

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: HISTÓRIA CULTURAL
LINHA DE PESQUISA: IDENTIDADES, TRADIÇÕES E PROCESSOS

SIMONE CORDEIRO COSTA GUEDES

DA ARQUITETURA DA ORDEM À CARTOGRAFIA DA LOUCURA:
A história de um asilo manicomial em Cuiabá (1931-1979)

Brasília

2010

SIMONE CORDEIRO COSTA GUEDES

DA ARQUITETURA DA ORDEM À CARTOGRAFIA DA LOUCURA:
A história de um asilo manicomial em Cuiabá (1931-1979)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade de Brasília para a obtenção do título de Doutora em História.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marcia de Melo Martins Kuyumjian

Brasília

2010

SIMONE CORDEIRO COSTA GUEDES

DA ARQUITETURA DA ORDEM À CARTOGRAFIA DA LOUCURA:
A história de um asilo manicomial em Cuiabá (1931-1979)

Comissão Examinadora

Presidente e Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia de M. M. Kuyumjian

Examinadora: Dr^a Maria de Lourdes Patrini Charlon (UFRN)

Examinadora: Dr^a Maria Clementina Pereira Cunha (UNICAMP)

Examinadora: Dr^a Maria Tereza Negrão de Mello (UnB)

Examinadora: Dr^a Diva do Couto Gontijo Muniz (UnB)

Examinadora (Suplente): Dr^a Eleonora Zicari Costa de Brito (UnB)

Dedico esta tese àqueles afetos que não puderam assistir à minha alegria porque já se foram: meu pai, Carlito Cordeiro; meu sogro, Manoel Guedes; meus irmãos Ivaldete, Ivete e Carlos Eduardo e minha sobrinha Michelle, com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de desenvolver bons propósitos e de buscar o conhecimento como opção do exercício do livre arbítrio, da liberdade e da autonomia, bens maiores que a vida pode nos fruir.

Agradeço a todos os meus afetos que, aflitivamente, torceram para que eu chegasse ao final desta caminhada: ao companheiro, Carlos, e aos filhos, Flávia Priscila, Gracielle Fernanda, Carlos Gustavo e, muito carinhosamente, a Marcus Vinícius, o mais jovem de todos e que, embora advogado, ajudou-me muitíssimo nas minhas pesquisas históricas e com o seu apoio incondicional.

Agradeço também aos afetos recém-chegados, a nova geração da família, motivo de muito orgulho: Caroline, Guilherme, Gabriel, Giovanna e Lucas.

Agradeço a todos os familiares e a todos os meus amigos que, pacientemente, ouviram-me e muito se empenharam em me animar durante este trajeto.

Agradeço à minha Orientadora, Prof^a Dr^a Márcia de Mello Martins Kuyumjian, que me direcionou de maneira horizontal e democrática, possibilitando a apreensão do conhecimento sob uma nova vertente, um novo enfoque, uma nova linha temática e que, sobretudo, soube me acolher pacientemente.

Agradeço à Universidade de Brasília, que me oportunizou o aprendizado e, novamente, o enlevo pela condição de pós-graduanda.

Agradeço a todos os 15 entrevistados e colaboradores que me propiciaram a grata satisfação de ouvir, por meio de suas versões, a história vivida no Hospital Adauto Botelho (Cuiabá). Com eles, a oralidade foi uma de minhas principais fontes de pesquisa.

Agradeço à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso, que me possibilitou o afastamento das atividades como servidora pública para a realização desta qualificação profissional nos estudos de Doutorado.

O espetáculo da loucura, não só no indivíduo isolado, mas, e sobretudo, numa população de manicômio, é dos mais dolorosos e tristes espetáculos que se pode oferecer a quem ligeiramente meditar sobre ele. Dizia Catão que os sábios tiram mais ensinamentos dos loucos que estes deles. Deve ser assim, conforme quem os interpela e o tempo que o faz, mas o certo é que, à primeira vista, o ensinamento não é, como queria o orgulho romano, para melhoramento e progresso dos ajuizados; ao contrário, a primeira impressão é de abjeção para o espírito, pelo enigma que nele se põe, diante de uma misteriosa interrogação sem resposta. Onde vem isto? Que inimigo da nossa espécie é esse que se compraz em nos rebaixar?

Lima Barreto, *O Cemitério dos vivos*, 2004, p. 179.

O que para os pássaros é a muda, a época em que trocam de plumagem, a adversidade ou o infortúnio, os tempos difíceis são para nós, seres humanos. Podemos permanecer neste tempo de muda, podemos também deixá-lo como que renovados, mas de qualquer forma isto não se faz em público, é pouco divertido, e por isto convém eclipsar-se. Pois seja.

Vincent Van Gogh, *Cartas a Theo*, 1997, p.40.

RESUMO

Esta tese trata da construção do processo de institucionalização da loucura em Cuiabá, no Estado de Mato Grosso, ocorrida no início da década de 1930 do século passado. Trata também das práticas, dos discursos e da construção dos saberes sobre esse objeto, divisando a apreensão dos sentidos e dos significados constituídos. O ponto de partida para a realização deste trabalho foi a disposição de compreender o processo instituinte da cidade civilizada, pautada nos preceitos higienistas e eugênicos para a construção ideal da nação brasileira. Nessa mesma operação, visualizaram-se aqueles desvios sociais mediados pela imposição da ordem e da norma. Engendrada nessa referência, estacionava a loucura. Constituído anteriormente a um processo de saber, mas caracterizado como espaço de poder e de isolamento social, emerge o asilo manicomial, espaço adotado com a perspectiva de acolher e de assistir a loucura. Conferindo inventividade no conhecimento sobre a loucura, surge a psiquiatria, que a transforma em doença mental. Ressonâncias do discurso psiquiátrico modificaram os sentidos conferidos à loucura, e o espaço asilar institucional atribuiu a ela os seus significados. Nesse contexto, as práticas institucionais do Hospital Adauto Botelho, em Cuiabá, foram revisitadas em fontes documentais e em narrativas de vários atores que compuseram o cenário manicomial, possibilitando compreender os fatos cotidianos, as representações e os discursos que foram instaurados e consolidados por meio das práticas culturais.

Palavras-chave: Loucura. Eugenia. Poder. Saber psiquiátrico. Práticas institucionais. Cultura urbana em Cuiabá.

ABSTRACT

This thesis is about construction process of institutionalization of madness at Mato Grosso State, Cuiabá, happened in start of the decade 1930, past century. It's about the practices, the discourses and construction's knows about this object too, devising the apprehension of the senses and the significations consisted. The starting point for the realization of this work was the disposition to comprehend the instituting process of civilized city ruled in the hygienicists and eugenics precepts for ideal construction of Brazilian nation. In the same operation, were visualized those socials deviations mediated by imposition of order and norm. The madness was engendered in this reference. Formed previous one process of knowing, but characterized with space of power and social isolation, appear the mad house, space ascribed with perspective of receive and help the madness. Checking ingenuity in understanding about madness, appear the psychiatry transforming in mental illness. Resonances of psychiatric discourse changed the meanings of madness, and asylums institutional space allocated meanings to it. In this context, the institutional practices of the Adauto Botelho Hospital, Cuiabá, were revisited in documentary sources and narratives of various actors who made up the hospice setting. Thus, it was possible to comprehend daily facts, representations and discourses that were established and consolidated through cultural practices.

Keywords: Madness. Eugenic. Power. Psychiatric know. Institutional practice. Cuiabá's urban culture.

LISTA DE FONTES ORAIS

Entrevistados	Profissão	Período em que trabalhou na instituição	Datas das entrevistas
1	Guarda-Sanitário	1952-1985	11 e 17/3/2009
2	Guarda-Sanitário	1952-1986	27 e 29/4/2009
3	Ajudante de Enfermagem	1957-1967	28/3/2009
4	Costureira	1960-1992	30/3/2009
5	Cozinheira	1952-1976	08/4/2009
6	Auxiliar de Enfermagem	1967-1975	13/4/2009
7	Enfermeira	1968-1972	20/3/2009
8	Médico e Diretor	1966-1968	14 e 18/4/2009
9	Médico	1954-1975	22 e 23/4/2009
10	Administrador	1966-1971	04/5/2009
11	Usuário dos serviços	1971-1974	08/5/2009
12	Auxiliar de Enfermagem	1977-2009	28/3/2009
13	Assistente Social	1972-1976	10/5/2009
14	Médico-Psiquiatra	1975-1979	08 e 10/5/2009
15	Médico-Psiquiatra	1979-2009	12 e 14/5/2009

NOTAS: em relação à coleta dos dados:

(1) Todas as entrevistas foram realizadas na cidade de Cuiabá.

(2) Os locais das entrevistas foram as residências dos colaboradores da pesquisa, exceto quanto aos de números 12 e 15, cujas respostas foram obtidas nos ambientes de trabalho desses profissionais.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	22
CONSTRUÇÃO DA ORDEM EM PROL DA NAÇÃO SADIA	22
1.1 Civilização e medicina social	22
1.2 Disciplinando os corpos pela norma	43
CAPÍTULO II	54
A TECNOLOGIA DA ANORMALIDADE	54
2.1 Práticas discursivas sobre o louco e a loucura	54
2.2 Um lugar para a loucura no Brasil	61
2.3 Governo dos corpos	69
CAPÍTULO III	82
A HISTÓRIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM CUIABÁ	82
3.1 Da Chácara do Governo ao Asilo dos Alienados do Coxipó da Ponte.....	90
3.2 Regulamento Sanitário de 1938 e reorganização dos serviços do Asilo dos Alienados do Coxipó	116
3.3 Mato Grosso e a reformulação do Serviço Nacional de Assistência Psiquiátrica	124
3.4 Implantação dos serviços de higiene mental em Mato Grosso	129
CAPÍTULO IV	140
PRÁTICAS INSTITUCIONAIS NO TRATO COM A LOUCURA	140
4.1 Fazer emergir o seu arquivo.....	140
4.2 Procedimentos médicos, prontuários, diagnósticos e clientela assistida	153
4.3 História das vivências institucionais.....	164
4.4 Transformações movidas pelas estruturas dinâmicas do tempo	198
CONCLUSÕES	225
REFERÊNCIAS	233

INTRODUÇÃO

Acreditamos que, para a maioria das pessoas que, ao concluir um longo estudo como esse, em busca do doutoramento, apresente-se um sentimento dúbio em vias de conclusão do processo. Configura-se, por um lado, uma exaustão física e mental em torno do tempo que vai se afunilando e tornando-se exíguo diante dos prazos a serem cumpridos, e, por outro, uma sensação que permeia a intimidade, dizendo-nos como poderia ter feito mais do trabalho e melhor. Instala-se, por fim, uma certeza de que temos mais que refletir do que concluir. É possível que seja este concretamente o sentido que emerge nos indivíduos que, assim como nós, buscam incessantemente o conhecimento, tentando apreender o real, o espaço de múltiplos significantes que o pesquisador, por cuidadoso trabalho de desfiar as tramas discursivas, vai conferindo os significados.

Em uma construção analógica, esta tese tem o significado de um fruto muito aguardado, daquele que foi acalentado desde a semente e que, na sua forma final, já pronto para a degustação, deixou dúvidas quanto ao alcance da doçura esperada. Porém, por fim, o seu sabor mostrou-se intenso e, ao mesmo tempo, se fortaleceu, encetando a novas tentativas para o plantio de novas sementes, de novos frutos, de novas esperas, de novas colheitas e de muitos sabores. Este é o grande significado, enquanto for possível.

A razão motivadora para este estudo foi a ocorrência de duas mortes, por suicídio, de jovens internados em uma das unidades do Centro Integrado de Atenção Psicossocial Adauto Botelho em Cuiabá, no ano de 2005. Como profissionais do Serviço Social, havíamos atendido ambos, por um período curto, enquanto prestávamos atendimento naquela unidade institucional.

Ao nos afligirmos frente àqueles acontecimentos, decidimos que era o momento de retomarmos os estudos. Como havíamos, anteriormente a este processo, dedicado-nos a conhecer a prática de atendimento atual na saúde mental com a dissertação sobre a desinstitucionalização dos doentes mentais, resolvemos fazer o caminho inverso e inicial do decurso. Assim, com base na História, mais especificamente na linha temática da História Cultural, estudamos e compreendemos a história da construção da institucionalização dos doentes mentais em Cuiabá.

Essa área do conhecimento humano possibilita descobrir e apropriar-se do resultado da ação dos homens no tempo, com reflexos sobre o indivíduo e a sociedade. Nas instâncias alicerçadas pela História Cultural, concordamos com o que foi proposto por Chartier:

É preciso pensar em como em todas as relações, incluindo as que designamos por relações econômicas ou sociais, se organizam de acordo com lógicas que põem em jogo, em ato, os esquemas de percepção e de apreciação dos diferentes sujeitos sociais, logo, as representações constitutivas daquilo que poderá ser denominado uma 'cultura', seja esta comum ao conjunto de uma sociedade ou própria de um determinado grupo. (CHARTIER, 1990, p. 66).

Assim, a compreensão do discurso instituído no passado possibilita a percepção e a apreensão das práticas, das representações sociais, dos sentidos conferidos, infundindo um entendimento do mundo na sua significação materializada pelas práticas discursivas e, indubitavelmente, na apreensão dos seus significados. É o discurso o mote do nosso objeto, que está modelado em torno da construção do discurso sobre a ordem social em Cuiabá, na perspectiva de Foucault. Para tanto, tomaremos por referência o desencadear de fatos e as representações que se instauraram nas práticas cotidianas e culturais das instituições que foram sendo formatadas no Brasil. Na sequência, afunilaremos a análise para o caso específico de Cuiabá com todas as nuances e os desdobramentos que os acontecimentos e os conhecimentos produzidos para além das divisas do estado foram interpelando seus dirigentes e sua elite na formação de um corpo técnico especializado no tratamento da doença mental.

Ao longo dos quatro anos deste percurso de estudos e de pesquisas, muitas coisas aconteceram para além da discussão teórica do objeto de estudo e da história do asilo manicomial em Cuiabá e que muito instigou acerca do adoecimento mental: pessoas acometidas por surtos psicóticos em vários lugares como: no arquivo público da capital, nas ruas, em residências. Quando nos esquivávamos da temática por alguns momentos para cuidar do cotidiano, coincidentemente assistíamos a fatos que nos faziam refletir e retomar o fio condutor em relação ao estudo, reconduzindo-nos aos questionamentos de antes, e fomentando uma inquietude para conhecer os sentidos e os significados que excluíram a loucura do ambiente social. Todos os fatores nos sensibilizaram muito, pois esse é um fenômeno que assalta a vida humana e faz com que o indivíduo fuja de si mesmo.

O sentimento que nos toca e nos move em relação a qualquer objeto de estudo, com certeza, é a inquietação e a paixão que fomentam a busca pelo conhecimento de uma dada realidade, principalmente quando essa realidade pulsa e sussurra constantemente nas proximidades de onde estamos. Indiscutivelmente, o que ocorre para essa apreensão é um esforço que reúne boa vontade, disciplina, compromisso e muita dedicação.

Abarcados das melhores intenções, esse contínuo caminho, repisando em torno desse objetivo, torna-se solitário e penoso e, muitas vezes, silencioso. Frequentemente, o caminho é movido por um silêncio ensurdecedor que nos tira o sentido e faz com que olhemos o que o óbvio não nos deixa perceber. Afinal, os sentidos humanos também são feitos para proteger as pessoas de situações muito desagradáveis que sombreiam a visão para o que a realidade é. Controlar os sentidos que deslocam o olhar e a percepção para o lado é uma tarefa que exige persistência e força para quebrar as cristalizações e olhar fundo dentro da realidade, mas, por fim, a persistência se fez mais forte culminando e contribuindo para a prazerosa construção da narrativa.

Entre as tarefas do historiador, está a de recordar que o presente está alicerçado em milhares de heranças sedimentadas, mas que não caminham em linha reta, são marcadas por profundas contradições. Ademais, cada pessoa é um ser histórico que incorporou várias histórias, desde a mais recente e individual até a mais antiga e coletiva. Essa é a possibilidade para que os indivíduos, as instituições e a sociedade inteira sejam mais conscientes do que são e possam decidir e operar com menos cegueira¹.

O intuito de buscar no passado o vivido pelos grupos e o sentido que esses grupos fizeram e deram ao passado possibilita a consciência daquilo que somos como seres históricos, confrontando os sentidos e os significados do objeto que estudamos e impulsionando-nos a reconstruir perspectivas de atuação social e profissional. Há esperanças de que a construção de dissonantes narrativas do passado aponte um corolário mais amplo de perspectivas e de novas probabilidades no futuro.

Este estudo, que nomeamos *Da Arquitetura da ordem à cartografia da Loucura*, a história de um asilo manicomial em Cuiabá (1931-1979) visa, como objetivo, compreender a história de construção da institucionalização da loucura em Cuiabá, atentando para sentidos e significados, no período delimitado temporalmente.

Elegemos tal designação porque, ao conjugar esforços para emprendermos esta narrativa, detectamos que, conforme o significado lato da palavra “arquitetura”, indicado a arte de projetar, de construir e dar forma, a ordem no país foi sendo instituída e formatada sob os auspícios e ideais de uma nação que visava se tornar moderna e inserida aos moldes burgueses capitaneados pelo sistema capitalista. Quanto ao termo “cartografia”, este é definido como a arte e a técnica de mapeamento de uma determinada

¹ Chartier, em entrevista concedida ao Jornal *Extraclasse* do Sindicato de Professores de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, ano 12, 2007 .

superfície geográfica. A cartografia acompanha a produção dos territórios existenciais, em seus movimentos provisórios e em transformação.

Nessa medida, a cartografia da loucura na cidade de Cuiabá, inaugurada desde 1931 e sediada em área específica e estratégica, continua na tessitura de mutações, atravessando as décadas e construindo a História. O espaço institucional inaugurado em Cuiabá denominado Asilo de Alienados do Coxipó da Ponte, popularmente conhecido como a Chácara dos Loucos, foi mapeado no circuito urbano como a extensão territorial ideal a ser dotada para o recolhimento dos loucos da cidade. No final dos anos 1950, a instituição também era chamada de Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte. Porém, por meio da Lei nº 2.755, de 13/7/1967, sua denominação sofreu alteração, passando a se chamar Hospital Aduino Botelho. Algumas reformas prediais se deram, mudanças foram efetuadas nas práticas de atendimento, mas o espaço cartográfico para os loucos continuou ali definido.

Essa área de atendimento aos portadores de doença mental, disposta a partir da marcação de um território geograficamente delimitado, demarcou uma ‘reserva’ ou um espaço representado, concentrado e formatado, da sua gênese à contemporaneidade, para aqueles que precisavam passar pelo atendimento de suas patologias mentais².

Em 79 anos de assistência à loucura, a instituição que distava 6 quilômetros do centro da cidade, integra, hoje, o perímetro urbano da capital. Se, por décadas, funcionou como espaço único de atendimento para a cidade e de todo o Estado de Mato Grosso, hoje funciona como porta de entrada, sendo o espaço que coordena a rede de atenção aos usuários da Saúde Mental. Muito embora, fazendo parte da atual prática discursiva que preconiza a desinstitucionalização dos usuários e sendo o centro integrador dos novos serviços de atenção psiquiátrica, que ganharam novas geografias e espaços diferenciados para o atendimento territorial, a instituição continua a ser configurada como a referência no atendimento à problemática da doença mental em todo o Estado de Mato Grosso.

O marco cronológico inicial da pesquisa é o ano de 1931, pois assinala o momento em que as autoridades da cidade apontaram uma solução para o incômodo que a presença do louco nos espaços públicos de Cuiabá representava, perambulando à vontade pela cidade. A preocupação da sociedade cuiabana e do poder público convergiram para assegurar a medida de institucionalização de um espaço de

² O Hospital Aduino Botelho passou, na década de 1990, por reformas estruturais, administrativas e de formas de atendimento. Reinaugurado em 1993 com a nova denominação de Centro Integrado de Atenção Psicossocial Aduino Botelho, sofreu grandes transformações. Lá, foram adotadas medidas descentralizadoras de assistência e de atendimento aos usuários da saúde mental.

acolhimento para os loucos, retirando-os das ruas, da Santa Casa de Misericórdia e da Cadeia Pública. O espaço, tardiamente criado em comparação a outras localidades brasileiras, tratava-se de um espaço custodial guardado pela força pública e mantido pelo governo do estado³.

O balizamento cronológico final desta pesquisa é o ano de 1979, período que demarca a instalação de um Programa de Saúde Mental no Estado de Mato Grosso, em conformidade com medidas adotadas pelo Governo Federal, referendando a adoção de novas práticas de atendimento, traduzidas em um novo marco na assistência, na política e na história da loucura. A implementação dessas mudanças propostas pelo Estado assinalou ações descentralizadoras no intuito de capacitar médicos-generalistas em um processo de interiorização dos serviços. A perspectiva era criar estruturas de atendimento em saúde mental em cidades polos ou com maior número de habitantes, viabilizando um serviço de atendimento e de atenção nas cidades de origem dos pacientes e que minimizasse o grande fluxo de hospitalização dos doentes mentais no único e assoberbado hospital psiquiátrico da capital. Essas mudanças continuaram em um processo dinâmico, que ainda se encontra engendrado na atual conjuntura e realidade de Mato Grosso nos dias atuais.

As fontes primárias utilizadas na construção da pesquisa foram: documentos oficiais do Governo do Estado de Mato Grosso; relatórios dos interventores Federais no Estado, apresentados ao Governo Federal; mensagens dos governadores à Assembléia Legislativa de Mato Grosso; relatórios de secretários de Estado; documentos das autoridades policiais; e documentação das instituições que se encarregaram da tarefa de assistir os asilados no manicômio. Como ponto de partida, considerou-se a compreensão da declaração de Le Goff (1995, p. 45): “todo documento é produzido consciente ou inconscientemente pelas sociedades do passado, tanto para impor uma imagem deste passado, quanto para dizer a verdade”. Enquadrados nesse perfil, encontram-se os documentos produzidos em âmbito oficial do Estado de Mato Grosso.

Quando os documentos oficiais se tornaram mais raros em relação ao objeto pesquisado, foi necessário recorrer a outras fontes. Nesse sentido, periódicos locais, fontes de muita riqueza de informações, auxiliaram a captar a pedagogia desenvolvida

³ Sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, Resende (1987, p. 48-49) ressalta que, em 1841, foi inaugurado o Asilo Provisório para os alienados no Rio de Janeiro e, no ano de 1852, instituiu-se a primeira instituição manicomial do país, o Hospício Pedro II. No mesmo ano, surgiu o Hospício Provisório de Alienados no Estado de São Paulo; em 1864, em Pernambuco; em 1873, no Pará; em 1874, na Bahia; em 1884, no Rio Grande do Sul; em 1903, em Minas Gerais e no Paraná; e, em 1905, no Maranhão e no Piauí.

pelo governo e pelas elites intelectuais para o disciplinamento da população na perspectiva da cidade higienizada. Obviamente, esses periódicos apontavam caminhos para a adoção e a construção de práticas culturais definidoras de um padrão normativo de sociedade, de uma formatação de ordem geral definidora de procedimentos e de escolhas em relação aos grupos sociais excluídos, entre eles, os loucos. Nas consultas aos jornais, os registros arrolavam fatos veiculados em níveis nacional e local, traçando um paralelo dos acontecimentos em diferentes estados da Federação. Essas fontes constituíram-se, assim, fortes ramificações da grande tessitura da trama, por onde, vagarosamente, foram-se articulando os fios da composição da história. Diante da realidade de que são escassos os trabalhos relacionados à assistência e institucionalização da loucura em Cuiabá, principalmente no que se refere ao recorte temporal privilegiado nesta pesquisa, não foi possível encontrar respaldo bibliográfico farto e abrangente.

Fragments dessa história, pautados, na sua maioria, na tradição oral de pessoas envolvidas no processo de enclausuramento do louco, como representantes institucionais, foram importantes para completar o cenário com detalhes que só a vivência cotidiana domina. Referem-se à história cotidiana que não é registrada nos documentos protocolares da instituição. Estas pessoas vivenciaram o pretérito do funcionamento da instituição, desde 1950, na então chamada Chácara dos Loucos e contribuíram com depoimentos na perspectiva metodológica da História Oral, adotada segundo o entendimento de Meihy:

Como registro de experiências de pessoas vivas, expressão legítima do 'tempo presente', a história oral deve responder a um sentido de utilidade prática, pública e imediata. Isso não quer dizer que ela se esgote no momento de sua apreensão e da eventual análise das entrevistas, ou mesmo no estabelecimento de um texto. (MEIHY, 2005, p. 18).

A riqueza propiciada pelos depoimentos orais que revelaram os fragmentos do passado ampliou as percepções e as possibilidades de uma análise do contexto histórico cultural em estudo. Realizaram-se entrevistas com 15 pessoas, de diferentes profissões e que, em períodos distintos, prestaram serviços à instituição manicomial. Aos poucos, no próprio cenário institucional, obtiveram-se as informações sobre as condições de vida da antiga equipe técnica e o seu paradeiro na atualidade, assim como as possíveis formas de contato para considerações importantes para esta pesquisa. A grande maioria desses servidores já se encontra aposentado do serviço público e, naturalmente, em outra conjuntura de vida. Essa perspectiva foi referendada por Alberti:

Na História Oral, a pesquisa e a documentação estão integradas de maneira especial, uma vez que é realizando uma pesquisa, em arquivos, bibliotecas, etc, e com base em um projeto que se produzem entrevistas, que se transformarão em documentos, os quais por sua vez, serão incorporados ao conjunto de fontes para novas pesquisas. A relação da História Oral com arquivos e demais instituições de consulta a documentos é, portanto bidirecional: enquanto se obtém, das fontes já existentes, material para a pesquisa e a realização das entrevistas, estas últimas tornar-se-ão novos documentos, enriquecendo e, muitas vezes, explicando aqueles aos quais se recorreu de início. (ALBERTI, 2005, p.81)

Com esses contatos, foi possível obter um saldo primoroso e enriquecedor para esta argumentação. Disponibilizados dessa maneira, constituíram-se estrutura e suporte aos relatos das vivências institucionais nas décadas focadas neste estudo, fortalecendo a noção cartográfica aqui privilegiada. Como este estudo centrou-se no processo de institucionalização da loucura, privilegiou-se o olhar dos agentes institucionais.

