transcorreu pela suposta diferenciação ao modelo do hospital geral. Sob intenção humanitária de garantir ao doente mental abrigo e vestuário, predominava o objetivo de isolá-lo do convívio social com finalidade de manter o funcionamento das cidades.

As várias formas de reclusão do doente mental, cuja expressão máxima era representada pelo hospício, se intensificavam e condensavam-se nas regiões mais avançadas economicamente. O hospício como dispositivo estruturado com fins de isolamento preventivo e de redução dos riscos a uma sociedade em vias de normalização, pode ser ilustrado de modo exemplar na

particularidade da situação de Barbacena, cujo processo de psiquiatrização representou significativa expressividade a nível nacional.

Diante da necessidade de preservar o encaminhamento do desenvolvimento econômico-social, impulsionado pela República, articulada às questões regionais específicas (apresentadas no Item 3.2.), concretizavam-se as manobras de isolamento do louco e dos demais desviantes sociais. Em um período de importantes avanços do pólo mineiro, no qual a cidade de Barbacena localizava-se, norteados pelo impulsionamento da indústria e do crescimento urbano, este município passou a desempenhar a função de centralização das práticas de recolhimento de insanos e demais prejudicados sociais.

Os arquivos do “Museu da Loucura”, localizado no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB – FHEMIG), apresentam informações a respeito da história da fundação do hospício e do processo de institucionalização da loucura naquela localidade, descritas a seguir.

Os dados históricos revelam que, no final do século XVIII, no alto do Morro da Caveira, existia a sede da Fazenda da Caveira de Baixo, propriedade do português Joaquim Silvério dos Reis (delator da Inconfidência). A terra passou por vários donos e foi adquirida pelo comendador Francisco Ferreira e pelos médicos Gonçalves Ramos e Rodrigues Caldas que, em 1889, inauguraram o Sanatório de Barbacena, Casa de Veraneio e de Repouso. Era, a princípio, um sanatório de luxo para fazendeiros abastados e a elite carioca que creditava ao clima serrano de Barbacena ares terapêuticos. O Sanatório de Barbacena absorvia os doentes e, para veraneio, os sãos. O hospital era um hotel para doentes. Isso fazia parte da história dos hospitais da época. Assim sendo, o Sanatório de Barbacena, que antecedeu ao Hospital de Alienados, aceitava os sãos e os insanos.

O sanatório (também utilizado para o tratamento de tuberculose) era cercado de requinte e comodidades. Uma delas era a parada de trens da Estrada de Ferro Central do Brasil, em 1889, próxima ao local. Em 1890, o diretor da Estrada Central do Brasil autorizou a parada dos trens próxima ao sanatório. O sanatório faliu e foi comprado pelo governo mineiro (para tornar-se uma escola de artes e ofícios).

Relata Alberto Diniz (ARQUIVOS DO MUSEU DA LOUCURA – CHPB, 1996) acerca do período inicial:

Aprazível vinda [...] Após a Proclamação da República, a propriedade foi adquirida por uma sociedade da qual faziam parte o comendador Francisco Ferreira e os médicos Gonçalves Ramos e Rodrigues Caldas

[...] construíram um luxuoso hotel que atraía uma clientela rica que desfrutava do clima da cidade e dos confortos da casa. De curta duração foi essa áurea fase [...] que entrou em crise com a debache do escandaloso jogo da bolsa. O governo do Estado adquiriu-o, transformando e adaptando-o convenientemente em Sanatório destinado a tratamento de psicopatas.

Conforme mencionado no item anterior, apesar de Barbacena ter sido indicada para ser a capital mineira, foi, entretanto, preterida em um período em que Minas Gerais deveria voltar-se para os novos ventos republicanos. Como “prêmio de consolação”, Barbacena ganhou o Hospital de Alienados. Já em 1900, Minas Gerais cogitava a criação de hospital psiquiátrico através do projeto de João Velloso, aprovado na Câmara Estadual. Em 1903, por influência do diretor da assistência, Dr. Joaquim Dutra, foi instalada ali a Assistência aos Alienados do Estado de Minas Gerais. Sem recursos para construir um hospital Central, o Dr. Joaquim Dutra indicou o prédio do antigo sanatório particular, fechado anos antes.

O Jornal da Cidade de Barbacena, na edição de 18 de outubro de 1903¹¹, noticiava que o município passava a ter o que viria a ser o primeiro e maior hospital psiquiátrico de Minas Gerais:

A chuva pesada e constante que caía desde pela manhã cedo não permitiu que maior fosse a concorrência de pessoas a se fazerem presentes ao ato de instalação da Assistência de Alienados nesta cidade, no dia 12 do corrente mês. Não obstante, montada de acordo com todas as regras modernamente prescritas a instituto dessa natureza, dispondo de cômodos espaçosos e confortáveis e seguros, sendo sua localização em um dos pontos mais aprazíveis e salubres de Barbacena, funciona [...] a assistência para alienados, criada pela lei do Estado [...] apta, por conseguinte, para receber desde já os enfermos que lhe forem destinados
(ARQUIVOS DO MUSEU DA LOUCURA - CHPB)

Entrou em funcionamento o Hospício de Barbacena que, posteriormente, passou a Hospital Colônia de Barbacena, com capacidade inicial de 200 leitos, sendo-lhe acrescentados, em momento ulterior, pavilhões e 400 hectares de terra, para atividades agrícolas. A partir daí, ocorreu o processo que culminará na centralização da assistência psiquiátrica naquele município.

Sobre a construção das colônias agrícolas no Brasil é sabido que a idéia veio ao encontro de um contexto político e ideológico adequado à sua implementação. Tal como nos demais

¹¹ ¹ Artigo disponível no Museu da Loucura CHPB por Jairo Furtado Toledo e Edson Brandão.

hospícios-colônias brasileiros, em Barbacena, o estabelecimento localizava-se geograficamente distante dos locais de onde provinha sua clientela e tinha como função principal a exclusão do convívio social.

A maioria dos Estados brasileiros teve colônias agrícolas associadas à sua rede de ofertas de serviços, como opção única ou como complemento às práticas de internação tradicional. No Estado de Minas Gerais (assim como em São Paulo), as instituições agrícolas se dispunham como propostas de soluções globais para o problema do interno psiquiátrico.

Em consonância com a organização da sociedade brasileira, a decantada vocação rural inspirava a construção artificial do ambiente rural pré-capitalista a título de solução terapêutica para doentes mentais. A contradição residia no fato de que, se devolvidos à comunidade, o seriam para uma realidade externa nova, já distante do modelo de sociedade rural.