Após a elaboração de um roteiro geral para as entrevistas, fomos entrando em contato com as pessoas que poderiam ser entrevistadas. Por uma lista, fomos agendando as visitas com aqueles que concordaram em dar o seu depoimento. Buscamos deixar claro a nossa perspectiva, justificamos que o roteiro da entrevista com caráter temático não se restringiria à história de vida dos nossos entrevistados e que a entrevista seria realizada com um grupo de pessoas que vivenciaram as práticas da realidade institucional. Foi explicado, a cada entrevistado, o propósito do projeto e a importância do seu depoimento na constituição da história.

O material coletado nas entrevistas foi organizado, para efeito de decurso e cronologia na narrativa, em uma ordem sequencial numérica. Os primeiros entrevistados foram os que vivenciaram o processo de atendimento aos doentes a partir dos anos 50. Seguindo a ordem, os demais entrevistados iniciaram as suas atividades institucionais em décadas posteriores, atingindo o marco temporal destes estudos, delimitado entre os anos de 1931 e 1979. Desta forma, estabelecida uma ordem e uma sequência histórica, buscamos compreender a dinâmica da história e captar a essência atribuída ao processo de institucionalização da loucura em Cuiabá.

Devido à dinâmica da entrevista, construiu-se uma relação de adesão, por parte do entrevistado, aos questionamentos, o que possibilitou reconstruir os fatos vivenciados. As informações foram comparadas entre si, levantando-se pontos convergentes e divergentes e possibilitando captar os sentidos que circularam no espaço institucional. Vale ressaltar que o nosso propósito de apreensão do conhecimento na coleta dos dados

das entrevistas, com base na metodologia da História Oral, justifica-se para o conhecimento das práticas sanitárias, institucionais e médicas no trato com a loucura no espaço institucional.

Conforme Meihy (2005) designa e relaciona os passos do pesquisador, após as várias gravações das entrevistas, ocorreu a transcrição das falas, a textualização e a transcrição das entrevistas, finalizando com uma interpretação do material produzido, de forma a sistematizar a narrativa. Optamos pela não revelação do nome dos entrevistados. Os colaboradores que nos oportunizaram, pela oralidade, a construção desta narrativa, serão indicados doravante por ordem numérica. Recordamos que, na formatação da tabela das fontes orais apresentada inicialmente, foram apontadas as funções que cada qual exerceu na instituição, bem como o período da prestação de serviços.

Assim, foram ouvidos médicos-psiquiatras, diretores do hospital, administrador, técnicos de enfermagem e enfermeiro, guardas sanitários e alguns auxiliares da equipe de trabalho em geral, como cozinheira, costureira. Os pacientes, seus familiares e habitantes das redondezas do manicômio não foram selecionadas para a entrevista por motivos de acuidade: muitos pacientes já morreram. Os que ainda puderam ser encontrados estavam em estado crônico da doença e sem condições de manter diálogo, ou abandonados por seus familiares ou premidos pelo efeito da desinstitucionalização na vida familiar e comunitária. A vizinhança não se apresentava mais a mesma do período abrangido por este estudo, e os que ainda viviam nas proximidades não se sentiam à vontade para falar sobre o assunto, alegando desconhecimento ou esquecimento. Foram, assim, poupados.

Quanto às fontes secundárias, uma vasta bibliografia da história da assistência à loucura no Brasil foi avaliada. Dela, selecionaram-se os materiais mais atinentes à pesquisa.

As práticas discursivas que emergiram dos envolvidos com o processo asilar foram clareando o entendimento sobre o solo no qual a história da loucura se construiu no Brasil e, mais especificamente, na cidade de Cuiabá. Consequentemente, a hipótese que norteia esta pesquisa aponta para a monopolização discursiva sobre a loucura coroada pela hegemonia dos poderes instituidores dessas práticas, operacionalizando, pela conjugação desses poderes, a prática da exclusão do louco pelo isolamento em retiros com propostas curativas, sob o olhar vigilante de um corpo de agentes manicomiais responsáveis por resguardar a ordem interna e favorecer o sistema de higienização da cidade pela retirada do louco dos espaços públicos. Efetivava-se o sistema de controle pelo domínio do comportamento considerado anormal.

Visando contribuir de forma mais aprimorada para a percepção da realidade do passado nesta argumentação, as fontes iconográficas contribuíram para a compreensão da realidade, uma vez que também se constituem como discurso. Decisivamente, as imagens são portadoras de sentidos, segurança esta ancorada nas palavras de Pesavento:

Como construção visual e mental, as imagens seriam portadoras de um imaginário de sentido, marcado pela historicidade da sua produção através dos tempos e de seu consumo, atendendo ao horizonte de recepção de cada época. Uma vez chegadas até nós, colocar-se-iam na nossa contemporaneidade, como uma porta de entrada para o passado e para o universo de razões e sensibilidades que mobilizavam a vida dos homens de um outro tempo (PESAVENTO, 2008, p. 106).

A materialidade das fontes iconográficas serve como elemento complementar ao texto produzido. Elas oferecem mais visibilidade ao contexto e auxiliam a elevar, ao universo da razão e da sensibilidade, a realidade que as palavras teimosamente procuram expressar apesar de todas as limitações do escrevinhador e da pertinência de vocábulos.

Estabelecer o marco temporal para um estudo torna-se quase impossível. Delimitar um recorte muito rígido, entretanto, faz-se necessário ao subsídio de conhecimentos conjunturais que fizeram parte da estrutura e do erigir desta história. As nuances e as engrenagens que compuseram as condições para a tessitura das tramas que foram analisadas a partir da década de 30 do século XX, são-lhe bem anteriores. Não se tem o propósito de avançar no tempo passado para compreender o processo da construção de manicômios, mas alguns detalhes de tempos idos servirão como referência e, sem dúvida, não poderemos nos furtar a negar a força da produção do discurso da verdade que foi contundente na articulação entre os preceitos morais e institucionais europeus e a saga brasileira que tinha, no Rio de Janeiro, sua matriz propagadora da civilidade.

Neste sentido, e como esforço de apropriação do objeto em análise, buscamos, no 1º capítulo apreender como se deu a construção da ordem em prol da nação sadia. Em uma formação social de ordem burguesa, foi necessária a instalação de um projeto nacional pautado nos ideais da nação; no cenário das cidades que se urbanizavam, na busca da ordem e do progresso pela construção de uma prática de civilidade. Na perspectiva de controle social, aliaram-se os poderes públicos, a medicina e vários setores da intelectualidade política e social, para construírem normas de comportamento para os indivíduos. Com regras sociais estabelecidas, instaurou-se a diretriz para a concepção de normal e de anormal. Ancorados em teses racistas importadas dos países

considerados desenvolvidos, tais instâncias buscavam atingir o branqueamento da raça brasileira. Os ideais eugênicos proliferaram no cenário nacional definindo, aos poucos, o modelo cultural adotado pela sociedade. No espaço social das cidades construídas sob a égide do progresso e da higiene, o discurso fundamental e dominante aceito para com os loucos e os considerados anormais era o do alijamento, e o mundo, o da exclusão social. Sob esse aspecto, é necessário estabelecer uma distinção entre o louco e a loucura: enquanto o primeiro se refere aos atos de um ser humano que perdeu a razão, o outro transfigura os atos em enunciados que legitimam a institucionalização da loucura que, com a fundamentação do discurso higienista, determinou um espaço específico para o asilamento dos seres desviantes da norma e da moral burguesa.

No 2º capítulo, visualizamos que, a partir do pensamento racionalista, inaugurou-se uma nova percepção sobre a loucura, que passou a ser vista sob a ótica da moral. A institucionalização da loucura como um dispositivo de poder possibilitou o surgimento do saber da psiquiatria, que transformou a loucura em doença mental. Demarcado pelo discurso fundamental e legitimador do asilo manicomial, emergiu e se consolidou um saber psiquiátrico no Brasil. Neste capítulo dedicamos, assim, boa parte das reflexões a diálogos e textos de Foucault no que se refere às práticas discursivas sobre o louco e a loucura; à definição de um espaço, de preferência distante daqueles de convívio social, afastado da cidade; e, mais importante, ao processo de conformação da tecnologia do poder sobre os corpos dos doentes, permitindo que se constituísse um saber e um domínio provedor de uma verdade.

No 3º capítulo, buscamos conhecer o processo de institucionalização da loucura na cidade de Cuiabá. Em uma análise histórica conjuntural das primeiras décadas do século XX no Brasil, percorremos os acontecimentos econômicos, políticos, culturais e sociais, pontuando as determinações emanadas do poder público na composição dos direitos de proteção social, assistência e saúde aos cidadãos trabalhadores e da filantropia aos desassistidos e aos desviantes das normas sociais. Assim, como ressonância do movimento nacional instituído e na tentativa de impor um ordenamento jurídico, médico e institucional, inaugurou-se um espaço específico para o atendimento e a assistência aos loucos e àqueles que compunham as fieiras da exclusão social em Cuiabá.

Quanto ao 4º capítulo, camparamos conhecer as práticas institucionais no trato com a loucura, os procedimentos médicos, os receituários, a clientela, as relações estabelecidas entre asilados, a equipe técnica e os familiares, por meio das narrativas dos colaboradores que vivenciaram a realidade manicomial. Tais depoimentos foram

separados por categorias de análise segundo o conjunto sequencial dos discursos, que formavam um grupo temático. Denominamos essas sequências de fragmentos que, ao final, totalizaram 8 campos temáticos que foram interpretados à luz da Análise do Discurso. Descreveram-se também os desdobramentos e as transformações ocorridas na assistência e no tratamento da loucura.

Finalmente, tecemos as conclusões da história que nos dispomos a narrar. Fizemos um passeio pelas representações sociais construídas sobre o asilamento e as práticas institucionais que permitiram a legitimidade de ações que se nos apresentam hoje como horrores do passado; foram moldados tendo por referência uma racionalidade e um saber que se propagava e encontrava adesão em vários lugares. O asilo ao qual nos detivemos foi um laboratório de experimentos, de relação de força, de embate político. Enquanto isso, no seu interior, vidas eram manipuladas. Não nos cabe julgar, mas saber que a modernidade foi construída a partir de medidas nem sempre civilizadas, embora fosse o termo “civilização” o mote para justificar cada ação. Acrescentamos, ainda, que não temos a pretensão de que a história do asilo manicomial de Cuiabá, contada por nós, se estabeleça como uma verdade absoluta ou como um caminho único a ser percorrido para conhecê-la. São passíveis e possíveis as construções de várias versões para encetar o mesmo objeto. Apenas esperamos que esta tese possa se constituir em uma das trilhas no caminho daqueles a quem possa interessar esta história.

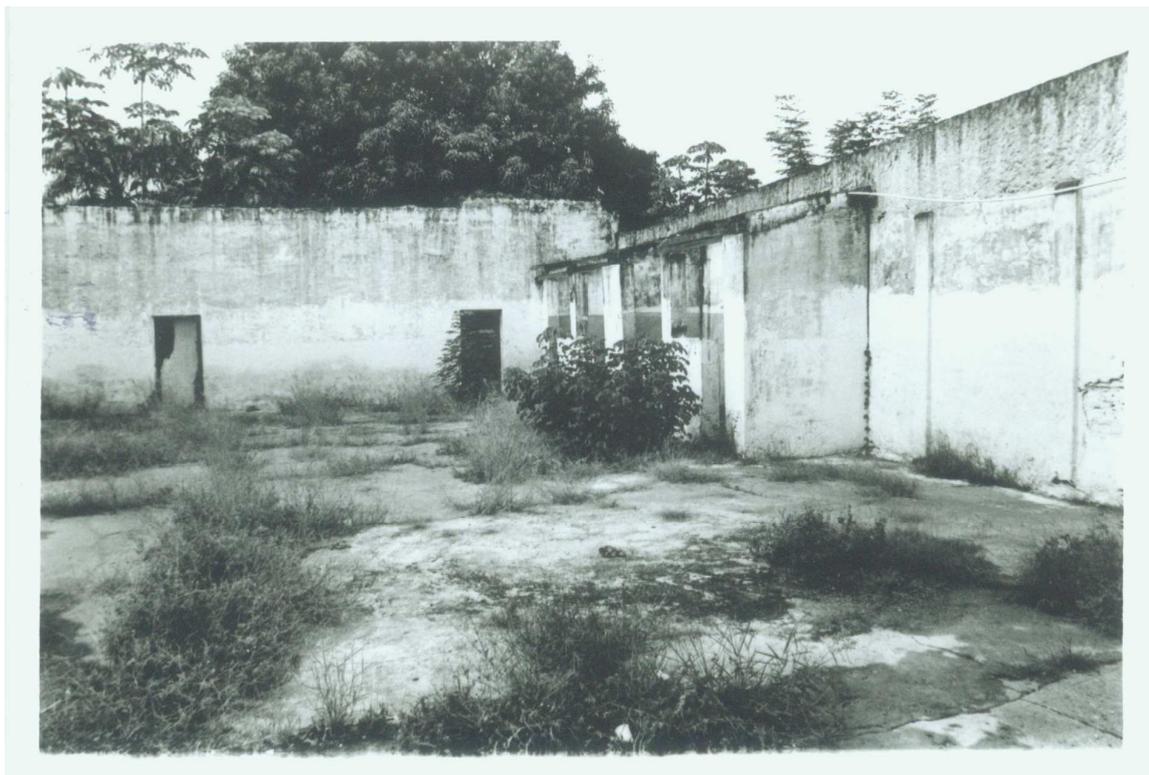


FOTO 1 – Paredes remanescentes da construção da Chácara dos Loucos, Cuiabá, 5/9/1969.
Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1969



FOTO 2 – Hospital Adauto Botelho, Cuiabá, 1975.
Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1975.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DA ORDEM EM PROL DA NAÇÃO SADIA

1.1 Civilização e medicina social

Com a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 1829, forma-se o espaço cultural da medicina brasileira. Os médicos tanto elaboraram o conteúdo da medicina social e traçaram os planos de sua implantação na sociedade, quanto defenderam o controle da formação e do exercício médico (MACHADO et al., 1978, p. 213).

A Carta Constitucional de 1824, outorgada por D. Pedro I, estabeleceu, no seu artigo 168, que se organizassem os códigos Civil e Criminal fundados nas bases sólidas da justiça e da equidade. Essa carta, outorgada, aboliu os açoites, as torturas, as marcas de ferro quente e outras penas cruéis existentes no Brasil. Recomendava que as cadeias devessem ser limpas, seguras e arejadas. Apesar dela, ainda perdurava a pena de morte. Sinalizou-se, a partir dessa carta magna, um novo padrão de dominação assentado nas leis retirando, da polícia, os atributos de estabelecê-las, de julgar e de punir. O Código Criminal, de 1830 e, posteriormente, o Código de Processo Criminal em Primeira Instância, de 1832, passaram a vigorar em concomitância com os Códigos de Postura (também chamados Termos de Bem-Viver) e as leis, apontando um novo momento da justiça penal do Brasil.

Concretizando as diretrizes anunciadas e promulgadas por D. Pedro I, previa-se a existência e a reestruturação das câmaras municipais em todas as cidades e vilas existentes no Brasil para estabelecer os limites de suas competências na esfera administrativa. Desse modo, foi repassado o encargo da higiene pública às câmaras municipais e às juntas de higiene pública.

Nesse contexto, aprovada por decreto governamental em 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, liderada por médicos formados em sua maioria na França, passou a funcionar como uma consultoria do governo nos assuntos atinentes à saúde pública. Por meio de projeto, transformou os colégios médicos-cirúrgicos, fundados no Rio de Janeiro e na Bahia, em faculdades de medicina. Em 1835, foi transformada na Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, instância especializada em opinar e em interferir nos mais diversos enfoques concernentes à saúde

no espaço urbano. Ao lado da Faculdade de Medicina, essa academia se caracterizava como instância especializada na produção de um saber destinado a viabilizar a perspectiva política de higienização do espaço urbano (ENGEL, 2004, p. 40).

Tal sociedade obteve uma vitória expressiva para alcançar os seus intentos no avanço para o poder, de forma que as sugestões que estavam contidas nos relatórios da Comissão de Salubridade, de sua autoria, foram acatadas e incorporadas ao Código de Posturas Municipais do Rio de Janeiro, promulgado pela Câmara Municipal no ano de 1832. Esses códigos constituíam-se em mecanismos de controle social, regulatórios das normas de sociabilidade nas suas mais variadas esferas. Buscavam disciplinar os comportamentos individuais que burlassem as normas de convivência social; versavam sobre as questões referentes à saúde pública, à tranquilidade e à segurança da sociedade, ao resguardo da propriedade e continham até as observações mais específicas concernentes aos costumes da população. Assim, eles refletiam o esforço do governo em adequar a vida tradicional, emergente de um sistema colonial, a um sistema do Império com uma jurisdição pautada em deveres e direitos. Buscavam incorporar as tradições e assimilar as virtudes com vistas à implantação de um processo civilizatório aos moldes do que consideravam ser uma nação. Nesse sentido, inúmeras medidas foram tomadas pelo poder público, tendo como intento a edificação de um modelo de sociedade que atendesse aos interesses das elites. Era necessário inserir, no projeto de civilidade, portanto, essa população que provocava a desordem urbana.

Os Códigos de Posturas constituíram-se, dessa forma, em um processo transformador, que compartilhava os ideais de moral e de civilidade, valorizando o trabalho e defendendo a propriedade privada. Com eles, aspirava-se atingir o embelezamento da cidade e a reformulação do espaço urbano. Intentava-se, ainda, vigiar principalmente os ociosos e turbulentos, direcionando-os na perspectiva do trabalho considerado fator de valorização e de dignidade para o homem. Com eles, segundo o que aponta Machado et al. (1978, p.182), procurava-se intervir na sociedade, em seus aspectos urbanístico, econômico e populacional .

No aspecto urbanístico, havia a preocupação caracterizada por medidas de engenharia, como a limpeza e a iluminação das ruas; a conservação de muros de prisões e de edifícios públicos; a construção de pontes, de fontes e de poços. No aspecto econômico, o governo deveria policiar e incentivar a agricultura, o comércio e a indústria. Cabia, assim, ao poder policial, extirpar os animais e os insetos devoradores da lavoura; supervisionar o abate do gado; controlar, tanto a qualidade da carne e de

qualquer outro alimento quanto à salubridade, quanto a exatidão do peso e da medida dos produtos comerciais. O terceiro aspecto das posturas referia-se à vigilância da população, implicada em uma visão de população portadora de perigo e adepta a comportamentos sociais desregrados. Assim, as câmaras municipais deveriam cuidar e tomar medidas contra os bêbados, os loucos, os vozerios nas horas de silêncio, buscando combater as obscenidades contra a moral pública e promover o bem-estar da população por meio da proteção à saúde e à educação.

Nesse sentido, os códigos não referendavam as infrações tidas como criminosas, mas regulamentavam o comportamento da parcela da população que destoava dos ideais de uma sociedade que se iniciava em um discurso na defesa do progresso e da civilidade. Os habitantes das cidades que não se adequassem aos ideais de conduta estipulados pelos padrões burgueses sofreriam sanções que poderiam ser cumpridas com o pagamento de multas ou mesmo com perda da liberdade por alguns dias.

De acordo com o que indica Pechman (2002, p.104-105), nas primeiras décadas da urbanização da Corte, o vadio e a vadiagem foram ganhando importância e se tornando a questão central na definição da ordem urbana que, mais a mais, mostrava-se vital na manutenção do sistema escravista. Enquanto foram vistos como vício e questão de ordem moral, o vício e a vadiagem foram tolerados, mas, depois de percebidos como ameaça à tranquilidade pública e sinal de subversão da ordem urbana, foram insistentemente reprimidos .

Em meio a essa conturbada situação, a Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro procurava elaborar o saber da medicina social brasileira e intervir na realidade, assessorando e criticando as medidas de higiene que, até 1850, ficaram sob o controle das câmaras municipais. Nessa época, a medicina social conferiu um sentido prático às reflexões médicas na intenção de agir sobre o corpo doente, o que significava agir sobre a cidade, ordenando-a nos padrões de higiene e saúde.

Foucault (1979, p. 90-92), ao estudar a medicina urbana da segunda metade do século XVIII na França, considerou que ela possuía, essencialmente, três grandes objetivos: a análise das regiões de amontoamento, de confusão e de perigo no espaço urbano; o controle e o estabelecimento da circulação da água e do ar; a organização das distribuições e sequências dos diferentes elementos necessários à vida comum nas cidades, como as fontes, os esgotos. Para isso, era necessário que a polícia médica esquadrinhasse a cidade, situando o fio condutor do que deveria ser realizado por uma organização de saúde da cidade. Para Foucault, a medicina urbana, com seus métodos de

vigilância e de hospitalização, era um aperfeiçoamento do esquema político de quarentena realizado nos séculos XVI e XVII.

De acordo com Chalhoub (1996, p. 25), foi a partir do momento em que se instalou a gravidade da situação higiênica na Corte, com possibilidades de comprometer a efetivação do projeto nacional pautado nos ideais da burguesia nascente, que se passou a associar as classes pobres às classes perigosas. Acrescente-se que os negros se tornaram os mais suspeitos. Essa suspeição sobre as classes pobres causava desconforto que, aos poucos, tornou-se uma ameaça para a população urbana na Corte. O “perigo” era representado pela grande afluência de homens pobres, livres, libertos, cativos ou fugitivos à cidade, que se apresentava como a primeira possibilidade de essas pessoas se tornarem trabalhadores livres. Com efeito, esses movimentos migratórios aumentavam, cada vez mais, a permanência e o fluxo da pobreza, do desemprego, da truculência e da desigualdade social na vida urbana.

Ainda segundo Chalhoub (1996), na década de 1850, as epidemias de cólera e de febre amarela que acometeram a cidade do Rio de Janeiro causaram certa desorientação e fizeram com que as autoridades públicas e os médicos tivessem enormes dificuldades em interpretar as causas desse surto e em propor medidas eficazes ao seu controle. As ações desenvolvidas pela Junta Central de Higiene, criada pelo governo, foram norteadas, tanto pelo entendimento da propagação das doenças ocasionadas pelos miasmas, quanto pela compreensão do contágio.

O convívio urbano perpassava pelo anonimato da multidão, mas as relações sociais se mantinham na esteira das preocupações com a identidade e a identificação do outro. A elite, considerando o povo sem a polidez imprescindível a esse convívio urbano, acreditava ser essencial difundir bons costumes, controlar a degeneração como fonte de desvio e de criminalidade, impingir novos valores, enquadrando não só a população, mas também os espaços sociais. Enfim, era necessário corrigir a disfunção urbana, pois o projeto civilizatório buscava estetizar o cotidiano e impor uma ordem reguladora em todas as esferas da existência. Para tanto, era mister forjar um decoro público, criando mecanismos que impusessem modelos copiáveis e que, aos poucos, remodelassem as formas de sociabilidade e de convívio, reenquadrando a população em um processo estimulador da boa moral e da docilidade dos costumes.

Da maneira como a sociedade foi se tornando complexa, surgiram, no cenário social, novos grupos e novas instituições, aumentando o padrão de ordem urbana, que acabou também por difundir-se nacionalmente. Nesse processo de formação da nova

ordem social urbana, espalharam-se pelo mundo os manuais de civilidade surgidos na Europa, visando disseminar os bons costumes condizentes com as novas formas de relacionamento que se instalava na sociedade, principalmente, nos grandes centros urbanos. Esses manuais delimitavam as maneiras corretas de comportamento com base na vestimenta, na família, no convívio social e na polidez, este último, um dos princípios fundamentais para a civilização que se modernizava. Além disso e do aparato de repressão por parte do Estado, surgiu também um mecanismo de controle social capaz de minimizar a ausência dessa produção, desenvolvendo-se o controle social por meio do autocontrole. Da mesma maneira, assegura Elias (1994, p. 195-6) que:

Toda essa reorganização dos relacionamentos humanos se fez acompanhar de correspondentes mudanças nas maneiras, na estrutura da personalidade do homem, cujo resultado provisório é nossa forma de conduta e de sentimentos civilizados [...] A teia de ações tornou-se tão complexa e extensa, o esforço necessário para comportar-se corretamente dentro dela ficou tão grande, que além do autocontrole consciente do indivíduo, um cego aparelho automático de autocontrole foi firmemente estabelecido.

Dessa forma, pelo processo de ordenação do espaço urbano, ficou-se o modelo de cidade próprio da sociedade capitalista. O Rio de Janeiro foi o espaço primeiro das grandes mudanças. Segundo Neves e Heizer (1991, p.18): “Falava-se do Rio de Janeiro como se, o que se passava nessa cidade fosse o que acontecia no país inteiro. Reduzia-se de alguma forma a imagem do Brasil ao Rio de Janeiro, e a imagem do Rio de Janeiro ao desejo de ser Paris.”

Toda a reestruturação urbanística vivenciada no Rio de Janeiro passava por obras de demolição e de reconstrução, tendendo a modelar o espaço urbano aos ideais da elite burguesa e ao combate à vadiagem. O trabalho torna-se, assim, a materialização da ordem.