Apesar de a nova lavoura cafeeira exportadora requerer a força braçal de trabalhadores, era duvidoso que o hospício pudesse fornecer material humano habilitado para tal finalidade, tendo em vista a imposição de uma nova moral de trabalho congruente com a recente formatação econômico-social, à qual a dinâmica do hospício mantinha-se distante.

De acordo com as colocações anteriores, a psiquiatria, constituída como uma especialidade médica, prontificava-se à criação de hospícios em lugares nos quais pudessem atender às solicitações da estrutura urbana. A criação do hospício de Barbacena, local intermediário entre centros urbanos em processo de expansão econômica, apresentava-se em correlação com a expectativa de crescimento regional emergente.

A perspectiva de encontrar lugares amplos que permitissem a multiplicação de instalações para abrigar indivíduos indesejáveis, que poderiam representar obstáculo à urbanização, encontrou em Barbacena local apropriado para tal, sob justificativa da amenidade de seu clima e da existência de um estabelecimento disponível para a estruturação de um hospício.

No início do século XX, a Assistência aos Alienados de Minas Gerais, na cidade de Barbacena, constituía-se como resposta republicana à crescente necessidade de leitos para doentes mentais. Em um momento em que o processo de urbanização e a prerrogativa de desenvolvimento geravam uma população crescente de marginalizados, preconizava-se o funcionamento de um lugar de recolhimento, ao qual estes deveriam ser destinados.

A partir do “prêmio de consolação” de Barbacena, seu perfil foi pouco a pouco consolidando o estigma da “Cidade dos Doidos”. A função de acolhimento de doentes mentais,

referendada regionalmente e nacionalmente, expandiu-se com a criação progressiva de novos estabelecimentos de saúde na cidade.

Os autores da história municipal enfatizam a caracterização física e climática da localidade, “semelhantes ao clima europeu”, como determinantes para o crescimento hospitalar de Barbacena, destacando o que supõem serem os resultados satisfatórios do tratamento e da recuperação física e mental daí advindos. Esta posição defensiva ocorre independente do claro entrelaçamento deste processo como fruto de questões históricas, econômicas e sociais.

Um destes autores, Savassi (1991, p. 176), ressalta que, ainda que Barbacena seja chamada de “terra dos doidos”, a porcentagem dos insanos locais seria mínima e que os doentes mentais seriam sim oriundos de municípios vizinhos, de várias comunas mineiras e diversas regiões brasileiras. Sob uma notória visada de exaltação às práticas hospitalares da cidade, o autor local afirma que os estabelecimentos de saúde cumprem a função de recuperação de milhares de insanos de todo o território brasileiro.

Carvalho (2003, p. 43) observa que o crescimento manicomial em Barbacena ocorreu juntamente com o desenvolvimento da cidade. A cidade “cresceu em torno da loucura”, uma vez que os manicômios de grande porte demandavam empregos diretos e indiretos, paralelamente à circulação de um número considerável de visitantes e de pessoas que se hospedavam temporariamente para tratamento, estimulando, com isso, o crescimento urbano.

De fato, o hospital passou a ser um ponto de referência de diversas comunidades, com demandas variadas, bem mais do que insanos, se incluíam sífilíticos, tuberculosos e marginalizados. Tal processo situava-se em estreita consonância com a necessidade de banimento social de indivíduos indesejáveis face ao crescimento urbano da região, que, conforme apontado nos itens anteriores, obteve importante impulso no início do século XX.

Gradativamente, o hospital caminhou para uma superlotação. Os pacientes chegavam às dezenas nos chamados “trens de doidos”. Já anterior ao período do funcionamento do grande hospício de Barbacena, no dia 1º de dezembro de 1892, foi entregue ao público a citada “Estação Sanatório”, continuação da estrada de ferro que demandava a Barra do Piraí, com bifurcação para Minas e São Paulo. As estações em Juiz de Fora e Benfica, seguidas de João Gomes (Santos Dumont), estação de Sítio, culminavam na estação de Barbacena, para depois fluir em direção à estação Sanatório. Havia uma plataforma no interior do hospital, que, segundo Carvalho (2003), respondia ao prestígio dos primeiros proprietários do sanatório.

Em documento exposto no Museu da Loucura, consta a determinação da parada da Estrada de Ferro Central do Brasil no Sanatório de Barbacena, em período anterior à Assistência aos Alienados:

“RJ. 9 de janeiro de 1890.
Estrada de Ferro Central do Brasil Tráfego
2ª Divisão
Ordem Nº 1782

Fica estabelecido, a partir do dia 15 do corrente em diante que os trens mixtos da 5ª seção pararão no estribo do estabelecimento chamado – Sanatório – entre as estações de Barbacena e Ressaquinha, regulando-se a marcha dos demais trens de passageiros naquele ponto, pelo que está estatuído no acordo celebrado entre esta estrada e a administração do referido estabelecimento em 11 de dezembro de 1888.

Assinatura (ilegível)
Chefe interino do trafego.
“A todos os senhores agentes.”
(ARQUIVO DO MUSEU DA LOUCURA- CHPB)

Utilizada no período do Hospital Colônia, a estrada de ferro, enquanto componente importante da estrutura assistencial asilar, deportava os que vinham de outras comunidades que precisariam permanecer livres de tais presenças. Assim, o trem usado pela elite mineira anteriormente passou a disponibilizar seus vagões de gado para a viagem de loucos vindos de diversos lugares do Brasil.

Sabe-se que o “trem de doidos” era um vagão com grades nas janelas, no qual, em cada cidade, eram jogados e trancados lá dentro insanos, juntamente com mendigos, alcoolizados, moradores de rua, inválidos sociais, etc.

No conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, Guimarães Rosa narra a história de um homem que leva a única filha e a esposa para um veículo que as conduzirá ao hospício. Em atmosfera enigmática, o conto mostra a opressão do espaço de vida dos personagens e o desconhecimento e a angústia de Sorôco diante das mulheres consideradas loucas. O “trem de doido” é um figurante fúnebre, associado ao exílio sem volta, destino real dos seus passageiros. Eis o fragmento que bem ilustra a situação e cita Barbacena como destino:

Aquele carro parara na linha de resguardo [...] num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para presos. [...] Ia servir para levar duas

mulheres, para longe, para sempre. Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre os lugares são mais longe (ROSA, 2005, p. 61).

Uma avaliação da população do asilo elucida que, associados à massa de crônicos, encontravam-se indivíduos cuja história de vida determinou as internações, como a presença de moças namoradeiras desvirginadas e desmoralizadas, crianças que se tornaram órfãs, mendigos e arruaceiros aos quais era designado o hospício como lugar e solução definitiva.