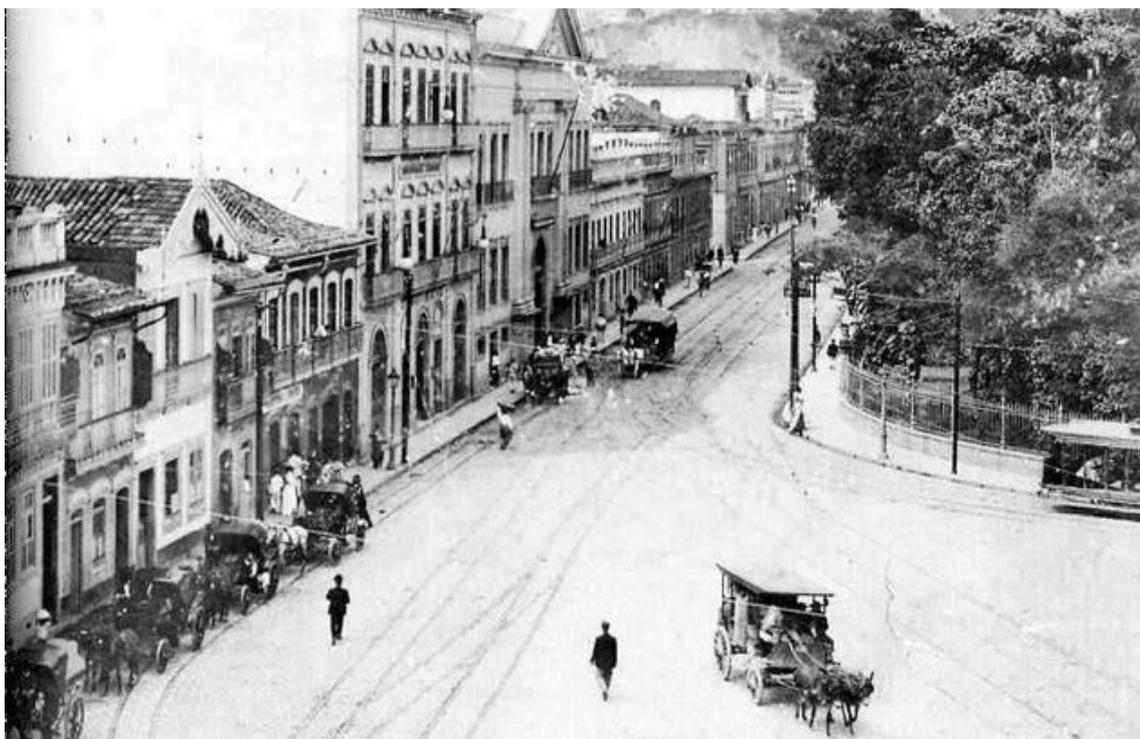


FOTO 3 – Rio de Janeiro. Passeio Público.
Fonte: MALTA, [Início do século XX]a.

O perfil social da cidade carioca foi, assim, marcado profundamente pelo descompasso entre oferta e procura de mão de obra. Apenas restava àqueles que estavam à margem do mercado de trabalho viver de expedientes, contribuindo cada vez mais para aumentar a taxa dos “desclassificados sociais”, associados, pela intelectualidade da época, a pessoas indesejáveis e perigosas (ENGEL, 2004, p. 23).

Para essa elite carioca, as classes pobres, além de trazerem problemas para a organização do trabalho e a manutenção da ordem pública, passaram também a oferecer o perigo de contágio de doenças, uma vez que seus hábitos de moradia eram nocivos à sociedade. As habitações coletivas seriam, logo, focos de irradiação de epidemias e terrenos férteis para a propagação de vícios de todos os tipos. Os cortiços significavam, tanto um problema para o controle social, quanto uma ameaça para as condições higiênicas da cidade. Nessa perspectiva, somente medidas de intervenções higiênicas seriam capazes de alcançar as exigências sanitárias requeridas pelo aumento populacional e a salubridade no espaço urbano.

A vida nas cidades provocou uma grande transformação nas relações sociais. A vivência em um aglomerado de situações e de realidades distintas trazia a sensação de que a “cidade fosse um imenso quebra-cabeças feito de peças diferenciadas, onde cada qual conhece seu lugar e se sente estrangeiro dos demais” (ROLNIK, 2004, p. 40).

Segundo o que assevera Cunha (1986, p. 40):

A metáfora médica do contágio – risco imediato, que torna a multidão em si mesma um perigo iminente – é largamente utilizada aí, a indicar a necessidade de esquadrihar, conhecer e organizar a população da cidade, definindo lugares e destinos para cada categoria, estabelecendo disciplinas e rotinas, criando regras capazes de transformar a multidão disforme e ameaçadora em um laborioso e pacífico formigueiro humano.

No discurso da elite detentora do poder, a população urbana composta por pobres, negros e toda a diversidade de tipos humanos mostrava um descompasso entre a expectativa de transformar o Rio de Janeiro em uma metrópole civilizada e voltada para o progresso e a cidade que essa elite tinha à sua frente: de aparência colonial, suja e doente. É nesse sentido que, de acordo com as considerações apontadas por Chalhoub (1996), as ideias higienistas se impunham como um discurso que apontava as saídas para o impasse apresentado pelos perigos decorrentes da barbárie e da negritude ameaçadora que se apresentava no meio urbano. Tais ideias apregoavam a moralização das massas e a regeneração das raças com base em pressupostos científicos, redimensionando a preocupação das elites brasileiras acerca da periculosidade apresentada pelas classes pobres.

As idéias de progresso, civilização e modernidade vão estar associadas à cidade, estando o imaginário da elite em plena eclosão. Esta concepção de um novo Brasil, embora variasse segundo seus proponentes, apresentava um denominador comum: a reformulação do país conforme os modelos políticos apresentados pelos republicanos norte-americanos e franceses (NEEDELL, 1993, p.23).

Ao analisar a força motivadora da difusão de hábitos visando à civilidade, Elias (1994, p.164) assevera que:

O fato de uma dada classe em fase de desenvolvimento social formar o centro de um processo, e desta forma, fornecer modelos para outras classes, e de que estes modelos sejam difundidos e aceitos por elas já pressupõe uma situação social e uma estrutura especial de sociedade como um todo, em virtude da qual a um círculo é cometida a função de criar modelos e a outro, as de difundir-los e assimilá-los.

Todos os componentes urbanos ficavam, assim, sob o controle da medicina social, e o tipo de poder que a caracterizava implicava necessariamente uma medicalização da vida social. Nesse sentido, segundo as análises empreendidas por

Machado et al. (1978, p. 262): “a reflexão médica sobre a cidade é ao mesmo tempo: analítica e sintética. Esquadrinha e totaliza”.

A campanha que tinha como ênfase a higiene propiciava um conhecimento profundo sobre as populações urbanas, definindo estratégias de controle que conduziam à elaboração de um saber sobre elas, para, então, investir com técnicas de poder sobre os tipos humanos e seus ambientes. A medicina desempenhando o poder a serviço do progresso consistia em orientar, racionalmente, a ação transformadora da sociedade para conduzi-la à civilização.

Progressivamente, durante o século XIX, a medicina desenvolverá projetos e modelos institucionais que buscam no controle de Estado uma estratégia de dominação, de controle médico do conjunto da sociedade. A medicina proporá, através de seus agentes, os médicos, uma terapia, uma resposta, uma explicação para cada situação, principalmente quando a ordem social estiver em jogo (LUZ, 1982, p. 32-3).

A medicalização da sociedade significou uma tecnologia de poder que foi capaz de controlar os indivíduos, tornando-os produtivos e inofensivos. No afã da realização de uma sociedade sadia, instituiu-se um discurso ligado ao projeto de transformação daquele que se desvia da norma, sejam quais forem as especificidades apresentadas por ele, em um ser normalizado. Porém, a diversidade de “tipos humanos” que circulava nas cidades identificava as dificuldades que se colocariam a uma ordem social excludente. Tornava-se premente, portanto, elaborar estratégias no sentido de administrar as populações que afluíam às cidades em busca das melhores condições de vida que o progresso possibilitaria. Homogeneizar foi, assim, a medida adotada para organizar essa diferença (MARQUES, 1994, p. 18).



Foto 4 – Rio de Janeiro. Mercado Popular do Rio Antigo.
Fonte: GUTIERREZ, [Final do século XIX].

Nesse contexto, iniciou-se o esquadramento social. Para essa realização, as autoridades foram obrigadas a produzir aparatos que possibilitassem o levantamento relativo de cidadãos, enquadrando-os em um sistema complexo de classificação segundo o qual seria possível conhecer suas particularidades e, conseqüentemente, agrupar, separar e hierarquizar a população, com vistas a atingir a racionalização social. A documentação e a vigilância permanentes das autoridades e de um controle social burocrático passaram a vigorar em todas as esferas da vida social, sujeitando os indivíduos às suas leis. Aqueles que se desviassem do controle, representando o perigo, seriam excluídos da ordem social.

Como o aparato de organização era uma preocupação das autoridades, obter o levantamento demográfico da população do Brasil tornou-se uma necessidade. Até o ano de 1870, conforme o olhar crítico do importante pesquisador do Império Joaquim Norberto de Souza e Silva, foram feitas 16 tentativas de levantamento demográfico sem êxito. Em 1872, conseguiu-se realizar o Grande Recenseamento Geral do Império. Diferentemente dos outros levantamentos demográficos parciais realizados, todos motivados por questões militares, fiscais ou eleitorais, o de 1872 manifestou a necessidade de se conhecer a população brasileira e de se obter uma base de dados para esquadrihar a emergente nação (SENRA, 2006, p. 23).

Esse recenseamento forneceu, pela primeira vez, um retrato do povo que constituía a nação brasileira. As categorias censitárias possibilitaram apreciar o perfil da população e das moradias, balizando questões que suscitavam medidas de intervenção e de controle social e divisando atitudes preconizadas com o ideal da nação.

Em conformidade com Machado (1978, p. 376), foi do “processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política que surgiu o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto medicalizável.”

Desde a década de 1830, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, ao realizar um diagnóstico sobre a situação dos loucos nas ruas da capital, referendava o parecer de que estes eram merecedores de confinamento para receberem tratamento e assistência, além de denunciarem as condições de insalubridade nos porões e calabouços da Santa Casa de Misericórdia, onde eram recolhidos muitos desses indivíduos acometidos por essa problemática. Solicitava às autoridades, ainda, a construção de um hospital destinado aos cuidados dos alienados enfatizando a necessidade de tratá-los conforme as teorias e as técnicas colocadas em práticas na Europa nesse período. A essa intervenção crescente da medicina no social, aliou-se um clamor geral contra o livre trânsito de loucos nas ruas da cidade. Surgiram, assim, os primeiros espaços institucionais para recolher os loucos, os desviantes das normas apregoadas por uma recém-instituída sociedade de moral burguesa que clamava pela paz e pela ordem no meio social. Para a execução desse tipo de assistência, propuseram-se requisitos como recolher, abrigar, tratar, inserindo o louco, totalitariamente, em uma instituição específica para o acolhimento de alienados.

Para a institucionalização da loucura, obedeceu-se ao seguinte esquema, segundo Foucault (1979, p.88): “o mecanismo de exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros.” Os loucos e os perigosos deveriam, dessa forma, ser colocados bem distantes da considerada boa sociedade. A loucura adquiriu ares de moléstia social e o seu atestado era submetido às opiniões e às percepções imediatas da população que a rechaçava. Os desvios comportamentais eram captados por gestos, palavras e ações exteriorizados pelos alienados.

O controle sobre a loucura dispunha ‘de uma rede comum de repressão à desordem, à mendicância e à ociosidade’. Foram enquadrados nesse rol as categorias sociais cujo modo de vida e comportamento social não

condiziam com o modelo ideal de sociedade civilizada, sendo transformados em objetos da disciplina urbana: os escravos, os agregados, os pretos, os mestiços de todos os matizes e as categorias sem trabalho definido. (RESENDE, 1987, p. 12).

Com a Proclamação da República em 1889, emergiu a necessidade de se atualizar a economia e a sociedade brasileira com o mundo capitalista mais avançado. Embalados pela ideia de modernizar o Brasil, a elite brasileira buscou o progresso na manutenção da ordem.

Segundo Bertolli Filho (2008, p.14):

A idéia de que a população constituía capital humano e a incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção de saúde coletiva levaram os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosamente planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, o “útil” da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde torna-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas estendia-se por todo o tempo e a todos os setores da sociedade.

Instituições como hospícios, prisões, hospitais, cemitérios, fábricas foram frutos do crescimento e da aglomeração das cidades e da exigência da complexidade crescente da vida social e urbana, tornando-se indispensáveis ao seu funcionamento. O esquadramento urbano projetado e executado pela medicina se completou com a análise desses espaços específicos que tinham a finalidade de alcançar algum objetivo social. A eles, os médicos chamaram de grandes estabelecimentos (MACHADO, 1978, p. 278-79).

A intervenção da higiene sobre a população e a cidade conjugada ao poder da medicina permaneceram até o final do século XIX, rumo a uma sociedade estabelecida na norma, até que surgiu um novo dispositivo que orientava a transformação da sociedade: a eugenia.

A questão biológica que trata do poder sobre a vida da espécie, da raça e dos fenômenos que abarcam as populações, desenvolveu-se, a partir do século XVII, segundo Foucault, de duas maneiras: sobre o corpo pensado como máquina – utilização máxima de seu potencial físico por mecanismos de adestramento que impõem a exaustão com docilidade fundada na disciplinas (anátomo-políticas do corpo humano); sobre o corpo-espécie, que são aqueles agentes reguladores sobre os processos biológicos: a natalidade, a longevidade, a mortalidade, a expectativa de vida (MARQUES, 1994, p. 32).

A eugenia apresentou-se como um dispositivo da tecnologia de poder e de controle social sobre a população, visando disciplinar e depurar a raça. A instalação dessa tecnologia caracterizou-se por duas faces, a anatômica e a biológica: o desempenho do corpo e os processos da vida, respectivamente.

O pensamento científico europeu e o norte-americano buscavam dar conta de explicar as evidentes desigualdades concretas entre os homens e os problemas sociais oriundos da pobreza, da miséria e da fome da classe trabalhadora. Eram teses racistas, sistematizadas e discutidas na Europa, elaboradas na segunda metade do século XIX. Elas chegaram ao Brasil por alguns precursores que exerceram uma influência enorme na intelectualidade brasileira. Essas teses se apresentavam como justificativas para o domínio branco europeu sobre as nações, demonstrando, cientificamente, que a superioridade branca era de caráter biológico. Pela constatação da Teoria das Espécies, elaborada por Charles Darwin, demonstrava-se claramente que, no mundo animal, na permanente luta pela vida, apenas os mais adaptados sobrevivem; os mais bem-equipados biologicamente têm mais chances de perpetuar a espécie na natureza. Ou seja, sobrevivem aqueles seres mais capazes na evolução biológica.

A Teoria de Darwin foi transportada para outras áreas do conhecimento em uma tentativa de explicar o comportamento humano e influenciou Augusto Comte, que criou a teoria do positivismo, a qual se pautava na lei do progresso e da evolução social. Surgiu, assim, o darwinismo social, aglutinando-se às teorias da superioridade da raça branca, fundamentando ideias de que os burgueses eram os indivíduos mais capazes, mais fortes e mais inteligentes.

O pesquisador britânico Francis Galton, primo de Charles Darwin, apropriou-se da teoria do seu primo para desenvolver um novo conhecimento. O grande objetivo de Galton era buscar a melhoria da espécie humana. Para tanto, pregava o aperfeiçoamento da espécie por meio de casamentos entre os mais bem dotados biologicamente e o desenvolvimento de programas educacionais para a reprodução de casais saudáveis.

Essas teorias ganharam eco nas análises dos intelectuais brasileiros sobre a sociedade composta por uma população tão heterogênea, de uma mescla racial composta de brancos, negros e índios. A questão era saber quais raças formavam o país e de que maneira iriam utilizar essa população para compor a construção da nação. “O mestiço, resultado do cruzamento das raças, não se apresentava como solução, mas como problema, uma vez que esse era depositário de defeitos e taras decorrentes da matriz biológica” (ORTIZ apud MARQUES, 1994, p. 33).

O desejo de transformação da raça estava ligado diretamente à formação da identidade brasileira e à vontade de desfazer a opinião negativa que pairava entre os europeus sobre a realidade da miscigenação. Além de ilustrar a preocupação da elite brasileira, a eugenia encontrou terreno fértil na conformação de uma República recém-instaurada no Brasil e de algumas cidades com um crescimento demográfico estupendo na virada do século; no processo e nos efeitos econômicos da industrialização, com a presença de diferentes nacionalidades e raças nos centros urbanos desenvolvidos, com as crescentes atividades informais e com o acúmulo dos instáveis no mercado de trabalho.

Todos esses fatores, conjugados, contribuíam negativamente para a criação de uma ordem jurídico-política contratual que se enquadrasse na lógica do mercado capitalista rumo à marcha da civilização. Embora o modelo de capitalismo que se impôs no final do século XIX no Brasil diferisse dos modelos implantados nos países europeus, percebeu-se um processo de assimilação imediata e imposta de uma nova ordem econômica internacional determinada pelo mercado mundial (LUZ, 1984, p. 17).

Para José Carvalho (1990, p. 32), a geração intelectual da Primeira República do período de 1889 a 1930 teria como tarefa a busca de uma identidade coletiva para o país, de uma base para a construção da nação. Tratava-se, na realidade, de uma busca das bases para a redefinição da República, para o estabelecimento de um governo republicano que não fosse uma caricatura de si mesmo.



Foto 5 – Rio de Janeiro. Avenida Rio Branco.
Fonte: MALTA, [Início do século XX]b.

O contingente populacional “desajustado” ao ideal da nação passou a ser objeto da violência policial e judiciária, fazendo parte dos discursos dos médicos e dos juristas que procuravam explicar a miséria dessa população com base na mistura das raças e na atuação do meio físico e social sobre eles.

Em conformidade com o que observa Marques (1994, p. 41), processou-se uma verdadeira engenharia política. Inicialmente, foram delimitados espaços de forma que cada um tivesse seu lugar definido e ocupado por um sujeito perfeitamente discernível. A diversidade de tipos humanos foi estrategicamente encaminhada pelo ordenamento da população em categorias passíveis de disciplinamento; foi oferecida prestação de assistência àqueles colocados no limite da lei, os criminosos e os loucos. Quanto aos costumes, ainda sob o reflexo da ordem escravocrata, normalmente se pautavam na violência e teimavam contra a ordem contratual. Outros dificultadores que se apresentavam eram os ambientes ou os lugares onde predominavam os instintos irrefreáveis do vício sobre a razão e a virtude, como os bares e as casas de prostituição.

Fazia-se necessário, portanto, inserir a população na perspectiva da construção da ordem civilizatória calcada no progresso e na superioridade moral dos indivíduos, ideal crescente da nação brasileira. O caráter técnico-científico desfrutado pela eugenia como a ciência do aperfeiçoamento da raça mobilizou várias forças sociais, a exemplo das instituições médicas, filantrópicas, policiais, familiares, escolares, sociais, jurídicas, médicas, assim como várias instâncias disciplinares da higiene, da filantropia higiênica e da educação. Tais instâncias qualificavam a higiene como impositora de normas para regular a vida das populações urbanas. Para tanto, ela deveria dispor de todos os dispositivos, desde a ordenação do meio ambiente até os padrões da habitação das diferentes classes sociais atingindo, por fim, a espécie.

A meta eugênica era modelar os corpos físicos, remodelando o corpo social pelo revigoramento orgânico e pela construção da consciência do cidadão. Entre as razões que justificavam a aplicação da eugenia no Brasil estavam o grande número de tarados, a superpopulação das cidades, o elevado número de desempregados nesses centros e a má divisão dos impostos. Considerava-se que, além de se buscar o saneamento do povo, também se deveria sanear o solo, posto que várias doenças eram consideradas “degeneradoras” da raça, como o impaludismo, a trypanosomiase e o álcool. As doenças tropicais eram consideradas elementos da decadência física, por isso, havia a necessidade de se eugenizar também a população dos sertões brasileiros.

O controle sobre a constituição biológica do indivíduo pelo controle de sua reprodução era o marco das propostas eugênicas. A biologia política, por meio da intelectualidade médica em um projeto de disciplinamento social, buscava regenerar os indivíduos para melhorar a sociedade, o que veio reforçar as relações médico-Estado que, há muito tempo, já haviam sido constituídas.

Estabeleceu-se, assim, uma unificação dos discursos propalados pelos eugenistas, instituindo-se uma rede discursiva que, paulatinamente, abrangia as academias médicas, as casas legislativas, as escolas, os pais de família, abarcando todos os discursos sociais. Dessa forma, a realidade social foi sendo construída e pensada pelos sujeitos disciplinares, conforme o que menciona Chartier (2002, p.73):

Uma dupla via é assim aberta: uma que pensa a construção das identidades sociais como resultado sempre de uma relação de força entre as representações impostas por aqueles que têm poder de classificar e de nomear e a definição, submetida ou resistente, que cada comunidade faz de si mesma; a outra que considera o recorte social objetivado como a tradução do crédito concedido à representação que cada grupo faz de si mesmo, portanto, à sua capacidade de fazer com que se reconheça sua existência a partir de uma exibição de unidade.

A realidade social, contraditoriamente construída pelos grupos sociais, estabeleceu uma relação de forças entre aqueles que classificam e aqueles que são classificados, gerando posições de legitimidade ou de resistência, marcando, para sempre, a existência de um grupo. Essa realidade arquitetada e formatada por um grupo social foi capaz de fazer, dos seus discursos, práticas sociais que possibilitaram sua transformação.

Nesse contexto, a medicina mental fundamentou-se em referenciais teóricos utilizados na Europa para a medicalização de setores populacionais que desenvolviam comportamentos pessoais e sociais que não condiziam com as normas da moral e da disciplina estabelecidas. Esses referenciais conjugavam-se, entre outros, com a Teoria da Degenerescência, que afirmava que os fatores etiológicos das degenerações poderiam ser causados pelas intoxicações, como o álcool, pelas influências do meio social, pelas enfermidades congênitas ou adquiridas ou pelas influências hereditárias.

Nessa análise, não era apenas o indivíduo que enlouquecia, mas a própria sociedade que estava doente. Logo, era necessário desenvolver a moralização das massas. A partir desse momento, a medicina mental passou a ter também como alvo de cuidados o indivíduo normal, dilatando as suas fronteiras e infiltrando-se na trama social pelo conceito eugênico.

Segundo Engel (1999, p. 547-563), nas questões primadas pelos psiquiatras brasileiros na construção de atitudes, de comportamentos e de valores desviantes figuravam questões como a raça, a recusa ao trabalho, o alcoolismo, a sexualidade desviada, a criminalidade e a delinquência, o fanatismo religioso e a contestação ao sistema político.

As possibilidades que a eugenia oferecia como instrumento de regeneração da saúde física, mental e moral dos indivíduos fizeram com que a psiquiatria assumisse, em seu discurso, preceitos eugênicos, associando os problemas sociais ao patrimônio hereditário. O racismo, o moralismo, a xenofobia, o antiliberalismo compunham o pensamento eugênico dos psiquiatras. Assim, os ditames dos discursos médicos acerca da institucionalização dos loucos caracterizavam-se, entre outros aspectos, pela incorporação de uma ampla variedade de temas na fixação de fronteiras que separariam a doença da saúde, o normal do patológico no âmbito dos distúrbios mentais. Altamente valorizado e decisivo na formação social burguesa, o trabalho passou a merecer uma função nuclear na terapêutica dos asilos manicomiais. Foram inauguradas, então, várias colônias agrícolas com o intuito de recuperar o cidadão portador do alienismo. O trabalho era visto como um critério de avaliação do grau da doença mental e de sua recuperação.

A sociedade brasileira passou a vivenciar o processo de “psiquiatrização” de sua cultura. Uma das consequências foi a esterilização sexual dos indivíduos doentes e a proibição da imigração de indivíduos negros ou mestiços.



Foto 6 – Médico-psiquiatra Cesare Lombroso
Fonte: MÉDICO-psiquiatra Cesare Lombroso, 2009.

O célebre médico-legista, psiquiatra e criminologista italiano, Cesare Lombroso (1836-1909) exerceu grande influência no Brasil. Seus estudos encontraram ressonâncias na psiquiatria brasileira. Considerado o fundador da Escola Positivista de Criminologia, tornou-se universalmente conhecido na área dos estudos sobre crime e loucura com sua famosa obra *Uomo Delinquente*, publicada em 1876, na qual destacou a categoria do delinquente nato. Partindo das teorias evolucionistas, desenvolveu a hipótese de que o homem criminoso era tributário de instintos primitivos que permaneciam em sua constituição biológica, e, portanto, o crime era efeito de permanências do primitivismo ancestral que, refratário à evolução, manifestava-se como uma espécie de atavismo em alguns homens contemporâneos e, primordialmente, em algumas raças inferiores.



Foto 7 – Médico Nina Rodrigues
Fonte: MÉDICO, Nina Rodrigues, 2009.

Sofrendo influência de Lombroso, o médico baiano Nina Rodrigues (1862-1906), sob a perspectiva e um olhar antropológico evolucionista social, publicou vários artigos correlacionando o negro e o mestiço às predisposições à degeneração e à doença mental.

Em 1903, aprovou-se no Brasil a Lei dos Alienados, que estabelecia o hospício como o único lugar apto a receber os loucos, cuja internação estava condicionada a um parecer médico. Além disso, essa lei previa outras medidas que regulamentavam a prática da psiquiatria no hospício e faziam dela a maior autoridade sobre o louco.

A ampliação e a divulgação do pensamento psiquiátrico aliadas aos poderes e aos interesses do Estado conduziram a criação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria em 1907. No ano de 1912, a psiquiatria tornou-se uma disciplina autônoma. Após esse período, houve um aumento significativo das instituições psiquiátricas.

A eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da psiquiatria e abranger, desta maneira, o terreno social. A nova noção justificou psiquiatricamente a expressão dos anseios culturais dos psiquiatras, que sem ela, teriam que tomar os caminhos políticos e ideológicos adequados à sua manifestação (COSTA, 2007, p.47).

Em 1917, o médico paulista Renato Kehl fundou a Sociedade Eugênica de São Paulo. Com uma série de discursos e de publicações em jornais diários, os princípios e os objetivos da eugenia foram divulgados. Em 1923, o psiquiatra Gustavo Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no Rio de Janeiro, tendo como objetivo inicial melhorar a assistência aos doentes mentais com a renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Com ela, psiquiatria e Estado mantiveram uma ação rigorosa de controle e de intervenção na sociedade.

Segue-se que só a intervenção do psiquiatra poderá restabelecer definitivamente a paz social: ‘normalizando’ as massas, patologizando as lideranças de movimento, psiquiatrizando as reivindicações, o discurso médico se atribui a autoridade suprema no equacionamento da questão social, identificada agora mais precisamente com a questão operária (CUNHA, 1986, p. 187).