Para abrigar tal população, os leitos eram insuficientes e a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos ocasionou vários problemas. Com um tratamento desumano e degradante, o hospital atingiu altas taxas de mortalidade. Desmitificando a tese da amenidade e adequação climática, sem estrutura apta para receber a crescente população de inadaptados sociais, Barbacena tornou-se depósito de doentes mentais e entreposto de cadáveres.

A escolha de uma região serrana e fria, nas mediações da Serra da Mantiqueira para localizar a Assistência aos Alienados revelava sua dura face: como os doentes ficavam nus pelos pavilhões e pátios de cimento frio, na chegada do inverno, extremamente rigoroso em Barbacena, a liquidação de vidas era multiplicada, os doentes morriam em profusão. As mortes por gripe, tuberculose, pneumonias, etc. multiplicavam-se. As mortes aproximavam-se a cerca de 60 pacientes por semana. Entre os Departamentos A e B, havia uma pequena colina onde se situava o Cemitério do Cascalho, no qual uma parte das vítimas era enterrada (ARQUIVOS DO MUSEU DA LOUCURA, CHPB).

Situações bizarras foram geradas com este índice de mortes tão elevado. O hospital tornou-se negócio lucrativo, enquanto grande fornecedor de cadáveres para escolas de medicina do país. As famílias jamais reclamavam destes procedimentos, visto que o abandono e o descaso consumados tornavam insignificante qualquer ação.

É citado que o excesso de peças anatômicas acarretava o abarrotamento de cadáveres nas escolas. Este excesso era contornado fazendo com que os corpos fossem decompostos em ácido para a venda apenas das ossadas. O corpo era cozido em latões até que as carnes se despregassem dos ossos, à vista dos demais doentes. Segundo Carvalho (2003, p. 91), “os doentes que iam para os anatômicos eram segregados em vida e úteis na sua morte”.

Resende (1997) afirma que, diante do cenário de Barbacena, enquanto uma generosa fornecedora de cadáveres para os institutos anatômicos das faculdades de medicina de Belo

Horizonte, as formas de persuasão apresentadas por Foucault (conforme descrito no Capítulo 1) acerca do tratamento moral de Tuke, ao final do século XVIII, soariam como cenas paradisíacas.

Tal como em Barbacena, os maus tratos e castigos físicos ficavam evidenciados em realidades espalhadas pelo Brasil. As demandas por mais verbas e leitos eram uma tônica dos relatórios de encontros e congressos, tendo em vista o crescimento acelerado e continuado da população hospitalar. Ainda que tenha ocorrido uma substituição da psiquiatria empírica pela científica, com a criação do dispositivo asilar, mantinha-se inalterada a destinação social do hospital psiquiátrico.

O hospício, construído nos limites da cidade de Barbacena, cuja posição geográfica proporcionaria boas condições de tratamento, propondo-se realizar o objetivo de isolamento, era também prejudicado pela construção de novas edificações e pavilhões internos, que acarretaram um povoamento assoberbado e indevido do local. A área se tornou insalubre com a formação de correntes de vento. A construção de pavilhões internos intensificou o problema, impedindo a entrada de luminosidade e do sol, deixando os doentes submetidos à umidade e ao frio intenso da região.

A situação caótica do hospital revelava um quadro de superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condição de hotelaria piores do que aquelas denunciadas há cem anos, nas instalações das santas casas. Assim como em Barbacena, espalhavam-se dados degradantes pelo Brasil: o Juqueri, em São Paulo, abrigava 14 a 15 mil doentes, localidades como Porto Alegre, Curitiba e Florianópolis encontravam-se também em situação de inchaço populacional (RESENDE, 1991, p. 56). Savassi (1991) fornece dados numéricos sobre Barbacena, apresentando que cerca 6.150 enfermos compuseram a lotação no hospital colônia.

Tal como ocorria nos hospitais distribuídos pelo país, cada vez mais dissociados de uma sociedade que se modernizava, o hospital psiquiátrico de Barbacena revelava-se com crueza e transparência, como simples espaço excludente. A criação de dois departamentos, um para a Assistência e outro para a Colônia (A e B respectivamente), tornou o hospital uma complexa estrutura burocrática, com dezenas de funcionários públicos incapazes na lida com a doença que compunham um ambiente com falta de alimentos, ausência de medicações e péssimas condições higiênicas. Os métodos de contenção à força eram frequentes, as fotos documentadas na época mostram insanos com lesões corporais. Persistiram, portanto, as denúncias de sujeira,

superlotação, maus tratos, baixa qualificação dos atendentes, falta de assistência médica e grande índice de mortalidade.

As práticas agrícolas foram aos poucos sendo abandonadas, revelando-se o trabalho do campo um anacronismo, tendo em vista o processo de urbanização e industrialização em Minas e em todo o país. As atividades prevalentes passaram a ser as praxiterapias, que, quando ocorriam, se davam através de tarefas monótonas, repetitivas e sem sentido.

Conforme descrito nos capítulos anteriores, nos diferentes períodos históricos, a psiquiatria destinou-se a excluir as sobras humanas de cada organização social. Inicialmente, os homens livres; os imigrantes estrangeiros, em outro momento. No período posterior, com a entrada do Estado na questão das políticas sociais, houve um reforço da função do hospital como lugar de tratamento de desviantes e marginais percebidos como perigosos, mesmo sem rótulo nosológico preciso. Em Barbacena, crescia a população de alcoolistas e neuróticos, donde poderia se supor que as categorias nosológicas imprecisas para lá enviadas comportavam problemas sociais múltiplos, que buscavam o isolamento do asilo como solução possível.

O grande hospício viveu seus piores períodos durante o Estado Novo e a ditadura militar. O inchaço populacional dos anos 40 traduziu o quadro de 700 óbitos ao ano e, nas décadas seguintes, chegava à casa de mil mortos anualmente.

Intensificaram-se as denúncias sobre a “indústria da loucura”, processo de favorecimento dos donos de hospitais que lucravam com o funcionamento de uma indústria hoteleira psiquiátrica em que os desvios de verbas e o quadro de corrupção, incrementados pelas internações compulsórias, atestavam o fracasso do asilo. As internações compulsórias eram alicerçadas juridicamente, já que a Lei de 1934, que vigorou por mais de 60 anos, dava direito à família e ao poder público de internar sem autorização de pacientes. O panorama explicitava o comprometimento do hospital e revelava seu lado nebuloso: quando nele se ingressava, não mais se saía, ou se saía para logo depois voltar.

Dos registros do museu extrai-se: “crianças pelo chão, entre moscas. Nenhum brinquedo. Um psiquiatra. Aleijados arrastando-se pelo chão. Agrupados para não serem pisoteados. Esperando a maca. A liberdade através da morte. Hospital colônia. Asilo medieval de pedra. Úmido e frio. Celas e eletrochoques, torturas. Como em um campo de concentração. Farrapos humanos” (ARQUIVOS DO MUSEU DA LOUCURA, CHPB). Enquanto os campos de

concentração nazistas eram erguidos na Polônia e na Alemanha, concomitantemente, algo similar ocorria em Barbacena.

Eram utilizados leitos únicos para suprir a superlotação. Os leitos únicos eram obtidos retirando-se as camas e cobrindo-se o solo do pavilhão de capim. Ali dormiam os doentes; alguns despidos, outros mal agasalhados. Ali defecavam e urinavam. Pela manhã, os empregados retiravam com pá o capim sujo e o substituíam por outro. Havia pavilhões inteiros com chão cobertos de capins, substituindo colchões e cobertores. Em meio a ratos, insetos e dejetos, até 300 pessoas dormiam sobre forragem vegetal.

Mesmo diante da criação de outras unidades de assistência, como o Instituto de Neuropsiquiatria em Belo Horizonte (atual Instituto Raul Soares), após alguns dias de observação dos casos no local, não havendo melhora, para Barbacena era destinado o grande número de encaminhamentos para internação, em que pesasse a grave superlotação.

Eram utilizados “cochos” para alimentação de pacientes: hordas se amontoavam para comer em buracos abertos no chão de cimento onde a “comida” era despejada. Como mencionado anteriormente, muitos não sobreviviam às baixas temperaturas do inverno rigoroso de Barbacena. Calcula-se que 60 mil pessoas lá morreram.

Sobre “os leitos únicos” o documento exposto no Museu da Loucura mostra que o diretor do Hospital no ano de 1959, por ofício, aconselhava o Diretor do Sanatório Raul Soares a usar o mesmo método para resolver o problema da superlotação. Segue-se a transcrição:

“Exmo Sr. Dr. Silvio Cunha.
DD. Diretor do Instituto Raul Soares (capital)
Nº 1186
Secretaria de Saúde e Assistência
Serviço de Neuro-Psiquiatria
Belo Horizonte, 19 de Junho de 1959
Senhor Diretor,

Achando-se o Hospital Colônia de Barbacena mais do que super-lotado de doentes mentais de todos os recantos do Estado, eu e o Sr. Secretário de Saúde, lembramos a V.S. até que seja concluído o nosso Instituto Raul Soares, em construção, a transformação provisória dos pisos dos quartos dos doentes indigentes desse hospital em um só leito, retirando as camas nele existentes de modo a comportar em cada um 8 a 12 internos em vez de 3 ou 4 como se encontra atualmente.

Na falta de outra alternativa não nos ocorre outra solução, a não ser a indicada, que já há bastante anos vem sendo adotada em Barbacena, desde que o hospital começou a ficar superlotado.

Saudações

José Concesso Filho
“Chefe do Departamento de Neuro-Psiquiatria.”
(ARQUIVOS DO MUSEU DA LOUCURA, CHPB)

A respeito da causa mortis, lê-se nos arquivos do museu: “diarréia, astenia geral, sífilis cerebral, anemia perniciosa e aguda, acesso de excitação maníaca, cachexia simples post diarréia verminosa ou avitaminose, ancilostomíase, frio, tristeza, abandono, fome, omissão, ignorância, repressão, falta de verbas, exclusão, preconceito, miséria, ninguém morre de loucura”.

Aos graves problemas da Colônia respondia-se com construções de novos pavilhões. Nos anos 50, foram erguidos mais dois pavilhões com capacidade para 250 pessoas cada. A inauguração deu direito a placas de bronze e denominação com nomes de políticos ilustres. Além das construções internas no Hospital, na cidade quatro clínicas particulares atendiam aos que podiam pagar pelo tratamento, fortalecendo a concepção de Barbacena como grande receptora da doença mental.

A situação de Barbacena tornou-se evidenciada publicamente através de denúncias da imprensa. Em 1961, na Revista “O Cruzeiro”, uma matéria sobre o hospital causou grande impacto nacional e revelou que, apesar de o hospital de Barbacena não ser o único no país, sua situação caótica parecia destacar-se dos demais. Com o golpe militar, houve silenciamento da imprensa, seguindo-se a manutenção do modelo hospitalar que a cada dia arrastava mais vidas.

A insatisfação do povo brasileiro com o Regime Militar e o afrouxamento da repressão que se seguiu à queda deste poder fortaleceram as inquietações dos psiquiatras mineiros diante da já antiga constatação da grave realidade dos hospitais públicos de Minas Gerais.

Foi a partir de 1979, veiculadas com a ocorrência do III Congresso Mineiro de Psiquiatria que as denúncias ganharam peso e propiciaram o início das mudanças. O grave panorama mostrava a persistência do modelo asilar com predomínio da privatização dos serviços psiquiátricos comprados pelo antigo INAMPS. Este Congresso marcou a necessidade de se deflagrar um processo político de mudanças na área de saúde mental em Minas Gerais, buscando, para tal, a mobilização de profissionais diversos, leigos, imprensa e outros.

Em janeiro de 1979, foi realizado o primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental e, em julho do mesmo ano, Belo Horizonte sediou o Seminário de Psiquiatria, Social, com a presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que visitou vários hospitais públicos. A presença de Basaglia, com uma postura marcadamente antimanicomial, foi um

marco para a psiquiatria mineira, bem como a brasileira em geral. Basaglia, em visita a Barbacena, se escandalizou e expôs a grave realidade da saúde mental brasileira, e em especial de Barbacena, a qual designou de “campo de concentração nazista”. Descreveu na época: “nesses hospitais psiquiátricos que visitei, que mais parecem campos de concentração nazista, os seus funcionários, desde os atendentes até seus diretores, todos eles, sem exceção, exercem as funções de carcereiros e torturadores.”¹²

Houve denúncia do processo de comercialização da loucura, envolvendo a rede privada. Basaglia bradou a convocação para uma luta política em favor dos direitos do portador de transtorno mental como movimento paralelo à luta democrática brasileira. Foi fundamental o papel da imprensa na retratação da realidade da assistência psiquiátrica mineira. A série de reportagens intituladas “Nos Porões da Loucura” pelo jornalista Hiram Firmino, transmitida no Jornal Estado de Minas, denunciava principalmente a rede hospitalar psiquiátrica mineira, produzindo amplo impacto na opinião pública sobre a severidade da situação. Com o documentário “Em nome da razão”, o cineasta Helvécio Raton produziu um registro marcante sobre a dura realidade do Hospital Colônia de Barbacena. Tais filmagens foram autorizadas pelo Secretário de Estado da Saúde, Eduardo Levindo Coelho, cujo ato de abertura das portas dos hospitais públicos à imprensa para as filmagens representou um importante enfrentamento às sérias resistências daquele período.