De acordo com as considerações de Carvalho e Flório (2000, p. 210), para a classe política e a elite intelectual

A origem social dos trabalhadores não seria a raiz dos problemas, já que localizavam no aspecto biológico o foco de suas atenções, entendendo que havia os que eram mais aptos e saudáveis e, portanto, mais capazes de garantir a produtividade nacional. Concebiam a sociedade de forma orgânica e mecânica, como um corpo modelar, onde tudo (pessoas e atitudes) se encaixa, se ajusta para funcionar harmonicamente. Os indivíduos desconsiderados como sujeitos, parecem se tornar objetos autônomos controlados e dirigidos em seus gestos e movimentos por interesses que lhes são alheios. São também expropriados de seu próprio conhecimento, num processo produtivo que deles exige agilidade, mas também submissão.

Nesse âmbito, o alcoolismo e a sífilis eram vistos como causas da pobreza. A herança genética dos negros e a miscigenação racial, o motivo real para a desorganização social e política no Brasil. Segundo o que esclarece Cunha (1986, p. 183) isto justificaria as medidas de eugenia e da medicina social adotadas, pois:

Caberia assim, a esta nova medicina, integrando diferentes disciplinas em seu interior, uma outra proposta: ‘deixar de lado o indivíduo no que

diz respeito às suas taras e degenerações, para só considerá-lo sob o ponto de vista coletivo.’ A biologia deve andar de mãos dadas com a política. A ênfase que se atribui aos fenômenos biológicos nos processos de degradação da raça e da espécie estarão em primeiro plano, condicionados aos imperativos do ‘meio’, que teriam um papel determinante na hereditariedade: a biologia perde assim sua autonomia em relação às condições sociais e econômicas, e a medicina passa a tematizar, para além das determinações estritamente orgânicas e naturais, os vícios e venenos sociais, tais como a bebida, a sífilis, a alimentação inadequada, a moral e os costumes, as condições de trabalho e moradia, que conduziam à degeneração da espécie e ao “abastardamento” da raça.

A saúde e a educação nas décadas de 1920 e 1930 foram temas muito importantes e desencadearam expectativas de que novos padrões de estruturas mentais fossem formados e que se disciplinassem os hábitos e o caráter das classes consideradas inferiores. Nesta mesma direção, para o Dr. Renato Kehl, os objetivos da eugenia se orientariam no sentido de se conhecer os meios pelos quais se evitaria o abastardamento das raças, determinando as condições em que se perpetuaria a geração de indivíduos sãos. Tais objetivos seriam articulados em três eixos principais de atuação, conforme pontuado nas análises de Engel (1995, p.202 - 203). O primeiro seria o de promover condições favoráveis às procriações sãs pela educação eugênica. O segundo seria o de evitar a reprodução dos “homens de mal”, os degenerados, os loucos, os vagabundos e os criminosos, uma vez que defeitos físicos, morais e psíquicos poderiam ser transmitidos pela hereditariedade. O terceiro eixo de atuação compreendia um conjunto de medidas higiênicas formuladas pelos médicos e viabilizadas por leis governamentais de modo a combater os fatores disgenéticos, entre os quais, doenças como a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo.

A defesa da esterilização dos degenerados teve grande repercussão nos meios médicos de alguns países. No Brasil, o Dr. Kehl foi adepto da concepção de se esterilizar compulsória e permanentemente os degenerados. No entanto, o problema da eugeniização da espécie somente seria resolvido se se conjugassem as medidas de esterilização e os demais preceitos apregoados pela eugenia. Porém, por ausência de consenso, a prática da esterilização das raças nunca foi legalizada no Brasil.

Os eugenistas pretendiam ainda, com dispositivos jurídicos normatizadores, domesticar a sexualidade. As doenças sexualmente transmissíveis eram outro apelo dos eugenistas, para quem a sexualidade apenas era considerada responsável e aceitável depois do casamento. Incluía-se, nessa perspectiva, a manutenção da castidade e da

temperança no sexo antes do matrimônio. Além desses aspectos, a eugenia também se aliara ao esforço de recuperar o homem brasileiro como força de trabalho, buscando reverter a imagem de indolente e de ocioso (MARQUES, 1994, p. 60-80). O discurso sobre os flagelos da raça revelavam a preocupação médica com a incapacidade dos brasileiros para o trabalho produtivo. Pautados em um discurso sobre saneamento, higiene e educação, os eugenistas, camuflando um discurso de pensamento racista, conclamavam o país a fazer-se como nação.

Observa-se, portanto, que o higienismo e a eugenia, embora de proposições teóricas e períodos diferentes, aproximavam-se, congregando preocupações e metas a serem atingidos por meio de todos os recursos disponíveis. O projeto eugênico intensificou a sua intervenção nos meios sociais, escolares, profissionais com palestras radiofônicas e com artigos na imprensa comum e na imprensa especializada da área médica, em revistas, etc. Com o respaldo do governo central, os mecanismos da propaganda atingiam todos os espaços do território nacional.

De acordo com Vasconcelos (2002), a LBHM impulsionou o movimento de higiene mental e profilático do país e extrapolou a ação da psiquiatria para a cultura, com um viés explicitamente etnocêntrico. A partir da Revolução de 1930, integrantes e defensores da higiene mental lutaram pela ocupação de espaços importantes na esfera administrativa, política e legislativa do Governo Federal, influenciando de forma direta na formulação de políticas sociais voltadas principalmente para a educação higiênica e para o amparo à maternidade e à infância.

Na mesma linha, Costa (2007, p. 59 a 63) destaca que, a partir de 1931, nota-se uma clara modificação nas formas de implementação e de aplicabilidade das práticas eugênicas. Para esse autor as causas não são claras, mas ele supõe que pelo menos três acontecimentos estão na sua base. O primeiro foi a revolução política de 1930, que parece ter apoiado os psiquiatras da LBHM sobretudo em suas campanhas antialcoólicas. Este apoio ligava-se, por um lado, à vigilância policial de maneira mais severa sobre os atos dos delinquentes, dos alcoólatras e dos marginais; por outro, à criação do Departamento Nacional de Saúde, que reagrupou todos os dispositivos institucionais psiquiátricos do país, aderindo às ideias de combate ao alcoolismo. O apoio dado à LBHM pelo novo departamento suscitou, nos psiquiatras, a expectativa de estender seus métodos de higiene mental a todo o povo brasileiro, aos sadios e aos doentes.

O segundo acontecimento referiu-se à intensificação da propaganda eugênica no Brasil. Com a fundação da Comissão Central Brasileira de Eugenia em 1931, houve a

ativação e a solidificação da propaganda eugênica no país, justamente quando a psiquiatria alemã começou a propagar sua nova concepção da noção de eugenia. Ernest Rudin, o sucessor de Kraepelin, afirmava que a higiene mental no domínio da vida social era a prevenção eugênica.⁴

O terceiro acontecimento refere-se à opinião de Rudin e dos demais psiquiatras do grupo de adeptos dos ideais eugênicos que achavam que a eugenia era o princípio teórico essencial não apenas das ações de higiene mental, mas também da própria psiquiatria. O médico encarregado de assistir os doentes mentais deveria ser eugenista antes de ser psiquiatra. Sua preocupação maior deveria ser a saúde da raça, e não a saúde do indivíduo.

O acirramento da busca de prevenção promoveu mudanças nos estatutos da LBHM, e tal necessidade foi considerada uma decorrência natural dos progressos teóricos no campo da eugenia. Segundo Foucault (1987), a sociedade de normalização não se constituía apenas na generalização dos mecanismos e das instituições disciplinares de forma a recobrir todo o espaço social, mas a norma disciplinaria a vida não apenas no nível do corpo, mas no nível das populações. O poder que foi estabelecido na intersecção entre o poder sobre o corpo e o poder sobre a vida da população foi um elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

Em consonância com Foucault, Ferla (2009, p. 315) aponta que:

Daí que o Estado passasse a se ocupar dos diversos processos biológicos e populacionais: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, a habitação e a migração. No período do entre guerras o aumento populacional estava no centro das estratégias populacionais de quase todos os Estados, na esteira do desastre biológico ocasionado pela Primeira Guerra e antevisto por conta da seguinte. Aí se incluía, sem dúvida, o Brasil da era Vargas.

A prática de internamento e de isolamento de pacientes em hospitais psiquiátricos pautada em práticas eugênicas acabou por gerar um processo de exclusão social de milhares de indivíduos e de grupos por vezes amplos. Nesse contexto, destacou-se a segregação social desses elementos como política assistencial de atendimento.

⁴ Ernest Rudin, era o principal psiquiatra do Instituto Kaiser Wilhelm de Psiquiatria na Alemanha, onde alcançou o cargo de diretor. Tornou-se um dos principais arquitetos da repressão médica de Adolph Hitler com o Nazismo e foi considerado um dos mais promissores teóricos racistas da Alemanha. Rudin considerava que os alcoólatras deveriam ser segregados e somente poderiam se casar caso fossem esterilizados. Disponível em: < confira em www.fundacaomonfort.org.br>. Acesso em: 13 ago. 2009.

1.2 Disciplinando os corpos pela norma

Costa (1999) adverte que a normalização médica da família brasileira operou-se em uma estreita correspondência com o desenvolvimento urbano e a criação do Estado Nacional e que esse processo marcou o início do período joanino. Segundo esse autor:

O Estado Moderno, voltado para o desenvolvimento industrial, tinha necessidade de um controle demográfico e político da população adequado àquela finalidade. Esse controle, exercido junto às famílias, buscava disciplinar a prática anárquica da concepção e dos cuidados físicos dos filhos, além de, no caso dos pobres, prevenir as perigosas conseqüências políticas da miséria e do pauperismo. No entanto, não podia lesar as liberdades individuais, sustentáculo da ideologia liberal (COSTA,1999, p.51).

A reconversão do universo familiar foi um dos objetivos dos médico higienistas, tendendo a constituir famílias projetadas nos hábitos burgueses e na re-europeização dos costumes. No entanto, a higienização das cidades como estratégia do Estado moderno esbarrava frequentemente nos hábitos e nas condutas que repetiam a tradição familiar informada pelas práticas cotidianas desde os tempos coloniais e levava os indivíduos a não se subordinarem aos objetivos racionais e civilizatórios nos quais o governo investia com muito afinco. A preocupação era a de não ferir a liberdade individual e familiar, embora fosse uma meta transformar os hábitos. A delicadeza da situação foi trazer à tona um discurso que se filiava estrategicamente ao poder médico que oferecia melhor saúde. Este método era mais aceitável e com maior receptividade porque atuava pelo convencimento e não pela obrigatoriedade, uma vez que os métodos políticos e policialescos tendiam à truculência. O discurso do benefício atraía a clientela que, depois, era enquadrada na norma em prol de uma nova civilidade.

Ainda segundo Costa, em uma perspectiva articulada entre Estado e medicina, o dispositivo médico compensava as deficiências da lei em se fazer valer como imperativo normativo dos hábitos e costumes tonificados entre os indivíduos e suas famílias. Vários motivos justificavam a não fluidez da lei como parâmetro de consolidação da política de transformação familiar: vigoravam as violências jurídicas legais; as incursões à propriedade privada e à autonomia individual eram evitadas porque os agentes do Estado consideravam-nas desastrosas ao nacionalismo e aos interesses do próprio Estado; a legalidade jurídica mostrava-se incompetente, portanto, para introduzir-se no convívio íntimo da família; a vida privada não se deixava codificar pelo vocabulário jurídico; os

meios jurídicos legais não dispunham de agentes para manter a vigilância e o controle necessários. A pretensão política era, ao contrário, a de estabelecer uma operação ágil contínua e pouco onerosa. A aceitação e a assimilação das transformações propostas pelo Estado deveriam diluir-se nos hábitos e ainda serem satisfatórias para se perenizarem na sociedade. As famílias deveriam se sentir recompensadas e não punidas pela intervenção do Estado. A mudança deveria acenar como promessa de lucro que se estenderia às futuras gerações e à própria família, cooptando os próprios membros dessas famílias como fiscais para essa mudança.

Assim, a medicina social, ao intervir medicalizando a sociedade, introduziu mecanismos de controle que não se impuseram repressivamente, mas por meio de práticas de ação estabelecidas pela norma. Dessa forma, a medicina se inscreveu como ação positiva, transformadora e recuperadora, com objetivos normalizadores. Em relação à viabilização desse processo de intervenção da medicina na vida social, Engel (2004, p. 51) assegura que:

Foi preciso não só assegurar um poder sobre a rua, através do atrelamento ao Estado, mas também conquistar o lugar até então ocupado pelo padre na casa, através da conversão da mulher em aliada. Foi preciso, ainda, excluir da tarefa o curandeiro e o charlatão, já que somente ao saber científico, único legítimo, caberia cumpri-la.

A medicina passou, portanto, a atuar diretamente no interior das famílias, difundindo a nova norma familiar e efetuando a incorporação de práticas higiênicas e sociais. Assim, constituiu-se um discurso sobre todas as instâncias da vida, invadindo a esfera das relações pessoais para moldá-las em acórdância com os propósitos da ordem e da disciplina urbana, ressaltando-se, sempre condizentes à norma e à moral burguesas. A ação da norma terapêutica educativa sobre as famílias extravasou as esferas da saúde individual para o perfil sanitário da família, modificando, inevitavelmente, a feição social da família brasileira.

Desenvolvendo uma nova moral da vida e do corpo, a medicina contornou as vicissitudes da lei, classificando as condutas lesa-Estado como antinaturais e anormais. Todo o trabalho de persuasão higiênica desenvolvido no século XIX vai ser montado sobre a idéia de que a saúde e a prosperidade da família dependem de sua sujeição ao Estado (COSTA, 1999, p. 63).

O autor reitera que a ação da norma educativo-terapêutica não se fez pela inculcação ideológica, filosófica ou política que levou os indivíduos a mudarem suas visões de mundo. A normalização das condutas se operou em outro nível, com a polarização da consciência dos indivíduos sobre os objetos parciais de suas existências socioemocionais. Assim, a norma se implantou e passou a agir.

A política higiênica apregoada para a transformação e a conversão do universo da família à ordem urbana foi um dos objetivos fundamentais da medicina social. Os higienistas utilizaram-se de diferentes estratégias e em diferentes momentos para a intervenção na vida privada da família. Um dos elementos dessa produção discursiva foi a necessidade de adaptação da família ao modo capitalista de produção, em face das necessidades políticas e econômicas de adequação da produção dos sujeitos produtivos adaptados para a nova ordem burguesa. O dispositivo de poder constituído pela higiene, que se ordenava pela norma, regulou os comportamentos sociais e as condutas dos indivíduos e das famílias não de forma repressiva, mas por meio de práticas de ação que a tudo normatizaram.

Foucault (1987, p. 153-4) percebeu esta tendência ao analisar o poder da disciplinarização nos séculos XVII e XVIII como uma eficaz fórmula de dominação.

Aparece através das disciplinas o poder da Norma. [...] Digamos antes que, desde o século XVIII ele veio unir-se a outros poderes obrigando-os a novas delimitações; o da Lei, o da palavra e do texto, o da Tradição. O Normal se estabelece como princípio de coerção no ensino, com a instauração de uma educação estandardizada e a criação das escolas normais; estabelece-se no esforço para organizar um corpo médico e um quadro hospitalar da nação capazes de fazer funcionar normas gerais de saúde; estabelece-se na regularização dos processos e dos produtos industriais. Tal como a vigilância e junto com ela, a regulamentação é um dos grandes instrumentos de poder no fim da era clássica. As marcas que significavam status, privilégios, filiações, tendem a ser substituídas ou pelo menos acrescidas de um conjunto de graus de normalidade, que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que têm em si mesmos um papel de classificação, de hierarquização e de distribuição de lugares.

O autor esclarece que as sociedades modernas não são simplesmente sociedades de disciplinarização, mas de normalização, em que o poder de padronização obriga à homogeneização, mas, ao mesmo tempo, individualiza, permitindo e induzindo cada indivíduo a mostrar os desvios. O dispositivo disciplinar determina e induz a níveis desejáveis de comportamento, fixa as especialidades e faz funcionar a regra por um sistema formal. A disciplina compara, diferencia, hierarquiza, homogeneiza e exclui as

diferenças, ajustando-as umas às outras. O poder da norma funciona dentro de uma igualdade formal, contudo, a homogeneidade, que é a regra, introduz como imperativo útil e resultado de uma medida, gradações nas diferenças individuais. Nessa equalização das multiplicidades impostas pela norma, surge o padrão de normalidade. Todo o seu contrário é tomado como anormalidade.

Foucault (1987, p.62) diz que:

A norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte a norma é portadora de uma pretensão ao poder [...] é um elemento a partir do qual certo exercício do poder se acha fundado e legitimado [...] a norma traz consigo ao mesmo tempo um princípio de qualificação e um princípio de correção. A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo.

Na idealização de uma sociedade sadia, foi-se instituindo um discurso ligado ao projeto de transformação daquele que se desvia da norma e, paulatinamente, consolidando o projeto do ser normalizado. Todos os sujeitos com funções e atos ordenados iriam colaborar no processo constituído pela modernidade.

Na leitura que Castro (2009, p.310) faz de Foucault, ele identifica cinco diferenças fundamentais estabelecidas pelo filósofo entre norma e lei. Em primeiro lugar, a norma refere-se aos atos e às condutas dos indivíduos a um domínio que é, ao mesmo tempo, um campo de comparação, de diferenciação e de regra a seguir; a lei, por sua vez, refere as condutas individuais a um corpus de códigos e de textos. A segunda diferença é que a norma distingue os indivíduos em relação a esse domínio, considerado como um optimum que deve ser alcançado; a lei especifica os atos individuais desde o ponto de vista dos códigos. Na terceira diferença, a norma mede em termos quantitativos e hierarquiza em termos de valor a capacidade dos indivíduos; a lei, no entanto, qualifica os atos individuais como permitidos ou proibidos. A quarta diferença refere-se à norma que, pela valorização das condutas, impõe uma conformidade que se deve alcançar, homogeneizar, enquanto que a lei, pela separação entre o permitido e o proibido, busca a condenação. E, finalmente, na quinta diferença, a norma traça a fronteira do que lhe é exterior, a anormalidade; a lei, por seu turno, não tem exterior; as condutas são simplesmente aceitáveis ou condenáveis, mas sempre dentro da lei.

Ao definir a norma como caráter produtivo, Foucault não se confundiu com o princípio de lícito e ilícito e nem com um dispositivo de mera repressão. O elemento da

norma encontra-se fundado e legitimado no poder. A norma define a existência de algo tomado como normal ou ideal. Refere-se também aos atos e atitudes dos indivíduos em relação a um domínio que é, ao mesmo tempo, um campo de comparação, de diferenciação e de regra a seguir. A sociedade moderna procurou tornar hegemônico o modelo ideologicamente construído como normal. Com base no desejo de se esquadriñar o que é normal, criou-se a categoria da anormalidade, o contraponto, ou o antagonismo da figura do normal. Foi nas distinções criadas entre normal e anormal que se tomou o normal como referência.

Na perspectiva da construção da ordem e da civilidade, o indivíduo normal definia-se como o que se adequava aos princípios delimitados pela inserção emergente no mundo capitalista. A imagem ideal ou normal perpassava pela valorização de um corpo robusto e saudável, harmonizado na viabilização do projeto de higienização das relações familiares, denotando um cidadão em equilíbrio, sem inclinações aos vícios, à devassidão e à perversão moral. Frente à necessidade premente de constituir mão de obra geradora de riquezas para o país, estimulava-se o orgulho de ser um trabalhador produtivo, hábil e útil à sociedade.

Na instauração da norma, o poder disciplinar desenvolvido pela medicina generalizou-se em ampla rede de instituições também disciplinares, nos setores sociais mais importantes e produtivos, de onde se espalhou, alcançando outros grupos sociais que se tornaram passíveis de controle e, mais importante, também se tornando núcleos de controle. A normatização fez com que houvesse uma duplicação de sentidos do poder disciplinar. Os indivíduos se tornaram sujeitos de poder e submissos ao poder. Foi possível constituir-se uma nova ordem jurídico-política contratual, com grupos sociais sólidos e estáveis, dispostos a aceitar a lógica do mercado.

Com a internalização do poder disciplinar pela instauração da norma, foi possível fabricar indivíduos mais úteis e produtivos à sociedade. A esse saber do corpo e a esse controle das forças para a sujeição dos indivíduos, Foucault define que se constituiu uma tecnologia política do corpo, em que não há a intenção de se apropriar dos corpos dominados, mas, sim, da ideologia que norteia os valores a que se prestam.

O estudo dessa microfísica supõe que o poder nela exercido não seja concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, que seus efeitos de dominação não sejam atribuídos a uma “apropriação”, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos; que se desvende nele antes uma rede de relações sempre tensas, sempre em atividade, que um privilégio que se pudesse deter; que lhe seja dado

como modelo antes a batalha perpétua que o contrato que faz uma cessão ou a conquista que se apodera de um domínio. [...] que esse poder se exerce mais que se possui, que não é o “privilegio” adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas - efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados (FOUCAULT, 1987, p. 26).

Sobre os discursos e sentidos atribuídos ao indivíduo normal e o considerado anormal, Foucault (2002) desenvolveu uma genealogia da anormalidade, com a qual descreve como se constitui o domínio da anomalia nas sociedades. O conceito de anormalidade foi visto por ele como uma forma de normalizar as diferenças. Ele considerou três elementos na junção dos anormais: os monstros humanos, os incorrigíveis e os onanistas.

A primeira das figuras, o monstro humano, é essencialmente uma noção jurídica: o que o define é o fato de ele violar as leis da sociedade e as leis da natureza. O campo de aparecimento do monstro humano é domínio do jurídico-biológico. Encontra-se presente em toda a problemática da anormalidade guiando as técnicas médicas e judiciárias do final do século XVIII e todo o século XIX. O monstro é o modelo ampliado, a forma desenvolvida pelos próprios jogos da natureza de todas as pequenas irregularidades possíveis. Para Foucault, o monstro é o grande modelo de todas as discrepâncias. Descobrir qual o fundo de monstruosidade que existe por trás das pequenas anomalias e desvios é o problema que perpassa todo o século XIX.

O segundo elemento citado por Foucault no rol da anormalidade – o incorrigível – é o indivíduo a ser corrigido. É um tipo muito comum, logo, sendo um fenômeno frequente, é considerado, de certo modo, regular na sua irregularidade. Na medida em que é próximo da regra, é sempre difícil determiná-lo. O quadro de referência desse indivíduo é a família em si mesma, em seu exercício de poder interno e na sua economia, a família e seu entorno ou suas relações com instituições vizinhas. Enquanto o monstro é sempre uma exceção, o indivíduo a ser corrigido é um fenômeno que, na medida em que fracassaram todas as técnicas, todos os procedimentos, todos os investimentos familiares e corriqueiros de educação pelos quais se pode ter tentado corrigi-lo, demanda a criação de tecnologias para sua reeducação. O que define esse elemento é que ele é incorrigível. O eixo esboçado entre a corrigibilidade e o incorrigível vai servir de suporte às instituições de reclusão voltadas à correção e normalização de indivíduos indesejáveis e que demonstram sua alteridade no convívio em sociedade. Posteriormente, foram

surgindo, em meio aos domínios disciplinares, as instituições específicas para abrigar os anormais do século XIX.

O terceiro elemento anormal é o onanista ou masturbador, figura nova do século XIX e cujo campo de aparecimento é a família. O seu contexto de referência é o quarto, a cama, o corpo; tendo a vigilância constante dos pais, dos irmãos, tomadores de conta imediatos e o médico, enfim, toda uma espécie de microcélula em torno do indivíduo e de seu corpo. Este elemento não é excepcional como o monstro, nem frequente como um indivíduo a se corrigir, mas ele aparece como um indivíduo quase universal, porque a masturbação é um segredo compartilhado por todos e não partilhado por ninguém.

Essas três figuras apontadas por Foucault (1987) aparecem distintas e separadas nas sociedades do ocidente até o final do século XIII e início do XIX, mas passam a se sobrepor, possibilitando o surgimento do que ele denomina de “tecnologia da anormalidade”. O anormal torna-se o descendente dessas três categorias, herdando, nas práticas médicas, institucionais e judiciárias, a monstruosidade, a incorrigibilidade e os efeitos das práticas da masturbação.

O ideal da civilidade na convivência social e no cenário urbano buscava a perfeição como estratégia para alcançar o progresso. Para higienizar a cidade e colocá-la em consonância com os ideais de progresso, fazia-se necessário isolar os que não se adequavam às normas apregoadas aos princípios civilizatórios. Os indivíduos considerados anormais e que destoavam dessa lógica da racionalidade moderna começaram a serem identificados como seres desviantes.

O produto histórico de todas as transformações societárias vivenciadas pela mudança de comportamento social e econômico atrelado à noção de produtividade, instaurado pela norma, fez com que houvesse a necessidade de separar e distribuir os indivíduos normais e os anormais. No exercício desse controle social, foi imperativo realizar uma identificação dos comportamentos dos indivíduos.

Segundo a definição de Hall:

Fixar uma determinada identidade como a norma é uma das formas privilegiadas de hierarquização das identidades e diferenças. A normalização é um dos processos mais sutis pelos quais o poder se manifesta no campo da identidade e da diferença. Normalizar significa eleger - arbitrariamente - uma identidade específica como o parâmetro em relação ao qual as outras identidades são avaliadas e hierarquizadas. Normalizar significa atribuir a essa identidade todas as características positivas possíveis, em relação às quais as outras identidades só podem ser avaliadas de forma negativa. A identidade norma “é natural”, desejável, única (HALL, 2000, p.83).

No campo da identidade e da diferença, a normalização foi um processo de manifestação de poder sobre os corpos anormais. Foi por meio da estatística, uma invenção da modernidade, que se tornou possível distribuir e separar os indivíduos normais e os considerados anormais. Os dados estatísticos, a distribuição e a classificação dos indivíduos instituíram-se em um fato recorrente na história da humanidade. Desde a Roma Antiga, já existia o recenseamento dos cidadãos, conforme os escritos da Bíblia. Entretanto, o termo “estatística” surgiu a partir do século XVIII. Afirma-se que essa palavra tem origem em “Estado” (do latim status), uma vez que o termo foi utilizado largamente pelos homens do Estado (os políticos) e pelo próprio Estado. De acordo com Foucault (apud Traversini; Bello, 2009, p. 138), a estatística surgiu como dispositivo biopolítico de controle da população por parte do Estado, derivando, daí, o seu nome.