As primeiras transformações que se apresentaram após as denúncias do Congresso ocorreram no Hospital Colônia: houve proibição de transferência de pacientes do Hospital Raul Soares de Belo Horizonte para Barbacena; as crianças que se encontravam em Barbacena em meio a pacientes adultos foram transferidas para o Hospital de Neuropsiquiatria infantil; foi criada uma unidade específica para pacientes agudos com extinção de celas de contenção e quartos fortes; houve implantação de pátios mistos.

Daí seguiram-se novos acontecimentos importantes, nos quais foi sendo discutido o modelo assistencial, a política de recursos humanos e financeiros, a inclusão de novos atores nas práticas de assistência à doença mental, etc. Houve exoneração em massa dos antigos diretores e administradores dos hospitais e o antigo tratamento asilar passou a ser gradativamente substituído pelos ambulatorios. As fotos e bancos de dados sobre a realidade dos hospitais

¹² AMOR À Loucura, in JB ECOLÓGICO, Jornal do Brasil, Maio de 2007, nº 64, p. 52.

mineiros organizados durante o Congresso foram enviados para Barbacena. Em 1986, os poucos vestígios que restaram da trágica história da colônia foram apresentados em uma histórica exposição no Palácio das Artes, em Belo Horizonte. Este material compôs o acervo embrionário do atual Museu da Loucura.

Abaixo são mencionados os marcos históricos importantes, levantados no registro dos Arquivos do Museu da Loucura:

- 1900: Criada a lei estadual de Assistência aos Alienados de Minas Gerais, vinculada à Secretaria do Interior.
- 1903: Inaugurado o Azylo Central de Barbacena, no prédio do Sanatório.
- 1904: Mulheres eram admitidas em duas categorias: pensionistas (pagantes) e indigentes.
- 1911: Inauguração da Colônia em Barbacena, sob o princípio de que o alienado deveria trabalhar. A superpopulação hospitalar inviabilizou qualquer possibilidade de trabalho terapêutico.
- 1920: Criado o Instituto Raul Soares em Belo Horizonte, para controlar o grande número de internações em Barbacena, mas, posteriormente, caiu no mesmo itinerário de superlotação e cárcere.
- 1930: Religiosas passaram a viver no hospital (Governo de Getúlio Vargas).
- 1934: Asylo passou a ser Hospital Colônia de Barbacena. A construção de vários pavilhões não conseguia receber o número crescente de transferências de pacientes para Barbacena. Barbacena ganhou o estigma de “cidade dos loucos”.
- 1940: Doentes mentais, sífilíticos, tuberculosos, deficientes e marginalizados inchavam a população interna com 3.500 pacientes. O número de óbitos totalizava 700 por ano, principalmente por diarreia.
- 1951: Inauguração de mais dois pavilhões com capacidade para 500 pacientes.
- 1955: Barbacena contava com mais quatro clínicas em funcionamento.
- 1958: Ocorreu a denúncia pela imprensa sobre as péssimas condições de vida no Hospital Colônia.
- 1964: Golpe militar.
- 1966: 4.817 internos.
- 1969: As denúncias quanto às condições do hospital se intensificavam.

- 1971: Foi mostrada na TV a estrutura violenta do hospital e o alto índice de mortalidade. Foram realizados convênios com faculdades de medicina para fornecimento de cadáveres o que chocou a opinião pública.

- 1978: Criada a FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de MG).

- 1979: A falência terapêutica e estrutural do hospício foi denunciada veementemente pela imprensa através de uma série de reportagens. No Estado de Minas, o repórter Hiram Firmino lançou “Porões da Loucura”, documentário sobre o funcionamento de hospitais psiquiátricos.

. O filme “Em Nome da Razão”, do cineasta Helvécio Ratton, ilustrou a vida dentro do hospício e a decadência da Colônia de Barbacena.

. Foi organizado o III Congresso Mineiro de Psiquiatria com as presenças de Robert Castel e Franco Basaglia.

- 1980: O Hospital Colônia passou a ser chamado de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB).

. Com o apoio do Secretário da Saúde e da Direção Geral da FHEMIG, instalou-se o Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que teve início no Instituto Raul Soares, estendendo-se ao Hospital Galba Veloso, ao Centro Psicopedagógico e ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (ex-Hospital Colônia de Barbacena).

- 1987: O movimento de saúde mental em Minas Gerais adotou as teses do II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, que propunham “uma sociedade sem manicômios”. A proposta residia não somente na transformação do hospital psiquiátrico, mas na sua abolição e substituição gradativa por instâncias de assistência como ambulatórios, hospitais-dia, serviços de urgência psiquiátrica, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência, pensões protegidas, etc.

- 1989: Lançado o Projeto de Lei 3.657 (Paulo Delgado) que previa a substituição gradual dos manicômios por outras formas de tratamento.

- 1991: As áreas administrativas e assistenciais do CHPB foram reestruturadas.

- 1993: Desativado pavilhão Antonio Carlos.

- 1994: O movimento de saúde mental de Minas Gerais elaborou o Projeto de Lei 1.1802. Aprovada pela Assembléia Legislativa de Minas Gerais, a lei propunha a reintegração do portador de doenças mentais e a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

(ARQUIVOS DO MUSEU DA LOUCURA, CHPB)

Após as sucessivas denúncias, as autoridades da área de saúde abriram possibilidades de elaboração de projetos de reestruturação do hospital, o que tem conduzido o município rumo ao processo de Reforma Psiquiátrica. Em 1985, o CHPB passou por transformações físicas, visando à melhoria das condições de vida dos internos. Foi implantado o núcleo de atendimento ao alcoólatra e criados ambulatorios visando ao controle de internações. Um avanço importante foi a implementação dos módulos residenciais, seguindo o modelo cubano, em que os pacientes, anteriormente internos do hospital, passaram a habitar na comunidade, em casas espalhadas no município, com a proposta de integração social. As chamadas residências terapêuticas são um dos pilares do modelo de reforma preconizado no município, que tem se apresentado como importante ferramenta de reabilitação psicossocial aos usuários do sistema.

O CHPB atualmente encontra-se totalmente reformulado, destinado ao atendimento de um universo de 50 cidades e uma população estimada em 700 mil pessoas¹³. Conta com as seguintes formas de assistência: atendimento a pacientes que são herança histórica do processo manicomial, que são moradores do hospital, chamados “crônicos” (250 pacientes); assistência especializada a pacientes em fase aguda; hospital-dia para usuários de álcool e drogas; oficinas terapêuticas para moradores e usuários externos do CHPB; Hospital Regional para atendimento de clínica médica e cirúrgica, e serviços de urgência e emergência. As internações ocorrem através do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Municipal, que se constitui como porta de entrada e possui uma unidade para usuário em crise.

Em 1996, como resultado deste processo de reestruturação, foi inaugurado o “Museu da Loucura”, instância que se constitui como veículo de informação e apresentação da história do antigo manicômio, através da exibição de equipamentos, fotografias, documentação de dados coletados e pesquisados em todo o Estado.

Na “Revista Problemas Brasileiros”¹⁴, é descrito que o Museu da Loucura se presta a não ocultar e não silenciar a realidade através de muros. Ao contrário, é a própria instituição que apresenta ao visitante sua história. O Museu está instalado em um pequeno edifício de dois

¹³ AMOR à Loucura in JB ECOLÓGICO, Jornal do Brasil, Maio de 2007, n° 64, p. 53.

¹⁴ MARCAS de Insanidade in Revista Problemas Brasileiros disponível em www.sescsp.org.br, n° 328, Julho de 1998.

andares, no interior do CHPB, no prédio do Torreão, um dos mais característicos pontos do gigantesco conjunto arquitetônico, que abrigou o Departamento B do Hospital Colônia.

O Museu resgata alguns rastros que revelam os sofrimentos que ali ocorreram incorporados em relíquias como aparelhos de eletrochoques e lobotomia (tendo conservada a broca com que se furavam as cabeças, as agulhas e os ferros), a última cela do hospício suspensa no teto, fotos de multidões de internos nus e imundos, além de registro de documentos diversos.

Com a proposta de impedir que o passado seja esquecido, o Museu da Loucura ergue um memorial a todos os que viveram “o inferno do hospital-colônia”. O profissional responsável pela concepção e organização do museu, Edson Brandão, acredita que grande parte dos documentos do hospital tenham sido queimados. Pouco se preservou dos vestígios ilustrativos dos cem anos de segregação, a exemplo “do sumiço proposital dado a documentos que registravam dados da escravidão no Brasil”¹⁵.

As fotos e dados registrados sobre o hospital, no Museu, denotam a escassez de profissionais (um enfermeiro e um médico para cada cem pacientes) e a inexistência de recursos ocasionando uma sucessão de horrores. A ausência total de higiene era detectada nas cenas grotescas de defecação no chão dividido por todos. Alguns doentes comiam fezes que se acumulavam nos pátios. Um esgoto a céu aberto atravessava o hospício. A água que corria do esgoto era a maneira mais fácil que vários internos encontravam para aplacar a sede. O colchão coletivo de capim sobre o chão de cimento completava o panorama de descaso que resultava em mortes por diarreia, frio e fome. A vida dos internos se resumia em vagar pelos pátios, esfregando-se pelo chão e definhando na miséria até o fim de suas vidas.

Conforme abordado nos capítulos anteriores, o mito positivista de superação dos desajustes sociais pela via da ciência, articulado ao incisivo processo de desenvolvimento econômico e ao crescimento urbano, afastou a possibilidade de uma convivência sociocultural possível com a loucura. A partir das mudanças na área técnica assistencial do município de Barbacena, impulsionadas pelo processo político, a cidade tem se movimentado em direção à alternativa de proximidade com a loucura e com reversão da herança de marginalidade social que a abarcou historicamente.

¹ ⁵ MARCAS de Insanidade in Revista Problemas Brasileiros, p.2., disponível em www.sescsp.org.br, nº 328, Julho de 1998.

É assim que iniciativas locais têm se destacado no sentido de exorcizar o trágico passado, localizando paradoxalmente a cidade como referência nacional no movimento antimanicomial e como pioneira em experiências psiquiátricas inovadoras. Além da iniciativa do Museu, o município se sobressai por outras propostas socioculturais que visam à ruptura com a estigmatização e a exclusão social. Neste sentido, Barbacena revela sua face paradoxal: como um antídoto, “a cidade dos loucos” passou a liderar o movimento de desmontagem dos manicômios.

Em vez da enorme população de internos psiquiátricos, a cidade do passado comporta um dos maiores números de residências terapêuticas do país, além das mudanças no padrão de assistência em saúde mental e elaboração de intervenções socioculturais, visando à integração do portador de transtorno mental e ruptura com a marginalização.

Dentre as iniciativas, salienta-se o Festival da Loucura. Apresentado enquanto evento artístico, cultural e científico, o festival, criado em 2006, propõe espaço para manifestações e criações musicais, artísticas, teatrais, audiovisuais e de pesquisa¹⁶ como forma de atrair um público amplo e diversificado e criar um fórum social aberto para reflexão sobre a exclusão social da loucura. Tendo como bandeira a idéia libertária de que “certa dose de loucura é revitalizante da própria razão”¹⁷, o município tem organizado um festival original, ainda que rodeiem polêmicas sobre esta modalidade de abordagem que utiliza da inventividade e do humor como formas de contrapor o preconceito e o estigma da cidade dos doidos.

Idealizadores do festival, que recebe apoio e parceria interinstitucional das áreas do turismo e da saúde, afirmam que a proposta é inserir a cidade e o tema no calendário cultural do país, considerando que poucas cidades têm tantas condições de abordar a loucura como Barbacena (LOBO, 2006). Enquanto espaço democraticamente compartilhado, o Festival tem sido concebido “como estandarte de um novo enredo civilizatório, menos arrogante e excludente, generoso como carnaval de rua.” (LOBO, 2006, p.17).

Tal como o Museu da Loucura, que se destaca como importante ponto de visitação turística, a Festa das Rosas é um atraente evento do calendário anual da cidade. O projeto arquitetônico do “Memorial das Rosas” pretende a transformação do cemitério que servia ao Hospital de Barbacena, que se encontra desativado, em um espaço de homenagem às suas vítimas. Aos muitos que encerraram seus dias na imensidão física do hospício está sendo erguido

¹ ⁶ <http://www.festivaldaloucura.com.br/> acesso em 21/04/2008.

¹ ⁷ <http://www.festivaldaloucura.com.br/> acesso em 21/04/2008.

um memorial que pretende se configurar como um monumento que a um só tempo deixa registrada a tragicidade do período manicomial e ganha as cores do respeito e das rosas de Barbacena. A idéia de unir estes dois símbolos e reverter a imagem de vergonha relacionada à loucura objetiva constituir-se como um atrativo para a cidade e um manifesto contra a exclusão e o preconceito.