A estatística foi definida inicialmente como sendo o estudo quantitativo de certos fenômenos sociais destinados à informação dos homens de Estado. Depois, a estatística evoluiu, passando para uma fase analítica dos dados. Finalmente, na sua terceira fase, adentrou à estatística aplicada. O conhecimento estatístico surgiu pela necessidade de se conhecer, classificar e distribuir os sujeitos. A sistematização e a classificação era uma imposição iluminista. Os movimentos ligados às classificações científicas tomaram corpo no século XVIII e adentraram o século XIX.

No Brasil, desde o período colonial, a estatística foi utilizada nos levantamentos demográficos. A princípio, traduzia um objetivo militar e estratégico, mas o censo permitia visualizar as condições para a governabilidade de um império de dimensões continentais. Conforme o que nos indica Senra (2006, p. 341), o Brasil foi um dos países participantes do 8º Congresso Internacional de Estatísticas realizado em São Petersburgo em 1872, no qual recebeu a recomendação de inserir a classificação e a contagem dos indivíduos portadores de defeitos físicos como uma categoria censitária dos recenseamentos a se realizarem. Quando da realização do grande Recenseamento Geral do Brasil de 1872, apoiou-se essa determinação referendada no Congresso de São Petersburgo e pôde-se contabilizar o número dos brasileiros e estrangeiros existentes no país portadores de defeitos físicos. Nos itens definidos e agrupados no questionário do censo, que definiam a classificação desses indivíduos deficientes, apareciam as identificações dos cegos, dos surdos-mudos, dos que portavam anomalias ou deformidades físicas e daqueles que apresentavam alienação mental e demência.

Nesse censo, para a definição e o enquadramento de indivíduos nas categorias destacadas como a de portadores de defeitos físicos, eram dispensadas perguntas, pois os defeitos físicos eram captados pelo olhar e pela percepção do agente recenseador (SENRA, 2006, p. 372).

O levantamento demográfico ilustrava a preocupação dos governos em relação à população no sentido de esquadriñar para conhecer, prever para prover. No Brasil, o Recenseamento de 1872 possibilitou obter uma base de dados e esquadriñar a emergente nação fornecendo, pela primeira vez, um retrato do povo que a constituía.

Segundo as afirmações de Oliveira (2003, p. 16), a preocupação com a enumeração dos deficientes físicos e mentais evocava as antigas Leis dos Pobres inglesas, que previam assistência pública para os pobres que não podiam trabalhar. O destaque dado no censo às pessoas portadoras de deficiência sugeria a responsabilidade do Estado frente àquelas pessoas, vistas como incapazes para o trabalho. Reforçando essa hipótese, era ampla e diversificada a esfera de atuação do Ministério dos Negócios do Império, ao qual se subordinavam as áreas de educação, de saúde e de cultos. Sob o seu comando estavam, entre outros órgãos, as faculdades de medicina e de engenharia e a Diretoria-Geral de Estatística, bem como, e significativamente, o Instituto de Surdos-Mudos e o Instituto de Meninos Cegos. Ressalte-se que a educação, a religião, a elaboração de estatísticas e a assistência aos deficientes faziam parte dos negócios do Estado.

A divisão em categorias binárias opostas, o normal e o anormal, produziu a separação dos seres humanos na sociedade. Os anormais, agrupados nas suas classificações, passaram a ocupar uma rede de instituições totais que, aos poucos, foram se inaugurando para dar, a cada um desses indivíduos, um tipo de desvio. Esses grupos sociais problemáticos e desviantes foram segregados, assistidos e atendidos em suas peculiaridades por instituições específicas.

Classificados conforme sua alteridade, os indivíduos cegos, surdos, mudos, paralíticos, deficientes mentais, epiléticos, sifilíticos, loucos, alcoólatras, degenerados, criminosos, vadios, mendigos, idosos e crianças em estado de abandono foram segregados socialmente. Os espaços em que foram assistidos e, gradativamente, incluídos para serem excluídos do convívio social, foram os internatos infantis e juvenis, os abrigos para vadios e mendigos, os hospícios, os presídios, as colônias agrícolas e os manicômios judiciários.

Frente aos diferentes grupos humanos, ficou estabelecido o poder da norma, justificando o discurso das práticas de normalização sobre os corpos anormais e consolidando o processo de institucionalização dos diferentes.

Pelo exposto, a intenção neste capítulo foi mostrar como a construção da sociedade moderna passa pela noção da sociedade sadia. De um corpo social no qual as marcas do avanço do saber e das práticas de controle sobre os modos como os homens viviam e organizavam suas vidas nos espaços urbanos, foi-se incrementando uma política instruída pela eugenia que fez, do Estado brasileiro, um laboratório no qual a institucionalização da norma foi indelével para sua consolidação.

Da heterogenidade humana, da heterogeneidade de condições de vida e da heterogenidade das raças, era preciso que o Brasil fosse conhecido nos seus meandros culturais para se implementar uma arquitetura de poder ancorada no saber sobre o povo que o habitava. Saber que permitiria circunscrever o país na ordem global da modernidade, na imagem de um povo civilizado, inserido em redes disciplinares efetivando uma nova economia de convívio social do qual os desviantes e loucos estariam excluídos. O Rio de Janeiro, sob os auspícios das novidades européias, tornou-se a grande referência nacional, instituindo, em primeira mão, a articulação entre poder e saber. Por conseguinte, não poderia deixar de ser devidamente discutida a conjuntura da capital brasileira, porque é pelos discursos que dali emanavam que os demais estados da Federação foram organizando seus espaços de controle social.

A legitimidade das ações de asilamento e de institucionalização dos doentes mentais foi produzida por uma prática discursiva, e essa prática estava assentada na medicina social, com o apoio do Estado e da elite. O surgimento e o desenvolvimento da psiquiatria nutriram esse campo discursivo, e foi a percepção e a perspicácia de Foucault no uso das palavras que nos ofereceu a base teórica para compreender o processo da construção da sociedade disciplinada e normal.

Portanto, o diálogo com esse autor proporcionará mais fundamentação à arquitetura da modernidade que percorreu longos espaços entre a Europa e o Mato Grosso. É por esta razão que o segundo capítulo é denominado de Tecnologia da Anormalidade, pois é pela tecnologia discursiva e atualizada no exercício institucional que se operacionaliza a hegemonia da ordem.



Foto 8 – Hospital de Alienados no Rio de Janeiro. Vista parcial da Av. Wenceslau Brás.
Fonte: INSTITUTO DO PATRIMÔNIO HISTÓRICO E ARTÍSTICO NACIONAL - IPHAN, 2010a.

CAPÍTULO II

A TECNOLOGIA DA ANORMALIDADE

2.1 Práticas discursivas sobre o louco e a loucura

Uma carta. Leiamos:

Respeitoso Doutor,

Quem lhe escreve é uma senhora de 49 anos, viúva há seis anos, que viveu um verdadeiro apogeu, entendeu? Depois de um ano viúva caí na burrice, arranjei um senhor de 64 anos, que é meu atual companheiro. Doutor, lhe escrevo lhe explicando isso, porque eu adoro, amo demais esse homem, mesmo só tendo defeitos e frieza total com ele mesmo e comigo, mas isso é dele mesmo, tenho certeza. Ali, só para seu hospital, tenho várias entradas como o Senhor pode ver no seu fichário, com crises nervosas emocionais, não só para o Souza Aguiar, etc, etc. O por quê? Eu lhe explico, eu sou uma criatura amorosa e muito sensível e emocional, e só uso o coração. Entendeu, Doutor? Com a confiança que lhe escrevo, eu gostaria de lhe conhecer, e palestrar consigo um pouco, e até fazer um tratamento em seu hospital para ver se suavizasse meus sofrimentos que são demais, o meu estado de nervos não tem mais limites, e tudo e mais alguma coisa, talvez também o período da menopausa, foi tudo por causa desse meu companheiro. Talvez eu o preciso esquecer, mas não tenho forças para isso e o adoro demais, também não sei se é o meu nervoso que me faz gostar tanto, e se com um tratamento seu, ali mais severo, eu o esqueceria total. Doutor como o Senhor lê minha carta, não sou catedrática, eu escrevi, mas fiz o possível de lhe explicar e suplicar a sua colaboração comigo. Doutor, o Senhor faça o favor, leia bem esses garranchos e por caridade e humanidade, me responda essa carta, se eu merecer mais respeito possível. O que eu quero é sair dessa enfermidade terrível, dessa angústia. Deixa eu falar com o Senhor e aí fazer um tratamento. Resposta. Nosso Pai supremo lhe ilumine ao ler esta carta e o Senhor possa me atender e me responder esta bem rápida. NC.⁵

Após a leitura dessa carta, várias conjecturas podem ser formadas. Com base no senso comum, poder-se-ia dizer que o mal que aflige essa senhora é uma depressão. Visto por outro prisma, poder-se-ia dizer que seus dramas e aflições afetivas desembocaram em desajuste emocional e no conflito existencial. A opinião do médico-

⁵ Essa carta foi endereçada a um médico-psiquiatra, atuante na cidade do Rio de Janeiro e, posteriormente, transferido para Cuiabá. Ela foi encontrada nas caixas dos documentos oficiais do arquivo da Coordenação do Serviço de Saúde Mental do Estado de Mato Grosso (Arquivo Geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Documentos Oficiais do Serviço de Saúde Mental, do ano de 1975).

psiquiatra, um dos colaboradores no rol dos 15 entrevistados e supracitados dessa pesquisa, entretanto, é que ela sofre de uma neurose depressiva reacional. As questões cotidianas marcadas por insatisfações, mal-estares e ansiedades, com a disseminação do discurso sobre o corpo e a mente saudável, adquiriram uma conotação negativa, no mínimo ambígua. As mulheres passam a ser denominadas de histéricas, loucas, desequilibradas. O referencial no qual essas mulheres se apoiam é o da felicidade proveniente de um corpo robusto e saudável, disciplinado para o trabalho, com hábitos morais pautados na limpeza; nos cuidados com a família; na boa apresentação pública e, finalmente, proveniente da civilidade. Quando o mundo parece desmoronar em decorrência das suas aflições, o espaço institucional disponibilizado é o asilo, onde ela sabe que os desajustes, os desatinos e as anormalidades, serão atacados para que o corpo e a alma retornem à norma.

Assim como na história de vida da pessoa que escreveu a carta, muitas outras situações conflitantes, parte da experiência humana, podem levar o indivíduo a um estado de sofrimento psíquico que conduz à loucura. O intercâmbio nas relações humanas, frente aos indivíduos portadores do sofrimento mental, reveste-se de uma sensação aflitiva perante o imponderável da loucura. Do ponto de vista relacional, não há nada que se possa fazer no intuito de impedir, de aliviar ou de suspender um surto psíquico. Esse sentimento, muitas vezes, encapsula-nos em uma redoma em que a sensação é de impotência frente ao sofrimento alheio, o qual não podemos capturar na sua essência por estar fora de nosso alcance. Torna-se determinante, ademais, a percepção de nos sentirmos frágeis e singelos diante dos quadros de aflição que a vida oferece, conduzindo-nos à conscientização sobre os perigos da tênue linha que separa sanidade e loucura. Os riscos são constantes.

Autregésilo Carrano Bueno, escritor, ator, dramaturgo e ex-paciente psiquiátrico narrou suas experiências ao ser internado no asilo manicomial por estar portando um cigarro de maconha. Seu livro *Canto dos Malditos*, publicado em 1980 e, agora, figurando na 14ª edição, foi adotado nas áreas de psicopatologia-clínica da Universidade de São Paulo e da Universidade de Brasília. Posteriormente, essa obra foi adaptada para o cinema, transformando-se no filme *Bicho de Sete Cabeças*, protagonizado por Rodrigo Santoro e dirigido por Laís Bodansky. Esse foi o filme mais premiado do cinema brasileiro.

Bueno revela, na sua produção, que as perdas, como fenômenos constitutivos da vida humana, podem levar à loucura. Entre elas, estão a desfiliação social, o desemprego,

o abandono ou a ruptura de um grande amor. Todos esses fatores, isolados ou conjugados, podem ter sérias consequências e repercussões na saúde mental, podendo conduzir à desapropriação da subjetividade e levar o indivíduo a transpor o patamar tênue e fronteiro que separa saúde mental e doença mental.

A ocorrência da doença mental tem por base a ruptura do sujeito consigo mesmo. Os riscos do sofrimento psíquico se instalam onde quer que haja momentos significativos. O processo de alienação universaliza a ruptura entre o sujeito e o objeto. A objetividade para o homem é, constantemente, o outro, ou seja, somos mediados pelo outro. Assim como no jogo do espelhamento dos indivíduos, somos aquilo que valemos para o outro, e esse processo de valorização é sempre intermediado por esse outro. Quando o homem rompe com o outro e com o mundo, ele já rompeu consigo mesmo. Os vínculos da afetividade e da troca relacional são os traços que nos humanizam e nos tornam seres movidos e nutridos pelos elos do afeto e da emoção. Os sofrimentos que permeiam e fazem eco nas individualidades humanas encontram-se arraigados ao processo antagônico dos laços da afetividade e, por isso, sedimentam-se no campo de ruptura do eu.

A loucura, como qualquer outro fenômeno da história da humanidade, é construída e reconstruída incorporando os paradigmas da sociedade em cada período histórico. As percepções e as conceituações elaboradas sobre a loucura foram sendo alteradas e, conseqüentemente, as formas de se agir perante ela.

De acordo com Pessotti (1994), o conceito atual de loucura remete a um estado individual de perda da razão ou do controle emocional, independentemente dos significados sociais ou políticos atribuídos ao louco, pois tais significados variam ao longo das épocas e de acordo com cada cultura. Jaccard (1981, p. 33), ao escrever sobre o normal e o patológico, também conclui que a maneira de se ser “louco” difere de acordo com as culturas. As diversas enfermidades que são descritas confirmam a plasticidade da expressão psiquiátrica. Essa plasticidade deve-se ao fato de não ter, o sintoma, uma existência em si, mas, sim, uma significação e uma função para o paciente e o contexto em que este se encontra. Sobre a loucura, Jaccard conclui, ainda, que vivenciá-la é uma experiência tão diversa, tão polimorfa, e as tentativas de teorizá-la e até mesmo de restringi-la são tão contraditórias que causam uma sensação de desânimo e de confusão. Jaccard ainda elucida que há, antes, ao que parece, uma variedade infinita das situações humanas que podem conduzir à loucura, e que todos podem, um dia, experimentar essa sensação de inquietante estranheza, de exílio interior, de expropriação

de si mesmo, de desmoronamento ou parcelamento psíquico que anuncia ou acompanha um naufrágio interior (JACCARD,1981, p.111).

Barreto (2004, p. 190) conceitua a loucura, apontando que:

A loucura se reveste de várias infinitas formas; é possível que os estudiosos tenham podido reduzi-las em uma classificação, mas ao leigo ela se apresenta como as árvores, arbustos e lianas de uma floresta: é uma porção de coisas diferentes.

A teia dos significados instituídos socialmente sobre a loucura se configurou de forma particular em cada coletivo, construída sob os mais diferentes processos e pontos de vista. A compreensão acerca do louco e da loucura passou por diversas concepções ao longo da história da humanidade. Em cada contexto social, de acordo com sua singularidade histórica, as formas de convívio com a loucura e a sua posterior exclusão foram sendo motivadas por variadas questões como as higiênicas, as políticas, as sociais, as médicas, as assistenciais e as culturais.

Considerada decisiva e a pedra angular nos estudos sobre a loucura, a obra *A História da Loucura* (FOUCAULT, 1972, p. 78) iluminou os pressupostos que permitiram à modernidade entronizar a razão como critério absoluto com base no qual se poderia determinar o ser da loucura. Foucault esclarece que não se tratou de uma história do conhecimento, mas de uma pesquisa sobre aquilo que se constituiu a experiência da loucura na época clássica nos séculos XVII e XVIII e os movimentos rudimentares dessa experiência. Ele investigou o enclausuramento do louco e a sua exclusão do espaço manicomial, pesquisando as noções, as instituições, os conceitos científicos, as práticas sociais relacionadas ao tema. Ele considerou que foi a partir do século XVIII, com a força imposta pela ordem da razão e quando se situou o sujeito do conhecimento, que houve uma brusca mudança em relação às formas de convivência e às práticas em relação à loucura. Neste momento, o louco foi patologizado pela psiquiatria. O racionalismo decretou a incompatibilidade absoluta entre a loucura e o pensamento. O Racionalismo, corrente filosófica iniciada com René Descartes (1637), inaugurou a definição do raciocínio, operação mental discursiva e lógica. Sob o pressuposto da razão iluminista, a razão humana foi considerada a possibilidade de construção do saber científico e das explicações do mundo. O Racionalismo passou a ser a corrente central no pensamento liberal, a base do planejamento de organização econômica e espacial da reprodução social. O Liberalismo, por sua vez, ocupou-se em estabelecer e em propor

caminhos para alcançar determinados fins que foram postulados em nome do interesse coletivo.

Nos países europeus, vivenciavam-se os efeitos sociais e políticos mais visíveis da industrialização nascente. A eficácia do trabalho nesse primeiro impulso do mundo industrial era reconhecida na sua transcendência ética, como sendo a solução de combate a todas as formas de miséria decorrentes da crise econômica que se instalou em decorrência do desemprego, da diminuição de salários e da escassez da moeda. Os governos objetivavam estabelecer e instituir novas regras éticas, morais e sociais coadunadas ao projeto político e integradas à exigência ética, à lei civil e à sua administração. Assim, dimensionou-se a ação do Estado internando todos os elementos que não se enquadravam no novo projeto societário sob a forma de correção dos comportamentos imorais no decurso da repressão física.

De acordo com as reflexões de Foucault em obra supracitada, o internamento em suas origens teve o mesmo sentido em toda a Europa, e ele acrescenta que, da “grande internação dos-a-sociais,” nasceu uma sensibilidade que produziu um limiar em relação à loucura. Quando a loucura foi apreendida no horizonte social da pobreza, na impossibilidade de integração no grupo, na não adesão à vida produtiva, na sua inserção no contexto dos problemas das cidades, houve uma modificação do seu sentido social, passando a ser representada como desrazão.

Essa ação de excluir os desviantes permitiu homogeneizar essa população de elementos heterogêneos, personagens constitutivos “de tudo o que o próprio homem pôde inventar como irregularidade em sua conduta” (MACHADO, 1982, p. 63). Tal população de elementos desviantes compunha-se de quatro categorias que Foucault definiu como quatro regiões ou domínios de experiência. A primeira diz respeito à sexualidade (a prostituição, a devassidão, a sodomia); a segunda, àqueles que significavam a desordem moral e social; a terceira região é aquela formada pela libertinagem (o irracionalismo e a subordinação da razão à não razão); e a última, representada pelo louco. O estabelecimento da conformidade entre essas regiões que foram enclausuradas foi construído com base no critério que as unificou, a razão, o que permitiu desenvolver uma visão da desrazão.

Assim, considerando que a internação foi apoiada sob um registro social da desrazão e não sob uma concepção médica da loucura como doença, a relação de forças que se estabeleceu no internamento atingiu o louco e não a loucura. Portanto, a época clássica percebeu a loucura pela experiência ética, isto é, com base em uma decisão de

separação e de exclusão social dos indivíduos que não se adaptavam à nova ordem ética do trabalho. Para Foucault (1972, p.115-181), o nexa da prática do confinamento com a internação resultou da grande reorganização ética das sociedades (em busca da reestruturação da sexualidade em relação à família burguesa, do sagrado e dos ritos religiosos, das relações entre o pensamento e do sistema das paixões). O confinamento constituiu-se em um espaço ético.

O filósofo Pelbart (1990, p. 133), em distinta conceituação sobre o louco e a loucura, baliza:

Por louco entendo esse personagem social discriminado, excluído e recluso. Por loucura[...], entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que uma civilização enxerga como seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além.

O autor destaca que nem sempre coube ao louco encarnar o sujeito da desrazão. Anterior ao gesto do grande enclausuramento dos sujeitos desviantes, a dimensão da desrazão encontrava-se embutida na natureza ou no sagrado, sendo associada a uma visão cósmica e trágica do mundo. Nesse processo, o desatino apenas poderia ser pensado como algo além da razão e com o qual a razão dialogava e se completava.

A loucura passou a coexistir em um universo posterior, em uma concentração de toda a força de disrupção, predominantemente, na figura do louco. Ao se inserir a loucura nos domínios da nascente psiquiatria, operou-se uma reviravolta na sua condição antropológica, e ela passou a ser regulada a uma experiência crítica pautada em um julgamento moral. A nova configuração do louco deu, a esse tipo social criado e sobre quem se construiu o saber médico e psicológico, a incumbência de levar, em seu próprio corpo, essa dimensão desarrazoada que o precedeu (PELBART, 1990, p. 134-8).

Pelbart nos direciona a refletir que nem sempre aquilo que chamamos de loucura significou doença e que, cada cultura, cada movimento que permeia os espaços do tempo, atribuiu ao desatino, depois chamado de desrazão, uma função diferente, também inventando um modo de ser, de estar e de ser considerado louco, conduzindo esses seres, ou não, aos espaços de confinamento.

Com a aurora da Modernidade as individualidades passaram a ser representadas como sendo iguais perante a Lei, não obstante a evidente existência de suas diferenças. Com isso foi reconhecida a condição de sua cidadania plena para o conjunto de indivíduos e se instituiu no registro político um modelo universal de direitos sociais (liberdade,

igualdade, fraternidade). Entretanto, instituiu-se simultaneamente um modelo assistencial para os doentes e para os loucos, centrado no Estado e baseados na racionalidade naturalista do recente discurso da medicina (BIRMAN, 1992, p. 74).

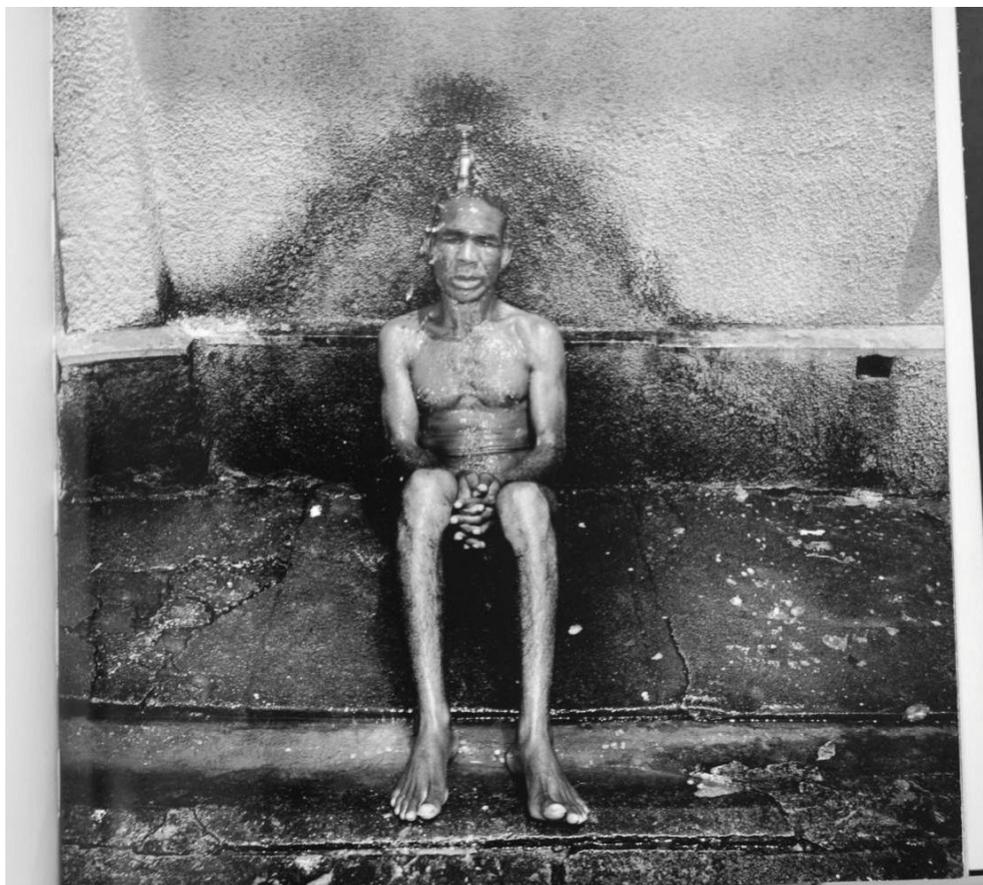


Foto 9 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁶.

A loucura inscreveu-se na nova ordem política, tendo como direito a tutela assistencial do Estado. A figura da loucura, transformada em enfermidade mental, destituída da razão, não poderia ser a de um sujeito. Como um ser mutilado na sua razão, o louco não poderia exercer a sua vontade, logo, não poderia ter liberdade. Destituído do estatuto da cidadania plena e do reconhecimento dos seus direitos fundamentais, o louco deixa de ser representado como um sujeito do contrato social.

Na distinção entre o louco e a loucura, um termo se referia aos atos de um ser humano, e o outro se ocupava em transfigurar esses atos em enunciados que legitimaram a sua exclusão social. O louco saiu de cena e tomou o rosto do doente mental. O louco isolado não se mostra, não deixa impressões nas ruas, nas pessoas, no cotidiano. Ele é dito, representado por uma tabela normativa, aquela construída pelo discurso que

⁶ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

capitaneia a sua institucionalização. De acordo com o que aponta Foucault (2006, p. 499): “O doente mental não é a verdade finalmente descoberta do fenômeno da loucura, é o seu avatar propriamente capitalista na história etnológica do louco”. Por isso, conhecer as formas variadas do conceito de loucura possibilita desnaturalizar as concepções e refletir acerca das práticas que foram e que são realizadas na assistência às pessoas em sofrimento mental.