Enquanto alternativa de reconciliação com sua maior mácula, o Museu da Loucura representa importante instância empenhada na preservação e valorização do patrimônio histórico sobre a institucionalização da loucura em Barbacena. Atualmente é o ponto turístico mais visitado da cidade, contando com cerca de 700 registros mensais. É também atuante na integração social dos moradores do Centro Hospitalar, que são os pacientes crônicos que restaram. Estes são sobreviventes de um tempo perdido e estagnado, ainda desprovidos de elo social, prisioneiros no espaço que lhes resta, à espera do fim de seus dias. O Museu da Loucura documenta, registra e desnuda um passado carregado de cenas de sofrimento cujo memorial clama que se mantenha vivo o brado pela abolição das práticas de dilaceramento humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os primórdios das práticas de institucionalização da loucura, observou-se que existem propostas de reformulação dos métodos de abordagem e confinamento da doença mental. Assim, tais iniciativas reformistas incidiram, tanto quanto aos atos de enclausuramento nas Santas Casas, como nos primeiros anos de funcionamento do hospício, nas práticas asilares arraigadas no fortalecimento disciplinar da psiquiatria, seguindo-se até os dias atuais, nas proposições substitutivas ao modelo manicomial, pela via da Reforma Psiquiátrica. Tendo como foco a crítica das práticas vigentes, as proposições reformistas concentram-se, a cada período histórico, sucessivamente no confronto com a inoperância, as deficiências no aparato assistencial e a conseqüente irredutibilidade da doença mental.

Em artigo de 1904, Juliano Moreira exemplifica o Estado de Goiás, citando as informações do inspetor de higiene da capital que descreve a inexistência, na localidade, de asilo para alienados, naquele período, assim como de qualquer estabelecimento de caridade com função de cuidados direcionados a tais enfermos. O autor articula a baixa

freqüência de alienação nesse estado e a incidência do tratamento dos insanos em domicílio mantidos sob encargos familiares, às condições de vida patriarcal, a qual descreve como “calma e barata” (MOREIRA, 1904, p. 33).

De fato, o exame dos fatores operantes no processo de institucionalização da loucura detectou nesta pesquisa, em nível mundial e na situação brasileira, a concomitância entre a urbanização e a emergência do capitalismo industrial com a expansão dos hospícios e asilos. Em conformidade com a estruturação da comunidade urbana e o controle dos graves problemas sociais advindos deste processo, observou-se a concretização do dispositivo psiquiátrico que retira o louco da livre circulação e circunscreve-o em um espaço próprio, no qual manicômio representa expressão absoluta. A concepção da população como força produtiva e de trabalho face à incrementação da industrialização acirra a definição de anormalidade e atrela a doença mental à inutilidade e à exclusão.

Ficou clara a abordagem de pensadores crítico-sociais relativa ao conceito de “poder” inerente à teoria e práticas psiquiátricas que, operando no seio da sociedade, propendem a responder às exigências econômicas, sociais e políticas por meio de técnicas de controle e disciplinarização, donde se evidencia seu comprometimento ideológico e sua penetração profunda na vida social em diversos períodos históricos.

Especificamente na cidade de Barbacena, foi possível visualizar o crescimento das práticas manicomiais com fins de isolamento preventivo da loucura e como forma de garantir o desenvolvimento econômico impulsionado pela República, face ao contexto de importantes avanços do pólo mineiro no qual a cidade se situa. Foi detectada a expansão, no decorrer das décadas iniciais do século XX, durante o Estado Novo e a ditadura militar, das manobras de recolhimento de insanos e demais marginalizados sociais nos estabelecimentos psiquiátricos da cidade, em especial no Hospital Colônia, gerando uma situação de deficiência institucional com um saldo de superpopulação, maus tratos e mortes sem precedentes.

Foi abordado o dinamismo de construção das cidades, a formalização de determinados perfis em consonância com micropoderes institucionais que condensam e definem os signos de caracterização local. É assim que a designação, até os dias atuais, sobre a “Cidade dos Loucos” evidencia o armazenamento na memória civilizacional das

marcas do confinamento humano, ainda que a localidade esteja sendo atravessada pelo processo de Reforma Psiquiátrica, há alguns anos. Remete-se, ainda hoje, à cidade de Barbacena a possibilidade de absorver, prover a resolutividade de casos impossíveis ou finalizar o profundo mal-estar social ocasionado diante de tais presenças. Estas demandas geralmente são elaboradas por cidades próximas ou localidades mais distantes e por um grande contingente que desconhece as iniciativas locais de implementar novas formas de assistência psiquiátrica no município.

Neste sentido, foram mencionadas as iniciativas locais de destaque, que, inaugurando novos paradigmas sobre a loucura, ao lado da instauração de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, posicionam o município como referência no movimento pela Reforma Psiquiátrica. Foi situada a virada dos anos 80 como momento crucial para o início deste processo em que, gradativamente, o modelo psiquiátrico clássico vai cedendo lugar aos dispositivos comunitários e de inclusão social, promovendo formas de contraposição ao preconceito e ao estigma da cidade dos doídos.

A experiência psiquiátrica de Barbacena com todo seu aspecto paradoxal remete à reflexão sobre os impasses nos rumos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além da concentração dos recursos ainda no dispositivo psiquiátrico clássico e uma lentidão na destinação de recursos em propostas extra-hospitalares e em práticas comunitárias, é necessário repensar a concepção tradicional de abordagem à loucura que serviu de substrato para as práticas manicomiais e permanece enraizada em algumas ações que se pretendem reformistas.

Ancoradas em modelos teóricos contestadores do aparato psiquiátrico, enquanto forma de regulação social, as perspectivas da Reforma Psiquiátrica não devem se esgotar nos aspectos de racionalização e modernização técnica das práticas implantadas. Urge considerar a vastidão, a complexidade e o polimorfismo das experiências do sofrimento subjetivo e afinar-se com a postura de pôr em discussão as raízes e a estrutura da cultura manicomial, deixando em aberto o espaço de definição dos novos dispositivos a serem inaugurados. Circunscreve-se aqui o paradigma de desconstrução do saber que coloca em xeque as instituições incumbidas na proposta de atenção e tratamento, bem com as imbricações sociais da loucura.

Pressupõe-se, então, a adoção de uma abordagem biopsicossocial em contraposição ao modelo biomédico operante nas práticas clássicas de institucionalização da loucura aqui estudadas, o que implica a introdução de novos agentes e ações múltiplas que se articulam com as dimensões legislativas, econômicas, sociais, culturais e políticas.

Mediante a adoção desta lógica diversa, não convencional, a compreensão da loucura se atrela à construção de uma postura ética particular, que visa abarcar a singularidade de sua experiência. Se a vivência delirante exonera a possibilidade de o sujeito acometido pelo problema mental exprimir a sua verdade mediante o viés de uma ética racionalista, que historicamente o retirou de cena, apenas a elaboração de uma modalidade de cidadania, não subjugada ao construto da razão enquanto princípio universal, poderia abarcar o campo da alteridade. Quiçá mediante esta ética inclusiva, no universo social, de meios plurais de negociação e trocas, seja plausível vislumbrar a legitimação da diferença e a expressão de formas múltiplas de existência.

REFERÊNCIAS

AFFONSO de PAULA, R. Z. **Percalços da Industrialização: o caso de Minas Gerais**. 2001, 165 f. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, Instituto de Economia, 2001.

ALBUQUERQUE, G. **As Metáforas da Desordem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMOR À Loucura, In **JB ECOLÓGICO**. Jornal do Brasil, Maio de 2007, nº 64.

ARQUIVOS DO MUSEU DA LOUCURA – CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE BARBACENA, Barbacena, MG.

ASSIS, M. **O Alienista**. São Paulo: Editora Scipione, 1996.

ÁVILA, C. “Cidades Históricas Brasileiras: São João del-Rei”- Disponível em http://www.cidadeshistóricas.art.br/saojoaodelrei/sjdr_his_p.php05/2007.

Acesso em Agosto de 2007.

BARBACENA. Disponível em: <http://www.achetudoregião.com.br/mg/historia_barbacena-mg.htm. Acesso em Julho de 2007.

BARBACENA (Minas Gerais). Disponível em :<<http://www.pt.wikipedia.org/wiki/barbacenaminasgerais.htm>. Acesso em Outubro de 2007.

BARROS, J. M. – “O discurso da modernidade. A fundação de Belo Horizonte como marco enunciativo” In **Os Urbanitas**. Belo Horizonte: Revista de Antropologia Urbana ISSN 1806-0528, Ano 1, vol. 1, número 1, julho de 1994.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem Hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992.

BEZERRA, B. “De médico e de louco e de todo mundo um pouco – O campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta” In GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (orgs)- **Saúde e Sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: ABRASCO- IMS-UERJ, 1994.

BRANDÃO, T. **Os Alienados do Brasil**. Rio de Janeiro: Arq.bras.neuriat. Psiq., [s.n.], 1956.

CARVALHO, F. **Barbacena 100 anos de Psiquiatria**. Barbacena: Cidade de Barbacena Gráfica e Editora, 2003.

CARVALHO, J. M. de **Cidadania no Brasil – o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____, _____. “Novos conceitos em saúde mental”. In: **Society, Science and Medicine**. [S.l.]: [s.n.], Vol. 22, 1986.

CAVALCANTI, M. T. **O tear das cinzas** – um estudo sobre psicose e instituição psiquiátrica. 1992. 225 f. Dissertação de Mestrado, UFRJ/ IPUB, Rio de Janeiro, 1992.

COELHO, R. S. – “Primeira Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral no Brasil” In **Revista do Instituto Histórico Geográfico de São João del’Rei**, V. 01. Juiz de Fora: Esdeva, 1973.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil - Um Corte Ideológico**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

DELGADO, P. G. G. “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil”. In: COSTA, N.R. & TUNDIS S.A. (orgs). **Cidadania e Loucura, políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

DONNANGELO, M. C. & PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELOGIO da Loucura, Revista CARTACAPITAL , Belo Horizonte: [s.l], 12 de abril de 2006.

FESTIVAL da Loucura. Barbacena: disponível em <http://www.festivaldaloucura.com.br/> . Acesso em Abril de 2008.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____, _____. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____, _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1982.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDBERG, J. **Clinica da Psicose - um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Cora, 1994.

HISTÓRIA de Barbacena. Disponível em: <http://www.cidadebrasileira.brasilecola.com/minasgerais/historia_barbacena>. Acesso em Outubro de 2007.

LÉVI-STRAUSS, C.. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU, 1994, vol. II.

LOBO, F. Elogio da Loucura In **Revista CartaCapital**, 12 de Abril de 2006.

LOPES, J. L. A Psiquiatria e o velho hospício. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: [s.l.], 1965.

MACHADO, R. et al. **Danação da Norma – Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda., 1978.

MARCAS da insanidade. Disponível em www.secsp.org.br, nº 328, Julho de 1998. Acesso em Outubro de 2007.

MASSENA, N. **Barbacena : A terra e o Homem**. Belo Horizonte: Editora Imprensa Oficial, 1985.

MEDEIROS, T. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. 1977, 165 f. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 1977.

MELLO, C. B. de. “A noiva do trabalho- uma capital para a República” In Eliana F. Dutra (Org.). **Bh horizontes Históricos**. Belo Horizonte: BH C/Arte, 1996.

MOREIRA, J. “Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil” In: **Arquivo brasileiro de Neuriatria e Psiquiatria**. Rio de Janeiro: [s.l.] , 1903.

_____, _____. “Reformas efetuadas no Hospício de Alienados do Rio de Janeiro (1903)” In: **Imprensa Nacional**. Rio de Janeiro: [s.l.], 1904-1905.

NEIVA, E. **O que aprender com antigas catástrofes** - Comunicação, Técnica e Sociedade. São Paulo: Ática, 1996.

ORNELLAS, C. P. **O Paciente Excluído: História e Crítica das Práticas Médicas de Confinamento**. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

PAIM, I. **Tratado da Clínica Psiquiátrica**. São Paulo: Grijalbo, 1976.

PEREIRA, H. R. **O Louco no Xadrez: representações sociais da loucura em Minas Gerais no século XIX**. Barbacena: Revista anual de Saúde Mental do CHPB – FHEMIG , Ano I, Nº 1, 2003.

PESSOTTI, I. **A Loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

_____, _____. **O Século dos Manicômios**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

PONTE, C. F. da – **Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil**. 1999, 190 f. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde pública, 1999.

RESENDE, H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica” In TUNDIS, S.A. e COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil** . Petrópolis: Vozes, 1997.

RODRIGUES, L. A doença mental no Brasil – In: **Revista Brasileira de Saúde mental**. [S.l]: [s.l.], 1959-1960.

ROSA, J. G. **Contos Primeiras Estórias**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 15ª Edição, 2005.

ROTELLI, F., et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. – “Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos” In BEZERRA B.; AMARANTE P. (Orgs). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1992.

SAVASSI, A. – **Barbacena 200 Anos**. Barbacena: Editora Lemi, S.A., 1991.

SOARES, I. de A.. – **Comunicultura e Loucura** – A comunicação como paradigma da saúde mental. 2001, 198 f. Dissertação de Mestrado: Escola de Comunicação e Cultura UFRJ. Rio de Janeiro: 2001.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e interdisciplinariedade em Saúde Mental. In: **Cadernos do IPUB**. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, nº 7, 1997.