Eis, aí, o cenário ético no qual o Brasil foi buscar suas referências para se construir como uma nação moderna. Foi na afirmação da razão que se instituiu, sob o modelo europeu, um lugar destinado àqueles que a cultura brasileira definiu como o desviante, o louco. Cuiabá foi uma referência tardia desse processo, e é a partir da clara localização dos conceitos de “louco” e de “loucura” que se pode compreender a postura política adotada no Estado de Mato Grosso para se inserir no contexto da modernização e a consequente institucionalização da loucura.

2.2 Um lugar para a loucura no Brasil

Anteriormente ao período de asilamento e de hospitalização dos loucos no Brasil, e sendo citados por vários autores e estudiosos do período da segunda metade do século XIX e início do XX, os loucos eram inscitos e aceitos socialmente; viviam protegidos pelas populações das cidades e pelas famílias, sendo tratados com cortesia e tolerância em sua alteridade; gozavam de relativa liberdade e de apreciável grau de indulgência social (RESENDE, 1987; ENGEL, 2004; CANOVA, 2000). As referências encontradas em potencial aos loucos como personagens urbanos, demonstram que eles conservavam, em torno de si, uma atmosfera de mistério, incitando moradores e transeuntes das cidades aos mais diversos sentimentos, como o riso, a pena, a curiosidade, enfim, a certa atração.

Pela memória popular, cronistas e memorialistas, em variadas versões, relatam fatos originais, sucessivos e pitorescos dos delírios dos elementos portadores das perturbações mentais, revelando, também, as múltiplas concepções produzidas, vivenciadas e disseminadas sobre a loucura. Socialmente aceitos ou rejeitados, os loucos conseguiam se inserir e assegurar um espaço nas cidades. Suas presenças não inspiravam o temor nem o pavor que se construiu em torno dessas figuras após a sua exclusão social e seu asilamento. A cadeia pública era o destino daqueles alienados que exibiam um comportamento indesejado e agressivo. Os que eram pobres e errantes, mostravam-se

tranquilos no convívio social; viviam de pequenos biscates e da caridade alheia. As famílias mais abastadas, por sua vez, preferiam esconder seus alienados em cômodos afastados da casa, ou em quartos isolados onde eram amarrados ou contidos, caso apresentassem agressividade (RESENDE, 1987, p. 31).

A loucura adquiriu ares de moléstia social, constatada pela prática de recolhimento dos loucos nas santas casas de misericórdia, instituições de caridade criadas desde o século XVIII, com características e hábitos existentes em Portugal e em suas colônias além-mar. Entre essa população assistida, estavam os idosos, os pobres, os escravos, os mendigos, os sentenciados, os inválidos e, também, os loucos. Estes eram equiparados aos desordeiros e aos perigosos, devendo ser colocados distantes da “boa sociedade”. Sobremaneira, os loucos se apresentavam dissonantes da visada organização urbana. Destoando-se pela indisciplina expressa em atitudes estranhas e em demonstrações enfurecidas, eram culpabilizados nos discursos e em apontamentos oficiais do poder público, requerendo sempre a interdição da polícia.

Por um lado, face ao contexto de ameaça à ordem e à paz social e frente ao clamor geral contra o livre trânsito de loucos pelas ruas das cidades,urgia que as autoridades do Império tomassem medidas objetivas a respeito da problemática. Surgiam, por outro lado, apelos de caráter humanitário e denúncias dos maus-tratos impostos aos insanos recolhidos nos porões da Santa Casa de Misericórdia e dos castigos corporais infligidos quando ficavam presos em cadeias públicas.

Em 1831, foi publicada a obra *Insânia Loquaz*, o primeiro escrito sobre as doenças mentais no Brasil, de José Martins da Cruz Jobim, um dos pioneiros da psiquiatria no país. Em 1835, esse médico denunciou, em discurso na Sociedade de Medicina, as condições de insalubridade nos porões da Santa Casa de Misericórdia e as péssimas condições em que viviam os loucos da cidade. Finalmente, no ano de 1841, na data de sagração e coroação do jovem Imperador de 16 anos, D. Pedro II, é que foi assinado o decreto de fundação de um hospital destinado ao atendimento dos alienados na capital da Corte. No entanto, apenas em 1852 é que foi inaugurado esse primeiro espaço de atendimento, que teve a denominação de Hospício D. Pedro II.

De acordo com Resende (1987, p. 38) surgiram três proposições contraditórias entre si para justificar a criação dessa instituição manicomial. Na primeira, havia uma indicação prioritariamente social: a remoção e a exclusão do elemento perturbador, visando à preservação do bem-estar social. A segunda era uma indicação clínica: os médicos, em sua maioria higienistas, cobravam, em nome dos princípios humanistas e

pautados na questão da higiene pública, o monopólio de cura e de tratamento dos insanos, o que já havia sido proposto desde 1830 pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. A terceira proposição se revestia do aspecto caritativo: as irmandades religiosas tinham como proposta minorar o sofrimento dos loucos, na tradição das instituições de caridade brasileira.

Em conformidade com Teixeira (1997, p. 310) o Hospício D. Pedro II foi chamado de o “mais belo edifício das Américas”, e seu desenho, de grande requinte arquitetônico, foi inspirado em um hospital criado pelos padres de São João de Deus nos arredores de Paris. Sua construção foi erguida nos limites da cidade, onde teria condições de ar puro e de tranquilidade. Foi planejado e arquitetado conforme as instituições congêneres da Europa e possuía o princípio da vigilância, sob a forma de corredores com celas individuais e de uma torre no centro do prédio, o modelo de panóptico.⁷

De acordo com Gonçalves e Edler (2009, p. 4):

Se nesse primeiro momento a grande maioria de seus ocupantes eram procedentes do município da Corte esta situação mudaria rapidamente. Logo se multiplicariam os pedidos de internamento feito pelos diversos Presidentes de Província e principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia de todo o Império.

Os autores retratam, ainda, que os registros das procedências dos alienados do Hospício D. Pedro II indicavam que eles vinham do município da Corte, certamente em referência às autoridades pelas quais eram enviados. Após a abertura desse hospício, para lá foi recorrente o envio de alienados de diversas províncias, embarcados em vapores com destino ao Porto do Rio de Janeiro. Quando chegavam na cidade, eram deixados perambulando até que fossem recolhidos pela polícia e conduzidos, enfim, ao seu destino, o hospício, onde eram recebidos, geralmente, como indigentes.

Apesar da difusão do alienismo francês, pelo médico Phillippe Pinel, não existia ainda, no Brasil, um corpo de conhecimento especializado com organização institucional representado na psiquiatria.

Esse tratamento consistia na divisão dos pacientes por moléstias, na aplicação de camisa-de-força, do cautério e no incentivo ao trabalho

⁷ A arquitetura do panóptico se pautava no modelo construído por Jeremy Bentham, em 1787. Uma construção em anel. No centro, uma torre com grandes janelas que se abriam para a parte interior do anel. A construção era dividida em celas com duas janelas: uma abrindo-se para o interior, correspondendo às janelas da torre; a outra voltada para o exterior, permitindo que a luz atravessasse a cela de um lado a outro. Havia sempre um vigia na torre central. O desenho do panóptico apresentava-se ao mesmo tempo sistemático e depurado. Nesse sistema, cada corpo tem o seu lugar, o poder é coletivo e localizado no centro, mas recebido sempre e apenas individualmente.

manual como meio de cura do alienado. Essa forma de tratamento era de cunho moral, pois sustentava que a loucura, sendo uma exacerbação das paixões, só poderia ser curada através da repressão ao delírio, instaurando, assim, uma consciência culpada no doente (CARVALHAL, 1997, p. 292).

As organizações dos elementos ou dos dispositivos utilizados no hospício consistiam em um quadro das classificações nosográficas ou da sintomatologia do louco. A fundação do asilo como dispositivo institucional baseado no princípio do isolamento fazia, desse espaço, um lugar de exercício da ação terapêutica. Os loucos que eram acorrentados em grilhões, pela formulação de Pinel, foram libertos e submetidos ao tratamento moral em um controle social e moral ininterrupto.



Foto 10 – Formas de tratamento: hidroterapia.
Fonte: IPHAN, 2010b.



Foto 11 – Camisa-de-força.
Fonte: Acervo Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), 2010.

Nesse contexto, os estatutos do Hospício D. Pedro II admitiam como meios de repressão: privação de visitas e de passeios; diminuição de alimentos; uso de camisa-de-força, com ou sem reclusão; reclusão solitária; banhos de emborcação, que consistiam em mergulhos sucessivos da cabeça do doente pelo guarda ou enfermeiro em um tanque de água. Os poucos médicos da instituição ficavam sob a responsabilidade das freiras, que negligenciavam os pacientes e autorizavam que os enfermeiros cometessem violências e maus-tratos aos loucos.



Foto 12 – Superlotação e caos no Hospital de Alienados, Rio de Janeiro.

Fonte: IPHAN, 2010c.

Desde o ano de 1856, os relatórios do Hospício D. Pedro II acusavam que havia uma superlotação devido à entrada indiscriminada de pacientes, curáveis e incuráveis, afetados mentalmente ou meros indigentes, de todos os estados brasileiros. Aliados do poder da coordenação do hospício, a ordem médica, portadora do discurso médico científico, entrava em conflito com as irmãs que detinham o poder real e que determinavam as regras do funcionamento asilar. Culminando o conflito, havia o fato de que, devido à superlotação na instituição, continuava a existir um grande número de loucos perambulando pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro. Frente às denúncias e reivindicações da classe médica, a partir de 1881, os médicos assumiram a direção do Hospício D. Pedro II.

No período do Segundo Reinado (1841-1889), instituições asilares ou manicômios destinados aos alienados começaram a ser inaugurados em todo o país, cumprindo função assistencial de atendimento. Não havia, entretanto, médicos

especializados no trato com a loucura, sendo prestada a assistência por médicos-generalistas. As justificativas invocadas para a criação de asilos manicomial se deram paulatinamente em cinco províncias brasileiras: em São Paulo, no ano de 1852; em Pernambuco, em 1864; no Pará, em 1873; na Bahia, em 1874; e no Ceará, em 1886. Nesses novos hospícios, não havia presença significativa de médicos até o final do Império. Esses espaços eram coordenados por administrações leigas das santas casas de misericórdia ou por ordens religiosas que ali prestavam serviços, tanto na Corte, quanto nas províncias (ODA; DALGALARRONDO, 2005, p. 947).

Em 15 de novembro de 1889, teve lugar a Proclamação da República. Por um decreto do Governo Provisório, uma cisão modificou a relação entre a Igreja e o Estado. A Constituição Republicana de 1891 declarou o Estado laico. Nessa medida, o Hospício D. Pedro II foi desanexado da Santa Casa de Misericórdia, passando a ser controlado pelo Estado e administrado por médicos. Em 11 de janeiro de 1890, com o Imperador deposto e exilado pela recém-instaurada República, e após um período de 37 anos após sua inauguração, o Hospício de Pedro II foi rebatizado como Hospício Nacional de Alienados. A primeira reforma do Governo Republicano, em 1890, determinava que:

Todas as pessoas que por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranqüilidade pública, ofenderem a moral e os bons costumes, e por atos atentarem contra a própria vida ou contra a de outrem deverão ser colocadas em asilos especiais, exclusivamente destinados à reclusão e ao tratamento de alienados (BRASIL, 1890).

De acordo com Amarante (1995), a partir de 1890, a tutela dos considerados loucos se desenvolve com a criação do Serviço de Assistência Médica Legal aos alienados, a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. No âmbito dessa assistência, foram criadas as duas primeiras colônias de alienados da América Latina, ambas localizadas no Rio de Janeiro. A finalidade dessas colônias era socorrer os enfermos alienados, brasileiros ou estrangeiros, desde que indigentes, que necessitassem de auxílio público, bem como acolher aqueles que oferecessem determinada contribuição. Pelo Hospício Nacional de Alienados passariam todos os doentes admitidos, sendo este o único a receber pensionistas.

Resende (1987, p. 49) define a sequência histórica do surgimento de locais para internamento psiquiátrico em vários pontos do território nacional, como na Paraíba, em Niterói, no Recife, em Porto Alegre, em Fortaleza, em Maceió, em Belém, em Manaus, em Barbacena, em Natal, em Aracaju, em Vitória e reitera que:

A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências desta afirmação é a constituição de sua clientela no período, tratava-se, sobretudo, de homens livres, os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como pobres; mas entre estes poucos negros, a maioria mestiços e mesmo europeus, e brasileiros de raça pura (MEDEIROS, apud RESENDE, 1987, p. 39).

Engel (1995, p. 372-380) afirma que, tanto o Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, quanto as colônias inauguradas não cumpriam adequadamente o papel de tratar a loucura, seja no sentido de recuperar os curáveis ou de promover a melhora dos incuráveis, ou seja, no sentido de isolar os doentes mais perigosos, para si próprios, para os companheiros de instituição e para a sociedade. Havia certo consenso entre os médicos-generalistas, leigos, especialistas e psiquiatras em torno de duas razões básicas que explicariam a ineficiência estrutural e os fracassos cotidianos desse hospício e das colônias.

A primeira razão seria a superlotação. Com o aumento vertiginoso de internações a partir do início da década de 1890, o hospício havia se tornado um espaço de misturas extremamente perigosas. Lá, não havia separações entre os diferentes tipos e estágios das doenças, nem entre crianças e adultos, ricos ou miseráveis, curáveis e crônicos, perigosos e inofensivos. As condições de vida dos alienados passavam pela precariedade das condições de higiene e pela promiscuidade, resultando na transmissão de doenças contagiosas, no elevado índice de mortalidade, de fugas, de agressões e de suicídios entre os internos.

Quanto à segunda razão, esta se dava em virtude do número insuficiente de profissionais e das baixas remuneração e qualificação dos que lá trabalhavam, fatores negativos para o progresso do conhecimento no campo da psiquiatria. Para criar melhores condições de assistência aos alienados, os psiquiatras começaram a defender a necessidade de se ampliar os pavilhões do Hospício Nacional de Alienados e de se criar mais colônias de atendimento aos alienados, fato que ocorreu ao longo desse período.



Foto 13 – Colônia de Alienados, Rio de Janeiro: trabalho agrícola.
Fonte: INSTITUTO PHILIPPE PINEL, 2010.

No ano de 1903, Teixeira Brandão, famoso psiquiatra, assumiu uma cadeira na Assembléia dos Deputados conseguindo, logo após, a aprovação da primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados por meio do Decreto nº 1132 de 22/12/1903. Segundo Machado sintetiza:

Esta Lei faz do hospício o único lugar apto a receber os loucos, subordina a sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício, subordina a fundação de estabelecimentos para alienados à autorização do Ministro do Interior ou dos presidentes ou governadores dos Estados, cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados. Esta lei faz da psiquiatria a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (MACHADO, 1978, p. 484).

Assim, o discurso psiquiátrico ganhou espessura e reconhecimento de um saber científico e especializado que aliou a importância teórica ao trabalho clínico e administrativo, definido pela afirmação da implantação, na sociedade, de uma estratégia de normalização social. Aliados, o pensamento alienista e as reformas republicanas possibilitaram que a nascente psiquiatria brasileira pudesse emergir.

A instituição manicomial na sua forma de asilo integrou-se às formas atingidas pelo progresso e pela urbanização, compondo, perante poderes instituídos, um espaço de ordenamento e de moralidade social.

O processo de psiquiatrização do alienado corresponde ao objetivo da normalização do louco por meio de uma política de saúde mental. Sem dúvida, tal política articula um código teórico (as nosografias), uma tecnologia de intervenção (terapia), um dispositivo institucional (o asilo), um corpo de profissionais (médicos) e um estatuto do usuário (menoridade do alienado), além dos pagantes, promotores, pedintes (PORTOCARRERO, 2002, p. 98).

A estruturação do espaço asilar proposta pelo alienismo francês e incorporada pela psiquiatria brasileira possibilitou que as instituições manicomiais não significassem apenas o espaço da reclusão do louco, mas também da produção do poder e de um saber sobre a loucura que buscavam os meios de curá-la.

2.3 Governo dos corpos

O filósofo Foucault demonstrou que, no século XIX, houve a formação de um saber concentrado no homem e em sua individualidade, no indivíduo e em seu padrão de normalidade. As formas de controle social e de vigilância revestiram-se no conceito de normalização. Foram constituídas práticas sociais que engendraram domínios de saber que fizeram aparecer, tanto novas técnicas e novos objetos, quanto novas formas de sujeitos e de sujeitos do conhecimento.

Se o poder se realiza na vida pragmática e formula-se em técnicas de dominação, o corpo é o lugar especial onde esse poder se realiza. A história do saber define-se, assim, como a história dos corpos analisados em sua submissão a uma microfísica do poder. A sociedade moderna propôs o governo dos corpos e a disciplina como conjunto de técnicas em virtude das quais os sistemas de poder têm por objetivo e resultado a singularização dos sujeitos.

Nas sociedades disciplinares, o poder existente é disperso, cotidiano, encontra-se imiscuído em todos os espaços, provém de todos os lugares e aparece como uma malha capilar de micropoderes. Permeia todas as relações sociais, constituindo-as como relações de força. Não se trata de um poder derivado de um poder maior, mas, sim, de um poder que emana na realidade concreta dos indivíduos. O poder pode ser considerado como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social. É muito mais que uma

instância negativa que tem por função reprimir. O poder apresenta características aparentemente contraditórias, mas que pertencem à mesma estratégia, operando o deslocamento da noção repressiva e negativa do poder para uma abordagem produtiva de si mesmo, um poder estimulador de discursos e de práticas. Nesse modelo estratégico, o poder negativo se expressa como poder-lei, que diz não, que interdita, que impõe limites e encontra-se atravessado pelo modelo jurídico. Quanto ao poder positivo, este se apresenta descaracterizado, como pertencente à esfera da proibição e da lei e se insere em um campo de forças móveis e múltiplas. De forma construtiva, ele produz, positivamente, comportamentos e corpos por meio de classificações, normalizações e adestramentos.

No que concerne à medicina, o início do século XIX assinalou o momento em que, por uma ruptura no saber médico, fosse instituída a medicina científica. O novo tipo de configuração da medicina moderna implicou o surgimento de novas formas de conhecimento e de novas práticas institucionais. Agora, o olhar do médico não se circunscrevia como um olhar de qualquer observador, mas, sim, como um olhar apoiado e justificado em uma instituição que lhe assegurou a legitimidade e na qual se encontrava definido o seu poder de decisão e de intervenção. O olhar médico não se contentou em evidenciar aquilo que se dava a ver ou que estava ligado à rede estreita da estrutura. Ele devia apreender as variações, as anomalias, mantendo-se atento às percepções patológicas.

Em conformidade com Pereira,

Surge a necessidade de uma atuação terapêutica, reconhece-se nos loucos a existência de uma doença com uma localização no corpo, exigindo dessa forma um tratamento, uma estrutura de cuidados médicos. O asilo é o lugar especial para a cura (PEREIRA, 1997, p. 333).

O espaço asilar passou por uma medicalização que não estava presente nos séculos anteriores ao século XIX. O asilo tornou-se o espaço que passou a integrar os loucos na experiência e no recorte do domínio infinito dos acontecimentos, permitindo, na totalidade do visível configurado pela disciplina e pelo controle, consolidar uma nova maneira de gerir os homens e de controlar as suas multiplicidades.

A partir da institucionalização da loucura e da sua apropriação pelo saber médico, ela se tornou doença mental. O estabelecimento de um discurso apregoado no saber científico ocasionou modificações no contexto institucional de exclusão social da

loucura, instaurando novas normas de percepção e de conhecimento no seu trato, assim como foi conduzindo as alterações no contexto sociocultural, transformando as práticas e as representações sociais até então construídas. O discurso caracterizado pela psiquiatria transformou a verdade constituída sobre a loucura, alterando o seu significado social. Para que o processo de asilamento dos alienados ocorresse e se imantasse como uma prática social incorporada à sociedade, várias mudanças conceituais, estruturais, organizacionais, espaciais e geográficas, discursivas e prescritivas ocorreram.

O médico assumiu um lugar predominante nesse espaço, sistematizando as informações sobre a loucura, em busca de um conhecimento verdadeiro, uma causa positiva. Os alienistas inseriram a loucura dentro dos parâmetros dos conhecimentos científicos. De acordo com Castel (1978, p. 85-88), o programa da medicina alienista era desenvolver uma estratégia da ordem, o que, nas palavras do próprio Pinel, seria a realização de “uma reforma administrativa”. A primeira imposição da ordem seria isolar o alienado do mundo exterior. O isolamento terapêutico rompeu com o foco de influências não controladas, no qual a doença encontraria do que entreter a própria desordem. As influências poderiam vir da própria família ou do meio social, sendo, portanto, o que desvia a atenção da problemática da alienação.

A segunda imposição seria a própria constituição da ordem asilar, significando uma articulação rigorosa dos lugares, das ocupações, dos empregos, do tempo, das hierarquias que tecem a vida cotidiana do doente com uma rede de regras imutáveis. O hospício, pela ruptura com o mundo exterior, torna-se um novo laboratório social, no qual toda a experiência passa a ser reprogramada.

A terceira imposição, da modalidade da implantação da ordem, seria a relação de autoridade que une médico e auxiliares ao doente, no exercício de um poder sem reciprocidade e constantemente aplicado. O médico é a autoridade suprema do asilo, e o asilo é o mundo construído à imagem da racionalidade que ele encarna.

A disciplina que foi imposta no asilo possibilitou a disciplinarização do saber médico que se deu com o deslocamento da atenção do médico da doença-cura para as condições do meio e a constituição da doença como um fenômeno natural e que sofre influências desse meio. De acordo com essa concepção, o isolamento foi instituído porque o meio poderia dificultar a percepção médica do desenvolvimento da doença, a qual, nas suas características essenciais e no seu desenvolvimento específico, poderia tornar-se realidade na realidade institucional, facultando o seu conhecimento.

Assim, a psiquiatria instituiu-se como verdade, passando a funcionar e a legitimar-se pautada em um paradigma racionalista de “problema-cura”, ponto emergente frente ao alienismo, modalidade de saber e de prática médica centrada no campo moral. Quanto ao hospital psiquiátrico do século XIX, este se definiu por ser:

Um lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doença são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão (FOUCAULT, 2006, p. 445).

A institucionalização da loucura, a partir de então, torna-se um paradigma, uma verdade que institui uma prática e norteia os procedimentos para com os loucos, amparados e sob os caminhos do conhecimento científico. O paradigma tornou-se, então, um conceito instalado na prática da segregação social da loucura.

A concepção do asilo manicomial, na sua montagem para o atendimento e para a assistência e na sua constituição como espaço real de tratamento para os loucos, desencadeou um processo de construção de estruturas internas, para cumprir essa ação, e de estruturas externas com o reconhecimento da sociedade, para validar e legitimar o modelo asilar, inclusive nos aspectos jurídicos. Tal concepção fortaleceu, assim, a consolidação do processo de institucionalização da loucura.

A instituição asilar, anteriormente, filantrópica e, depois, médica, tornou-se instituição psiquiátrica. Sobre a história do saber psiquiátrico no Brasil, Medeiros ressalta:

Uma fase pré-científica desenrolou-se por quase todo o século XIX; realizava-se o projeto da salubridade municada pela doutrina da Medicina Legal e executada por administradores, religiosos, guardas e vigilantes, sob o comando da autoridade pública. Uma fase de legitimação científica seguiu-se cronologicamente, fechando o século XIX a partir dos seus anos 80, laicizando a instituição e fazendo do saber médico o tema de disputas entre a inspiração francesa [...] e a disciplina germânica Kraepeliana (MEDEIROS, 1993, p.79).

Sob as bases propiciadas pelo poder psiquiátrico estabelecidas pelo médico e a institucionalização da loucura, ficou comprovado o grau de periculosidade dos loucos, representados como ameaça à ordem social, na medida em que estes subvertiam os processos normativos. A estigmatização social desses indivíduos se construiu incorporando noções e preconceitos, permeando e modelando o imaginário social e

difundindo, culturalmente, a imprevisibilidade, a marginalidade, a improdutividade e a incurabilidade da figura do louco, um ser visto como sem condições de conviver em sociedade, necessitando do isolamento para garantir a proteção da estrutura social.

“O eixo da corrigibilidade incorrigível vai servir de suporte a todas as instituições específicas para anormais que vão se desenvolver no século XIX.” (FOUCAULT, 2002, p.73). É nesse sentido que a marca da anormalidade passa a se inscrever na loucura de forma indelével, criando estigmas e estereótipos que aproximam a figura do louco da animalidade nociva e feroz instalada em um circuito de periculosidade e de portabilidade de um comportamento que rompe com todos os controles.

Sob essa visão quanto ao desvio do comportamento do louco no convívio social, constrói-se, culturalmente, a representação social da loucura, que se instituiu e consolidou, doravante, nas práticas sociais, permeando toda a sociedade. A construção estereotipada da loucura é repassada e impressa culturalmente. Nesta análise, a cultura surge como mais um conceito a fazer parte do processo da exclusão da loucura.

“Entre a descrição das normas e das regras sociais e a análise médica das anomalias, a psiquiatria será essencialmente a ciência e a técnica dos anormais, dos indivíduos anormais e das condutas anormais.” (FOUCAULT, 2002, p. 205). Esse pensamento de Foucault explica porque, centrada no campo moral, a psiquiatria surge nesse contexto como uma modalidade de saber e de prática médica. A exclusão dos doentes mentais do espaço familiar transfere, para a instituição psiquiátrica e para o Estado, a definição de suas vidas e também de suas condições de cidadania. Nesse quadro é que se vê o alienado como um enfermo a ser dominado por meio de uma relação terapêutica, buscando, pela ordem asilar, realizar as etapas para alcançar a sua cura. A observação dessa relação terapêutica ressalta o poder incalculável do médico sobre o ente doente; poder exercido de tal forma que justifica o título do presente capítulo: Governo dos corpos. Uma vez sob os cuidados da instituição e classificado como alienado, o indivíduo perde sua individualidade, sua identidade e torna-se um objeto de observação, de estudo e de ação da psiquiatria, a qual governa o seu corpo e assujeita sua vida. Nos espaços manicomiais, os loucos em estado de minoridade social passaram a receber tratamentos desumanos pautados nos discursos da medicina mental. As práticas terapêuticas desenvolvidas faziam com que as individualidades perdessem a soberania sobre seus corpos e sobre o campo de significação de suas sensações corpóreas caucionados pelo discurso científico.

Esse exercício do poder disciplinar pela medicina mental instituiu e cristalizou as relações com o doente mental no hospital psiquiátrico. Em uma relação específica de poder que incidia sobre os corpos dos alienados, utilizava-se de uma tecnologia própria de controle. A utilização do poder e do biopoder se integraram para uma gestão mais efetiva dos corpos.

Sobre a descoberta do corpo como objeto e alvo do poder, Foucault (1987, p. 126) destacou que foram esses métodos que permitiram o controle minucioso das operações do corpo; que realizaram a sujeição constante das forças desse corpo e lhe impuseram uma relação de docilidade e de utilidade. Referenciando-se à realidade fabril, ele diz que o biopoder foi elemento indispensável e marca inaugural da inserção dos corpos no mundo do trabalho para o desenvolvimento do capitalismo; com o biopoder, assegurou-se a inserção dos corpos no aparato produtivo e se ajustaram os fenômenos demográficos aos processos econômicos. O biopoder, portanto, despontou com o surgimento e a proliferação das categorias de anormalidade. A expansão da normalização, por sua vez, funcionou pelas anormalidades de que deveria tratar, demarcando os espaços a serem ocupados, controlando o tempo em que os indivíduos realizam suas atividades, estabelecendo sequências e ordenações dessas atividades em função de objetivos precisos, conduzindo ao adestramento e ao controle permanentes. Nessa sequenciação, tornou-se possível separar, objetivamente, atitudes e comportamentos normais e anormais. Essa distinção é a própria estratégia disciplinar pretendida.

O esquadramento urbano que particularizou a reflexão e a prática da medicina social em seu projeto preventivo definiu a criação dos espaços institucionais para além das cercanias das cidades. De acordo com as determinações do poder público, o hospital, apontado como local de doença e de morte, deveria ser fixado para além dos centros urbanos, em áreas consentidas e disponibilizadas para suas construções.

O hospital - assim como o cemitério, a fábrica a escola e a prisão - deve ser afastado da cidade, pois as exalações e os miasmas gerados nesse espaço infectam não só o seu próprio interior como toda a cidade, constituindo-se em foco de epidemia e de contágio (MACHADO, 1978, p. 282).

O asilamento dos loucos para fora dos limites do meio urbano inaugurou um espaço territorial para os que foram expurgados e excluídos do meio social. Com o recolhimento e a apreensão dos loucos na periferia das cidades, instituiu-se o conceito de “território” como um espaço favorável para a institucionalização da loucura para além do

espaço social. Tal noção ficou também convencionada na formulação das regras sociais para o trato com a loucura.

Para o funcionamento das instituições disciplinares, foi preciso dividi-las internamente, separando os internos que deveriam ser vigiados de forma a assegurar a vigilância individual e global. Individualização e totalização, contudo, não seriam possíveis sem o auxílio de uma racionalização. Para tanto surgiu, no final do século XVIII, o panóptico, já citado nesta pesquisa: um modelo institucional adequado aos princípios estruturais disciplinares e requerido ao desempenho institucional. O denominado panóptico era, para Foucault (2006, p.10), a figura paradigmática das operações de coerção e de vigilância das diversas instituições disciplinares. A sua estrutura era a inversão do princípio da masmorra. Ele era utilizado também nas escolas, nos hospitais, assim como nos manicômios. Obra de Bentham, essa estrutura é a formalização da microfísica do poder disciplinar. Não se tratava de um modelo institucional, mas de um modelo para fortalecer as instituições; era um multiplicador, um intensificador de poder.

A partir do século XVIII, as condutas, os comportamentos e o corpo humano integraram-se a um sistema de funcionamento da medicina que se tornou cada vez mais vasto e que foi muito além da questão das enfermidades. A função política da medicina na sua extensão e intervenção social pelo saber médico medicalizou a sociedade. Nas instituições manicomial, a psiquiatria adquiriu um estatuto de soberania sobre a vida dos loucos. Confiscar o corpo e a alma da loucura era o maior propósito do aparelho tecnológico de poder que atuava de maneira estratégica, disciplinar e de forma múltipla e dispersa.

O poeta francês Antonin Artaud (1896-1948) esteve internado em vários manicômios na França por um período de nove anos e passou os últimos três anos de internação em Rodez. Aprisionado e maltratado, ele vivenciou, na condição de interno, as práticas institucionais, principalmente o eletrochoque, que prejudicaram sua memória, seu corpo e seu pensamento. Diante das condições impostas pelo asilo e da impossibilidade do uso da palavra e do discurso pelo louco, ele tomou a iniciativa de escrever cartas para não perder a lucidez. Estabeleceu um diálogo com o seu médico e com a sociedade francesa porque queria que os seus gritos não fossem ignorados. Entre os seus escritos, encontra-se a Carta aos Médicos-chefes dos Manicômios. O texto revela as faces da tortura, da condição de miserabilidade humana e da impossibilidade de

humanização no convívio manicomial a que eram submetidos os que atravessavam a fronteira da anormalidade:

Senhores,

As leis e os costumes vos concedem o direito de medir o espírito. Essa jurisdição soberana e temível é exercida com vossa razão. Deixai-nos rir. A credulidade dos povos civilizados, dos sábios, dos governos, adorna a psiquiatria de não sei que luzes sobrenaturais. O processo da vossa profissão já recebeu seu veredicto. Não pretendemos discutir aqui o valor da vossa ciência nem a duvidosa existência das doenças mentais. Mas para cada cem supostas patogenias nas quais se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações das quais as mais vagas ainda são as mais aproveitáveis, quantas são as tentativas nobres de chegar ao mundo cerebral onde vivem tantos dos vossos prisioneiros? Quantos, por exemplo, acham que o sonho do demente precoce, as imagens pelas quais ele é possuído, são algo mais que uma salada de palavras?[...] Sabe-se – não se sabe o suficiente – que os hospícios, longe de serem asilos, são pavorosos cárceres onde os detentos fornecem uma mão-de-obra gratuita e cômoda, onde os suplícios são a regra, e isso é tolerado pelos senhores. O hospício de alienados, sob o manto da ciência e da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra (ARTAUD, 2009).

O espaço manicomial, concentrando os poderes do psiquiatra, foi se legitimado como ordem moral constituída sob os auspícios e os suportes do epicentro do poder médico.

Mas esse poder do médico, claro, não é o único poder que se exerce; porque no asilo como em toda a parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem aliás a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode-se pôr em funcionamento (FOUCAULT, 2006, p. 7).

Há, em torno do médico, uma série de intermediações de poder definidas por Foucault como micropoderes disciplinares que visavam à administração do corpo individual. Esse exercício do poder, ao ser instituído no asilo sobre aquele grupo social excluído, não tinha como alvo apenas o indivíduo dócil e útil, mas a gestão calculada da vida dessa população. Os micropoderes eram exercitados no asilo pelos vigilantes, pelos serventes. Esses poderes paralelos, não científicos, informavam sobre o doente e manipulavam a sua vontade, circunscreviam a vontade do médico e asseguravam o regulamento geral do espaço asilar.

O poder disciplinar pode se caracterizar pelo fato de implicar em uma apropriação total e exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo. Implica em um procedimento de controle contínuo e no se estar permanentemente sob o olhar de alguém. Para que o poder disciplinar fosse global e contínuo, o uso da escrita foi necessário. Os corpos, os comportamentos, os discursos das pessoas foram, pouco a pouco, revestidos por um tecido de escrita, por uma espécie de plasma gráfico que os registrava, codificava-os, transmitia-os ao longo da escala hierárquica e acaba os centralizando. A visibilidade do corpo e a permanência da escrita têm, evidentemente, a individualização esquemática e centralizada (FOUCAULT, 2006, p. 58-62).

No contexto do discurso da psiquiatria, o médico é a figura central,

sua onipresença, é, em linhas gerais, a assimilação do espaço asilar ao corpo do psiquiatra. [...] Esse corpo deve se impor ao doente como realidade ou como aquilo através de que vai passar à realidade todas as outras realidades (FOUCAULT, 2006, p. 227).

O poder irradiador do psiquiatra deve estar em toda parte. Esse especialista ostenta um poder que emana do corpo técnico da instituição e dos aparatos constitutivos da estrutura física do manicômio. A instituição asilar, por sua vez, contém os mecanismos regulatórios para sujeitar o corpo do doente. O objetivo é vencer o louco, dobrando-o à ordem disciplinar, pela qual a realidade é imposta e potencializada a ele. Com esse espaço de controle e de vigilância sobre o louco, o médico passa a conhecer a história do interno mais do que ele próprio, reafirmando a sua condição de doente. Assim, o saber médico vai subverter a ação disciplinar sobre o louco em ação terapêutica; o médico vai impor a sua cura, instalando-se um jogo entre o corpo sujeitado do louco e o corpo institucionalizado do psiquiatra ampliado à dimensão de uma instituição asilar (FOUCAULT, 2006, p. 235).

Diferentemente das demais áreas médicas em que, com a articulação da anatomopatologia e da clínica no interior do hospital, no século XIX, desenvolveram-se correlações entre os sintomas e as lesões do corpo para se chegar aos diagnósticos, a psiquiatria é a área em que o corpo está ausente, ou seja, será necessário ao poder psiquiátrico tornar explícito aquilo que se esconde, não no interior do corpo, mas no interior das condutas, dos hábitos e dos antecedentes familiares, da história de vida. Para tanto, a psiquiatria lança mão de elementos como o interrogatório, o uso de drogas e a hipnose. Esses três elementos, por seus efeitos disciplinares, inserem-se como uma das

formas de saber e de poder, no nível da produção da verdade atribuída à loucura (FOUCAULT, 2006, p. 300). Para Foucault, essas três técnicas são ambíguas e funcionam em dois níveis. O interrogatório possibilita uma atribuição de identidade com o reconhecimento de um passado constitutivo e de um histórico de vida. Em um processo de inquirição, o psiquiatra buscará descobrir a existência da patologia em um processo que antecede o corpo familiar ou na descoberta das condutas individuais desviantes ou anormais, demonstrando, nestes, os sinais que anunciam a doença do paciente. Ao mesmo tempo em que o saber psiquiátrico busca no interrogatório estabelecer um cruzamento entre a responsabilidade e a subjetividade, faz com que o doente reviva a doença no momento preciso. Como objetivo final, faz com que o doente interrogado reconheça a existência da sua loucura, incorporando-a de maneira efetiva.

Quanto ao segundo e terceiro elementos, as drogas e a hipnose, o autor esclarece que a utilização das drogas no espaço asilar foi bastante generalizada a partir dos anos de 1840- 1845. Entre essas, o éter, o clorofórmio, o ópio, o láudano e o haxixe. Buscava-se, com essas drogas, impor-se a ordem, a calma e o silêncio. O magnetismo ou a hipnose, introduzidos nos anos de 1820-1825, foram experiências cíclicas que desapareceram a certa altura, caracterizados como coadjuvantes do poder físico, corporal do médico.

Foucault (2006, p. 301) considerou que esses elementos foram os elementos de fratura do sistema disciplinar, ou seja, até o momento de suas práticas, o saber médico não passava de uma marca de poder. A partir de então, o médico foi convocado a falar, não em termos de poder, mas em termos de verdade.

Buscando definir o exercício do poder institucional constituído a partir da exclusão e do isolamento do louco, Foucault (2006, p. 474) pesquisou como determinada técnica de poder, ligada às estruturas sociais e políticas “autorizava a racionalização da gestão do indivíduo.” O filósofo tomou como base a ideia de ‘dispositivo’, demarcando três tipos. O primeiro é o dispositivo como um conjunto decididamente heterogêneo de práticas, que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, regramentos, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantropia, o dito e o não dito. Este dispositivo é, então, a rede de relações que podem ser estabelecidas entre esses elementos heterogêneos. É mais definitivo e mais geral que a episteme, que poderia ser definida como um dispositivo exclusivamente discursivo. O segundo dispositivo, discursivo ou não, é um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções. O terceiro é o dispositivo como um tipo de formação que, em

determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência, assumindo, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 2006, p. 244).

Para o filósofo, o dispositivo é, assim, de natureza essencialmente estratégica, sempre inscrito em um jogo de poder. São as estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. Trata-se de um condicionamento e de uma intervenção racional e organizada das relações de força. Esses dispositivos de poder e de disciplina estruturados em seus elementos envolveram os loucos no ambiente do asilo manicomial, possibilitando a constituição de um saber que acabou por monopolizar a verdade psiquiátrica acerca da doença mental. Os dispositivos de poder passaram a ser visualizados e analisados como instâncias de produção das práticas discursivas. A interrogação se deslocará, então, das representações para os dispositivos de poder e para os jogos de verdade que se teceram em torno da loucura e do saber psiquiátrico. No espaço terapêutico, foi possível articular o saber, a verdade e o poder por referência ao fenômeno ambíguo da loucura.

A constituição de um dispositivo médico pautado na psiquiatria fez parte de uma necessidade de se reconhecer essa área da medicina como parte da higiene pública e como instrumento de intervenção na sociedade; não só na doença, mas no combate ao perigo que ela representava. Do médico, esperava-se não apenas prever o perigo, mas a intervenção no processo.

Ao estruturar o real no desvio encontrado na loucura, o psiquiatra fundamentou o tratamento isolando a patologia. Por vezes, confundiu-se a obediência à cura com o processo de sujeição a que fora condicionada a loucura. A emergência do saber psiquiátrico sobre os desvios e as diferenças imanentes aos loucos foi erigida em um saber próprio da psiquiatria como especialidade médica e se propagou nas relações constitutivas do tecido social, assegurando essa verdade na tessitura das relações.

A loucura e a anormalidade com a marca patológica da instância científica instituída pela psiquiatria e regulamentada como saber foram reconhecidas pela opinião pública, pela justiça e pelo Estado, expandindo-se e ganhando espessura na sociedade. Na proporção em que esse saber se sustentava como saber científico, ele fundamentou-se em relação à medicina, garantindo a sua função de apoio científico ao exercício de poder no Estado. Com essa irradiação e abrangência do poder da psiquiatria, outros alvos foram delineados como sua jurisdição: o comportamento e o desvio da normalidade em sociedade, a anomalia com tendências à loucura, além do desvio observado nas diversas instituições escolares, militares, jurídicas. Assim, a psiquiatria abrangeu toda a

sociedade, e a atenção psiquiátrica persistiu na regulação dos costumes e na imposição de normas, buscando restaurar a normalidade e intervir na anormalidade.

Foi sob a égide da sociedade disciplinar instaurada a partir do Estado Moderno que se fundou a tecnologia política do corpo pela ideologia de valores que o conferiu. Aqui, não se pensou em apropriação, mas em dispositivos e manobras que fizessem com que as práticas discursivas se tornassem estratégias que esquadrihassem o social e que marcassem os lugares da anormalidade. Foi assim que, desde a fundação do Hospital D. Pedro II, a medicina articulada ao Estado se constituiu como o principal meio de controle social, seja pela punição da força policial, seja pelas estratégias de tratamento oferecido aos anormais, com destaque para o louco.

Nesse sentido, a nomenclatura que coube a qualquer tipo de transtorno, isto é, para o ato que fosse difícil de ser classificado pelos manuais de boa conduta, foi seguindo as transformações fundamentais entre a lei e a norma, conferindo o desenho, como uma cartografia, da estruturação da tecnologia da anormalidade em Mato Grosso. Apesar da distância geográfica, das dificuldades de comunicação, da localização desse estado, do lado oposto ao do litoral que liga as terras brasileiras ao continente europeu civilizado, Mato Grosso, especialmente em sua capital, foi, pouco a pouco, influenciado e impingido a adotar as mesmas medidas de corrigibilidade e de governabilidade do corpo praticadas na capital carioca. Suas referências foram os mesmos discursos disciplinadores que eram produzidos no além-mar. Aqui também criaram-se territórios específicos para isolar os indesejáveis da sociedade; lugares de experiência, de tecnologias da verdade da psiquiatria. Este processo será discutido no capítulo que segue.



Foto 14 - Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁸.

⁸ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

CAPÍTULO III

A HISTÓRIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA EM CUIABÁ

Neste capítulo, a proposta foi, na linha de pensamento de Foucault, desvendar o processo histórico da construção de uma “verdade” que justificou a institucionalização da loucura em Cuiabá. O interesse, aqui, não foi o de capturar o nível de organização específico, trazendo à tona as bases fundadoras dessa institucionalização ou as suas origens arqueológicas. O objetivo foi investigar, nos termos de Foucault, o “descortinamento histórico da verdade” definida por interesses específicos das diversas estruturas de poder, o desvendamento do porquê sobre os saberes inseridos na ordem política, pensados na conexão com o poder. Assim considerando, o empenho não foi contar a evolução de uma prática ou de um pensamento sobre a loucura, mas, sim, analisar o campo cultural no qual o novo saber se instaurou. Para cumprir o exposto, coube ponderar as interconexões entre os diferentes espaços geográficos e de poder no Brasil e os lugares nos quais os interesses específicos são delimitados e construídos com base na estrutura de poder em Cuiabá.

Os argumentos neste capítulo tiveram por referência os discursos produzidos ao longo do processo de institucionalização, mesmo em face aos inúmeros problemas reais, no que concerne à adesão de Mato Grosso à lógica da modernização, com reestruturação das suas bases econômicas, sociais e políticas. Mediante tal situação, foi meritório indagar: o que fez com que as bases argumentativas da institucionalização se firmassem e adquirissem o *status* de verdade no processo de institucionalização da loucura? Para responder a esta questão, foi inevitável alinhar a investigação ao eixo analítico sobre como o conhecimento da loucura esteve estreitamente conectado com o poder.

A questão do poder, na concepção de Foucault, é pensada como uma rede na qual o homem é visto como objeto e sujeito das práticas de poder. Apesar de não ter dedicado uma obra específica ao tema *poder*, esta questão permeia vários lugares de reflexão de seus textos e livros. A assertiva de que o sujeito se constitui com base nas relações de poder e de saber como formas de controle social constitui a base teórica sob a qual esta pesquisa se ancora. Pelos discursos justificadores da institucionalização da loucura, pode-se analisar sua existência e suas transformações na estrutura social, situando os homens como peças de relações de poder. Além disso, o aparecimento do saber sobre a loucura tem explicação nas condições de possibilidades externas aos

próprios saberes. Isso é verificado no desfilar de documentos que foram investigados para compreender a institucionalização da loucura em Cuiabá.

Esse processo de institucionalização vinculou-se à consolidação do ideário político de construir um Brasil moderno e civilizado, adequado aos princípios da ordem para se alcançar o progresso. Nessa perspectiva, na busca de respostas e de soluções que correspondessem ao almejado ideário moderno, a questão foi discutida por médicos, engenheiros, educadores, literatos, enfim, intelectuais que debatiam o Brasil do futuro. As elites políticas e intelectuais se aliaram ao esforço civilizador do país, questão que se apresentava emergente na República. Em busca da imagem de um novo Brasil, foram discutidos os problemas e as soluções que poderiam ser apresentados e tomados em face de um país delineado nos parâmetros da ordem e do progresso.

Conforme a historiografia, entre as discussões da época, a questão do “racismo científico” apontava para a composição étnica do povo, atribuindo à miscigenação racial o atraso na formação da raça brasileira. Fazia-se necessário portanto, transformar, encaminhar e construir uma nacionalidade forte e vigorosa para o povo brasileiro. Configurou-se, assim, o processo eugênico nacional.

Na perspectiva de um movimento que faria o saneamento do país com fortes características rurais, a elite intelectual entrevia, no homem do interior, tipificado no Jeca-Tatu, uma figura que não cabia na imagem do Brasil moderno. Criado pelo escritor Monteiro Lobato, esse personagem representava o esboço permanente de um homem matuto, ignorante, doente e indolente do interior do Brasil. A representação caricatural do Jeca tornou-se, pois, o símbolo do caboclo brasileiro, que necessitava ser tratado em termos de saúde, de educação e com algumas pinceladas de cultura erudita, para possuir vigor e tornar-se a força de trabalho necessária para o país atingir o progresso. Assistia-se, no Governo de Getúlio Vargas, a ênfase dada à sua proposição de construir um novo homem brasileiro, modificando essa imagem do mestiço indolente e preguiçoso para a edificação de um trabalhador produtivo; um homem convertido à insígnia da modernização, valorizado pelo seu vínculo com o novo sistema de produção e consumo, enfim, desgarrado das velhas amarras da simplória vida no campo, sem projetos e sem perspectivas futuras de ascensão social e econômica. Bercito, apropriadamente, informa sobre as medidas cabíveis para a transformação do homem caboclo no homem moderno:

O nacionalismo era a tônica do período, onde estavam postos problemas advindos de uma economia baseada no setor agro-exportador, totalmente dependente do mercado externo. O governo

oferecia soluções situadas numa perspectiva nacionalista visando conquistar uma maior autonomia econômica dentro da política de depender menos do capital externo e ao mesmo tempo incentivar a formação do mercado interno. Neste sentido, procurou-se impulsionar a ocupação econômica do território abrindo fronteiras econômicas e povoando o interior do país, num movimento conhecido como Marcha para o Oeste (BERCITO apud DOURADO, 2003, p. 29).

Vê-se que o movimento da Marcha para o Oeste foi uma ação do governo na tentativa de ocupar e explorar as áreas menos povoadas do Brasil, pretendendo distribuir melhor a população em todo o país, uma vez que havia maior concentração populacional nas regiões litorâneas. A proposta do movimento da nação à procura do alargamento nacional visava ampliar os núcleos habitacionais que já existiam nas regiões continentais, afinando a conquista do espaço físico para gerar maior produção de riqueza em prol da nação desenvolvida. As terras até então improdutivas, do imenso interior do país, poderiam ser aproveitadas para a extração de recursos praticamente inexplorados.

Em conformidade com Lenharo (1986), a ocupação dos espaços “ditos” vazios do território nacional não significava simplesmente a ocupação econômica da terra transformada em geradora de riquezas. Ia além. A ocupação deveria ser executada de forma especial, fixando o homem na terra por métodos cooperativos que redimensionariam as relações sociais de acordo com a política instituída pelo governo.

Enfrentam-se, assim, duas frentes discursivas, ambas alinhadas à ideia foucaultiana do homem como sujeito e objeto de conhecimento. Para haver mais precisão neste argumento, há de se citar o discurso proferido pelo homem representante das instituições governamentais, a começar com a proposta getulista da Marcha para o Oeste, e o homem que, nas suas simplicidade e rusticidade, é considerado o objeto de políticas que emanavam da expectativa de integração nacional, mas com forte teor eugênico.

Há de se destacar o fato de o discurso de Vargas sinalizar para a conquista do oeste como uma condição indispensável para se consolidar os alicerces da nação pela integração nacional. O verdadeiro sentido de brasilidade alvitado no movimento nacionalista da Marcha para o Oeste combinava colonização e industrialização conduzindo, para o campo, o progresso das conquistas urbanas e unificando o país na valorização integral do homem brasileiro. Para Vargas, o projeto nacionalista tinha como fundamento transformar os interesses particulares em geral, demonstrando que a efetividade do processo conduziria o estado de Mato Grosso ao progresso, continuando a evolução econômica ocorrida no centro do país rumo ao interior.

A Marcha para o Oeste garantiu a legitimidade do Estado Novo e significou, para o Estado de Mato Grosso, uma profunda transformação ligada ao progresso e à sua incorporação à nação. Com a instituição do Estado Novo, em 1937, quem assumiu esse estado como Interventor Federal foi Júlio Muller, que permaneceu no cargo até o ano de 1945.

Nessa perspectiva de desenvolvimento para o Estado, várias *personas* de destaque e de prestígio local foram convocados para participar dessa marcha. Em consonância com o discurso do Estado Novo, uma correspondência editada em um periódico feminino denominado A Violeta, no ano de 1938, por ocasião da visita de Getúlio Vargas à capital de Mato Grosso, informa sobre a euforia que a modernidade causava entre a população local. A revista A Violeta conclama:

Caras Amiguinhas,

Nesta correspondência pretendo referir-me ao assunto magno que me prende a atenção presentemente; aquele em que se encerra nessa frase que se tornou vulgar, graças à sua alta significação para os interesses da Pátria - Rumo ao Oeste!(...) É brado, inteligente e enérgico de quem compreende o que é o Brasil (...) Pois foi compreendido por S. Excia o Sr. Dr. Getúlio Vargas, ilustre filho do Sul (...) Rumo ao Oeste na representação verdadeira da sã política do país, com a escolha de ilustres filhos desta nossa terra – D.Aquino, General Eurico Gaspar Dutra, Capitão Filinto Muller, General Rondon para nobres e importantes missões; Rumo ao Oeste na defesa da saúde pública, no traçado das estradas, na construção de prédios, na incentivação da agricultura e, por último, coroando toda a sua benemerência pelo nosso Estado, a sua visita a esta Capital (A VIOLETA, 1938, p. 8-9).

O olhar e a atenção do Estado Federal à região eram benfazejos. As mulheres, distantes das novidades que a civilização litorânea oferecia, viam-se mais próximas da possibilidade de incrementar o consumo de produtos que lhes conferissem o título de modernas. Os homens, animados com a perspectiva de maior visibilidade nacional de suas atividades econômicas, vislumbram mais rendimentos para seus negócios. Os jovens percebem a possibilidade de estreitamento dos vínculos institucionais entre o litoral e o interior garantindo a possibilidade de se aventurarem em projetos mais ousados, como o de estudar e trabalhar em cidades mais desenvolvidas. No aspecto educacional, era um fato comum, nesse período, alguns jovens serem mandados para a capital para realizarem seus estudos. Até mesmo aqueles com baixo poder aquisitivo eram custeados em sua formação pelo Governo do Estado que, por sua vez, empenhava-se em garantir o retorno de mão de obra qualificada.

Getúlio e seus asseclas, dotados de uma prática discursiva convincente, sustentavam a intervenção de poder e a produção de sentido sobre o papel do cidadão na formação da nação brasileira. A esta percepção construída e pelo discurso do Brasil grande, articula-se uma nova concepção do bem-viver. Cuiabá, nas esferas sociais mais aquinhoadas, transforma-se na grande defensora da política implementada por Getúlio Vargas, a Marcha para o Oeste.

No dia 7 de agosto de 1939, pelo jornal O Correio da Semana, foi anunciada a provável visita do eminente Chefe da Nação, Getúlio Vargas, à capital mato-grossense. Foi com grande euforia que a sociedade cuiabana comemorou a notícia. Cuiabá receberia, pela primeira vez, um presidente da república que, com esse gesto, vinha demonstrar ao povo de Mato Grosso que o grito “Rumo ao Oeste” vinha sendo cumprido pelos benefícios concretizados no Estado.

O Interventor Federal Júlio Muller, desde o início de sua gestão, procurou dotar Cuiabá dos equipamentos necessários para sua estruturação como Capital do Estado de Mato Grosso, iniciando com a alteração da paisagem urbana. As mudanças estruturais, arquitetônicas, visuais e funcionais transformaram a cidade em um campo de obras. Ruas e estradas foram abertas; prédios públicos foram construídos e reformados; foi edificada a ponte ligando Cuiabá à cidade vizinha denominada Várzea Grande; foram construídos o cinema e o teatro, além de se ter gerado impulso para o crescimento da pecuária e o desenvolvimento da agricultura.

O orgulho da cidade pavimentada, com prédios do porte daqueles das grandes cidades, com pessoas bem-vestidas e com seus automóveis modernos, circulando pelas vias principais enfeitadas por belos jardins, fazia a alegria de políticos e da elite de Cuiabá. A foto da Avenida Getúlio Vargas, nome bem sugestivo, é uma demonstração de que, na década de 40, o ar rural de Jeca-Tatu saiu de cena para dar lugar a uma nova forma de viver.



Foto 15 – Avenida Getúlio e vista do Grande Hotel de Mato Grosso, Cuiabá.
Fonte: BRASIL, Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, Década de 1940a.

Arborizar e oferecer ao morador uma imagem de renovação do espaço público fazia parte da política de adesão da população ao fato de que a política modernizadora representava o conforto, a valorização e a altivez da cidade.



Foto 16 – Avenida XV de Novembro e vista parcial da Igreja São Gonçalo, Cuiabá.
Fonte: BRASIL, Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, Década de 1940b.



Foto 17 – Ponte Júlio Muller e vista do cais do Porto e da Avenida XV de Novembro, Cuiabá.
Fonte: BRASIL, Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, Década de 1940c.

As fotos revelam o visual que se desejava para toda a cidade de Cuiabá, para todo o Estado de Mato Grosso e para o Brasil. Ruas amplas, higienizadas, com pessoas bem-apresentadas e seus automóveis. No entanto, Cuiabá tinha também outras faces, muitas vezes escondidas, mas uma foto revela sua forte ligação com o passado simplista: um ou outro prédio mais imponente, mas, de resto, casas baixas com pessoas circulando a pé nas ruas pavimentadas conforme velhos padrões de utilização de paralelepípedos: os bem-aquinhoados em seus carros que circulavam nessas ruas certamente reclamavam da trepidação provocada pelo assentamento irregular das pedras, mas isto não era incômodo para os cavalos, os andarilhos e os cachorros. Note-se a ausência do automóvel, este, um dos mais notáveis símbolos da modernidade.



Foto 18 – Rua 13 de Junho e prédio dos Correios e Telégrafos, Cuiabá.
Fonte: BRASIL, Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, Década de 1940d.

Privilegiando analisar a interferência desse período promissor e de progresso para Cuiabá e todo o Estado de Mato Grosso, a ênfase deve ser particularmente colocada na reforma sanitária, iniciada sob a gestão de Júlio Muller e empreendida com a criação do Código Sanitário de 1938. O período corresponde à tomada de atitude política adotada em relação à loucura, tendo sido realizada a transferência do acolhimento prestado pela Força Pública do Estado de Mato Grosso para o Departamento de Saúde, passando a loucura, de caso de polícia, para caso de saúde pública. Não sem razão, este é um tema pungente, uma vez que a cidade ativa não comporta figuras que são a representação da degenerescência humana. Ela precisa ter a marca da novidade, da modernidade e do homem são e de bem, pronto para grandes empreendimentos e disposto a assumir a missão de prover o futuro dos sonhos acalentados pelo progresso.

O fio condutor entre as instâncias de poder e de saber toma o discurso médico sobre a loucura como doença mental, e o discurso da verdade da loucura, discutido no Capítulo II, alimenta o debate sobre os arquivos que foram analisados e nos quais a questão da loucura parece já estar solucionada, cabendo aos poderes públicos interrogar sobre as manifestações da doença na população e sobre a organização da instituição encarregada de fazer funcionar as práticas de controle social.

3.1 Da Chácara do Governo ao Asilo dos Alienados do Coxipó da Ponte

A historiografia regional aponta que, nas primeiras décadas do século XX, Cuiabá apresentava ainda as características de uma cidade colonial. Apesar disso e da longa distância entre ela e os grandes centros urbanos e decisórios das ações políticas do país e do complicador das deficiências comunicacionais do período, o discurso eugênico se instalou nessa capital com força, servindo de pauta para a política preconizada pela República.

De acordo com Maciel (1992), até o final da década de 30, destoando das grandes cidades, Cuiabá era pacata, e a existência e a circulação de uma população marcada profundamente pela predominância de negros e de índios davam um toque curioso à cidade. Nesse cenário, foram se tornando objetos de reivindicação da elite cuiabana os processos de modernização da cidade e emergindo o discurso dos ideais de ordem para atingir o progresso. A elite havia encontrado um terreno fértil para se posicionar como a nova defensora da modernidade. Entusiasmara-se essa elite com a probabilidade de transformar Cuiabá em uma cidade ordenada que se adequasse aos ideais civilizatórios.

A comprovação do discurso desenvolvido em Cuiabá, condizente com as ideias apregoadas pela elite intelectual em torno dos ideais eugênicos propagados pela nação, figurava em uma campanha de divulgação dos males ocasionados pelo uso de bebida alcoólica, com a publicação no jornal O Ferrão, de 10 de agosto de 1930:

Centenas de vezes temos batido e rebatido sobre o alcoolismo reinante. O álcool além de outros males, além de outras inconveniências, é ainda a miséria por toda a economia orgânica, enfraquecendo as resistências naturais do indivíduo. O álcool potável debaixo das formas nobres e plebéias com que se apresenta desde a fidalga champanhe até a rústica cachaça, cachaça reles, é a causa das maiores desgraças que acompanham a humanidade. O crime, a loucura, e até a tuberculose são efeitos do uso moderado ou imoderado da bebida. O álcool atua sobre o organismo danificando os aparelhos digestivo e circulatório. Ele parece dar energia, força, prazer e coragem a quem o traga, para depois então matá-lo moralmente ou fisicamente. O alcoolista, o bêbado em suma, não é só o indivíduo que usa o álcool em excesso, mas também o bêbado assíduo dos simples aperitivos, os quais pululam em toda parte. Quando não vai para um hospício; manda os seus descendentes. Alcool cria como vemos, desordeiros, ladrões, assassinos e outros mais (O FERRÃO, 1930, p. 6).

Os bêbados incomodavam a elite, que os queria expurgados da cidade. É sob essa percepção que Maciel (1992) assevera reinar uma preocupação entre os vários

setores da elite cuiabana quanto aos vadios que perambulavam pelas ruas. Estes indivíduos eram vistos como elementos sem amor ao trabalho. Em um periódico do ano de 1919, após denunciarem a existência de um grande número de desocupados, a sociedade cuiabana conclamava as autoridades estaduais a cumprirem seu papel no controle social, no sentido de limitar as liberdades individuais e de se armarem de meios compressores a fim de vigiar os maus elementos que pululavam em seu meio. A vontade da elite era de expurgar, isto é, de purificar a cidade por um processo de limpeza das pessoas. Esse fato remete à noção foucaultiana da constituição histórica do sujeito que é afirmado por práticas e discursos que se multiplicaram nas diversas instituições sociais a partir do século XIX. O hospital psiquiátrico, a escola, o quartel e as fábricas constituíam uma forte rede de estabelecimentos cuja principal característica era a vigilância e a disciplina. O consumo de bebidas alcoólicas tornava o indivíduo, e ainda é esta a visão dominante, inapto ao desempenho de tarefas cívicas e sociais; o bêbado ou alcoólatra não corresponde ao indivíduo disciplinado e normalizado que as instituições desejam forjar.

A elite cuiabana composta de proprietários de terra, de comerciantes, de professores e dos responsáveis pelo aparelho policial propunha, pelos jornais, em referência a esses indivíduos, a imposição do trabalho compulsório e a criação de instituições de caráter diverso como os meios mais eficazes para o controle dessa população. Poder e ordem, eis as palavras-chaves da política eugenista que dominava todo o país e fez suas vítimas também em Cuiabá. Vítimas porque a maioria da população oriunda da cultura negra e indígena não se conformava com o ideal do indivíduo disciplinado. Os gestos, as falas e os comportamentos eram os subsídios da cidadania.

Foucault, na problemática da relação entre disciplina e vigilância, fornece-nos a reflexão sobre a normalização que vem em socorro dessa aventura de interpretar o processo de construção de instituições controladoras, como a Colônia Penal Agrícola e o manicômio em Cuiabá. A normalização descreve o funcionamento e a finalidade do poder. Assim, os indivíduos foram conduzidos à modernidade por meio de práticas que os mecanismos de normatização instituíram. Tendo como ponto de fixação imediato os corpos dos indivíduos localizados no interior dos espaços institucionais precisos, as forças reais fazem com que as leis sejam efetivadas realmente. Isto é, na localização do corpo, o discurso amparado nas instituições que o legitimam torna os corpos e as mentes objetos de cuidados especiais. Não é por acaso que Foucault (2005, p. 28) assevera: “não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo

de sua instância”. A modernidade chegou, também, pelo controle do corpo do sujeito cuiabano, principalmente daqueles que estavam fora da norma e da ordem social desejada.

Doravante, as proposições se davam em torno da criação de colônias correccionais, asilos, institutos agrícolas e escolas profissionais, tendo como meta disciplinar os indivíduos para a perspectiva do trabalho numa vertente de constituição de um mercado de trabalho urbano. Assim eram as propostas por parte das autoridades políticas. Maciel (1992) habilmente percebeu essa tendência da formação da mão de obra para o trabalho não mais do campo, mas das exigências das empresas com feições capitalistas. Para a concretização dessa política, foi imprescindível ao inspetor de higiene da cidade, com publicação no Diário Oficial de 8 de abril de 1928, emitir ordens para que se conduzissem ao isolamento os indivíduos acometidos “do mal dos Lázaros”⁹, considerados ineptos ao trabalho e um perigo para a saúde pública.

Para uma sociedade que se instituía pautando sua ordenação sobre o valor do trabalho, o vadio representava a negação dos seus princípios, significava algo muito perigoso, que a qualquer momento poderia colocar em risco sua pretensa harmonia. Cuidava-se de reconhecer, nesses indivíduos, toda a sorte de perigos e maus instintos que “para essa horda de desocupados e egressos da ordem” os jornais pediam a intervenção policial e a sua reclusão nas colônias e usinas (MACIEL, 1992, p. 86).

A autora elucida ainda o papel da imprensa que, além de combater os maus costumes da população urbana, defendendo hábitos e posturas consideradas adequadas nas relações sociais estabelecidas, era também a porta-voz de médicos e dos adeptos da eugenia, bem como do próprio serviço de higiene na guerra contra as doenças endêmicas e a insalubridade. A imprensa foi uma forte defensora dos ideais de uma capital higienizada e salubre. Maciel ainda menciona que algumas usinas de açúcar foram utilizadas nesse período, muitas vezes com o apoio da população, como colônias agrícolas, para os trabalhos forçados dos desocupados da capital. A própria organização e estrutura dessas usinas, localizadas às margens do rio Cuiabá, foram pensadas para garantir a distância do convívio com a população urbana, para garantir a autonomia dos seus proprietários, que detinham o poder de decidir sobre a vida e da morte de seus trabalhadores (MACIEL, 1992, p. 80-90).

⁹ Mal de Lázaro ou morfeia são denominações antigas do que a medicina moderna define como hanseníase.

Sobre essa utilização das usinas de açúcar como colônias, delineiam-se duas vertentes conforme a narrativa acima: por um lado, houve a anuência e a disposição da população para a realização do saneamento urbano com a retirada dos desocupados das ruas da capital. Por outro houve, por parte dos usineiros, uma apropriação de mão de obra, garantindo o trabalho compulsório nesses espaços, sob o pretexto de corrigir maus hábitos sociais.

Compondo e percorrendo o cenário urbano, circulavam também os loucos. Aqueles que eram indigentes, na sua maioria, vagavam pelas ruas, despidos ou em andrajos. Aqueles que possuíam família viviam amparados no círculo doméstico. Quando calmos, desfrutavam da convivência social; se violentos, ficavam mantidos em quartos isolados da casa, onde recebiam alimentos e cuidados necessários dos próprios familiares. Porém, muitos loucos eram enviados à Santa Casa de Misericórdia quando problemas de saúde de natureza não mental exigiam tratamento especializado, ou mesmo quando a agressividade não era mais controlada por familiares. Largados nas ruas ou apoiados pelas famílias, os loucos não dispunham de uma instituição que respondesse às necessidades específicas de sua condição de alienado. Na ausência de estabelecimento apropriado, quando se tornavam furiosos, desenvolvendo ações de turbulência e ofensa aos bons costumes, caracterizando invasão à tranquilidade pública, eram recolhidos nas dependências da cadeia pública, permanecendo junto a presos por assassinato, roubo, assédio e outros comportamentos rejeitados pelos bons costumes. De acordo com o demonstrativo do Mapa Geral dos presos existentes e recolhidos na Cadeia Pública de Cuiabá, no mês de janeiro de 1930 havia um total de 50 prisioneiros, dos quais, 11 eram alienados:

No 2

Delegacia de Policia da Capital.

Mapa geral dos presos existentes e recolhidos a Cuiabá no anno de 1930.

Meses	Presos					Posto em liberdade.				Arrestos das autem- tas policiaes	Total
	Arrestos	em process- to	Correcio- naes	alienados	Ponun- ciados	absolvi- dos	Habias- corpuz	Probatos	afianca- dos		
Januero	20	6	16	11	3	1	1			4	50
Fevereiro	20	7	16	2	3					4	51
Março	19	6	15	2	3		2			3	45
Abril	18	5	19	7	2	1	1			5	44
Mai	16	4	23	4	3	1	1			9	41
Junho	16	6	26	4	3					11	44
Julho	16	7	19	2	3		1			7	45
Agosto	16	6	22	6	3				1	10	43
Setembro	15	4	15	7	4		1	1		2	42
Outubro	15	6	15	6	4	1				3	43
Novembro	15	6	14	6	4					2	43
Dezembro	16	5	15	7	4	1					42

Cuiabá, 13 de Janeiro de 1930

O Lecivado

Octavio Ribeiro Marques

AGO 19 2008

Foto 19 – Mapa demonstrativo dos presos de Cuiabá no ano de 1930.
Fonte: BRASIL, Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, 2008.

A referência que confirma o recolhimento dos loucos na cadeia pública fez-se também por um ofício, datado de 14 de abril de 1930, do Chefe de Polícia sr. João Christião Carstens ao Secretário de Finanças do Estado de Mato Grosso, pelo qual o sr. Carstens solicita agasalhos e cobertores para os prisioneiros, por ocasião do inverno:

Aproximando-se o período do frio e achando-se desprovidos de roupa os presos pobres da cadeia pública desta cidade rogo atenciosamente se digne dar suas ordens para que, por conta da rubrica IX nº 3 do vigente orçamento, sejam fornecidos à Delegacia de Polícia, pelo Almojarifado, para distribuição a 12 sentenciados o seguinte: 12 calças e 12 gandolas de algodão grosso e 12 cobertores ordinários. Outrossim, existindo também 6 loucos, dos quais 5 homens e uma mulher, ali recolhidos, por falta de estabelecimento apropriado, pediria igualmente

a V. Excia para os mesmos, 5 calças, 5 blusas, uma camisola de tecido grosso e 6 cobertores ordinários (sic) (BRASIL, 1930).

Essa era uma situação que incomodava os agentes do estado. Por isso, o Governador Mário Correa, em 1929, inaugurou um pavilhão destinado aos alienados, anexo à Santa Casa de Misericórdia, buscando resolver o problema mais premente da cadeia pública de recolher os alienados. Contudo, em um relatório do mesmo ano, reclamou-se da situação das mulheres, que causava mais pesar e, conforme as próprias palavras contidas na mensagem do governador, o fato era que a situação das alienadas retidas no presídio “era um espetáculo deprimente que causava contristação aos olhos de um povo civilizado” (BRASIL, 1929, p. 59).

Com a finalização da obra anexa à Santa Casa de Misericórdia, esse governador constatou que o prédio construído não apresentava a disposição apropriada ao fim que se pretendia, sendo mais adequada a sua utilização ao estabelecimento de enfermarias. Assim, mudou-se mais uma vez de ideia, e o estabelecimento teve outro destino. Essa mudança de planos conduziu à deliberação de que se fizessem algumas modificações e adaptações no pavilhão, que teria como nova finalidade a prestação de atendimento específico para as mulheres e as crianças não alienadas. Retardou-se, mais uma vez, a resolução de um espaço específico para os loucos da cidade.

Na prestação de contas do movimento da Santa Casa no mês de novembro de 1930, no rol de atendimentos e internações de enfermos havia, entre esses, 14 alienados, dos quais 3 eram homens e 11, mulheres¹⁰. Houve o mais incômodo silêncio sobre a disparidade de gênero dos alienados atendidos. Não foram encontrados, nas pesquisas efetivadas, elementos explicativos para a maior incidência de loucura entre as mulheres ou para o fato de serem elas as submetidas à internação.

Desde as primeiras décadas do século XX, no jornal oficial do governo do estado, entre os apontamentos e os pronunciamentos das autoridades locais, observava-se, com clareza, que havia a necessidade premente de se abrigar os loucos que perambulavam pela cidade. O planejamento e a instalação de um asilo manicomial em Cuiabá fizeram parte dos projetos de muitos governadores que foram se sucedendo ao longo dos anos. Desde a instauração da República, 1889, até o ano de 1937 desfilaram, na cadeira de governante de Mato Grosso, nada menos que 33 figuras políticas.

¹⁰ Cf. Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso, 3 jan. 1931.

nº	Nome	início do mandato	fim do mandato
1	<u>Antônio Maria Coelho</u>	<u>9 de dezembro de 1889</u>	<u>15 de fevereiro de 1891</u>
2	<u>Frederico Solon de Sampaio Ribeiro</u>	<u>16 de fevereiro de 1891</u>	<u>31 de março de 1891</u>
3	<u>José da Silva Rondon</u>	<u>1 de abril de 1891</u>	<u>5 de junho de 1891</u>
4	<u>João Nepomuceno de Medeiros Mallet</u>	<u>6 de junho de 1891</u>	<u>16 de agosto de 1891</u>
5	<u>Manuel José Murtinho</u>	<u>16 de agosto de 1891</u>	<u>15 de agosto de 1895</u>
6	<u>Antônio Correia da Costa</u>	<u>15 de agosto de 1895</u>	<u>26 de janeiro de 1898</u>
7	<u>Antônio Cesário de Figueiredo</u>	<u>26 de janeiro de 1898</u>	<u>10 de abril de 1899</u>
8	<u>João Pedro Xavier Câmara</u>	<u>10 de abril de 1899</u>	<u>6 de julho de 1899</u>
9	<u>Antônio Leite de Figueiredo</u>	<u>6 de julho de 1899</u>	<u>15 de agosto de 1899</u>
10	<u>Antônio Pedro Alves de Barros</u>	<u>15 de agosto de 1899</u>	<u>15 de agosto de 1903</u>
11	<u>Antônio Pais de Barros</u>	<u>15 de agosto de 1903</u>	<u>2 de julho de 1906</u>
12	<u>Pedro Leite Osório</u>	<u>2 de julho de 1906</u>	<u>15 de agosto de 1907</u>
13	<u>Generoso Pais Leme de Sousa Ponce</u>	<u>15 de agosto de 1907</u>	<u>12 de outubro de 1908</u>
14	<u>Pedro Celestino Correia da Costa</u>	<u>12 de outubro de 1908</u>	<u>15 de agosto de 1911</u>
15	<u>Joaquim Augusto da Costa Marques</u>	<u>15 de agosto de 1911</u>	<u>15 de agosto de 1915</u>
16	<u>Caetano Manuel de Faria e Albuquerque</u>	<u>15 de agosto de 1915</u>	<u>8 de fevereiro de 1917</u>
17	<u>Camilo Soares de Moura</u>	<u>9 de fevereiro de 1917</u>	<u>22 de agosto de 1917</u>
18	<u>Cipriano da Costa Ferreira</u>	<u>23 de agosto de 1917</u>	<u>21 de janeiro de 1918</u>
19	<u>Francisco de Aquino Correia</u>	<u>22 de janeiro de 1918</u>	<u>21 de janeiro de 1922</u>
20	<u>Pedro Celestino Correia da Costa</u>	<u>22 de janeiro de 1922</u>	<u>24 de outubro de 1924</u>
21	<u>Estêvão Alves Correia</u>	<u>25 de outubro de 1924</u>	<u>22 de janeiro de 1926</u>
22	<u>Mário Correia da Costa</u>	<u>22 de janeiro de 1926</u>	<u>21 de janeiro de 1930</u>
23	<u>Aníbal Benício de Toledo</u>	<u>22 de janeiro de 1930</u>	<u>30 de outubro de 1930</u>
24	<u>Sebastião Rabelo Leite</u>	<u>30 de outubro de 1930</u>	<u>3 de novembro de 1930</u>
25	<u>Antônio Mena Gonçalves</u>	<u>3 de novembro de 1930</u>	<u>24 de abril de 1931</u>
26	<u>Artur Antunes Maciel</u>	<u>24 de abril de 1931</u>	<u>15 de junho de 1932</u>
27	<u>Leônidas Antero de Matos</u>	<u>15 de junho de 1932</u>	<u>12 de outubro de 1934</u>
28	<u>César de Mesquita Serva</u>	<u>12 de outubro de 1934</u>	<u>8 de março de 1935</u>
29	<u>Fenelon Müller</u>	<u>8 de março de 1935</u>	<u>28 de agosto de 1935</u>
30	<u>Newton Deschamps Cavalcanti</u>	<u>28 de agosto de 1935</u>	<u>7 de setembro de 1935</u>
31	<u>Mário Correia da Costa</u>	<u>7 de setembro de 1935</u>	<u>8 de março de 1937</u>
32	<u>Manuel Ari da Silva Pires</u>	<u>9 de março de 1937</u>	<u>13 de setembro de 1937</u>
33	<u>Júlio Strübing Müller</u>	<u>13 de setembro de 1937</u>	<u>30 de outubro de 1945</u>
34	<u>Olegário Moreira de Barros</u>	<u>30 de outubro de 1945</u>	<u>19 de agosto de 1946</u>
35	<u>José Marcelo Moreira</u>	<u>19 de agosto de 1946</u>	<u>8 de abril de 1947</u>
36	<u>Arnaldo Estêvão de Figueiredo</u>	<u>8 de abril de 1947</u>	<u>1 de julho de 1950</u>
37	<u>Jari Gomes</u>	<u>1 de julho de 1950</u>	<u>31 de janeiro de 1951</u>

38	<u>Fernando Corrêa da Costa</u>	<u>31 de janeiro de 1951</u>	<u>31 de janeiro de 1956</u>
39	<u>João Ponce de Arruda</u>	<u>31 de janeiro de 1956</u>	<u>31 de janeiro de 1961</u>
40	<u>Fernando Corrêa da Costa</u>	<u>31 de janeiro de 1961</u>	<u>31 de janeiro de 1966</u>
41	<u>Pedro Pedrossian</u>	<u>31 de janeiro de 1966</u>	<u>15 de março de 1971</u>
42	<u>José Manuel Fontanillas Fragelli</u>	<u>15 de março de 1971</u>	<u>15 de março de 1975</u>
42	<u>José Garcia Neto</u>	<u>15 de março de 1975</u>	<u>15 de março de 1979</u>
43	<u>Cássio Leite de Barros</u>	<u>15 de março de 1979</u>	<u>15 de março de 1979</u>
44	<u>Frederico Carlos Soares Campos</u>	<u>15 de março de 1979</u>	<u>15 de março de 1983</u>

Lista de governantes de Mato Grosso.

Fonte: WIKIPÉDIA, 2010.

Se, por um lado, havia a necessidade de se instituir em Cuiabá um local específico para o recolhimento dos insanos, por outro prisma, era necessário equiparar a capital aos grandes centros urbanos do país nos quais já haviam sido inaugurados e funcionavam os asilos manicomial destinados a esse mister. O feito demonstraria que Cuiabá não estava alijada do processo de civilização. Embora listando a criação da instituição como uma necessidade emergente, em cada governo que se sucedia havia sempre outra prioridade a se alcançar, ficando para um futuro próximo o estabelecimento deste empreendimento.

Cuiabá, com a aparência de cidade destoante do cenário moderno idealizado pela elite culta, tornou-se objeto de reivindicações, de debates e de alguns ensaios de remodelação. Após um período de 90 anos da autorização da criação do primeiro hospício no Brasil, o Hospital D. Pedro II no Rio de Janeiro iniciou-se, por meio de dois oficiais da Força Pública do Estado de Mato Grosso, um movimento para a institucionalização dos loucos em Cuiabá.

Eis uma demanda importante confirmada pela formação de um saber concentrado no homem e na sua individualidade, desde o século XIX, e que era desconhecido no Brasil interiorano. Como bem nos alerta Foucault, a singularização dos sujeitos auxiliava na história dos corpos analisados e na sua submissão a uma microfísica do poder. A sociedade moderna demandava que os governos nacional e estaduais dispusessem de técnicas com o propósito de individualizar. Foucault percebe essa estratégia de domínio ao afirmar:

A ação sobre o corpo, o adestramento do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada, o homem, como produção do poder. Mas

também, e ao mesmo tempo, como objeto de saber (FOUCAULT, 2006, p. XX).

Cumpra aqui ressaltar as palavras de Jabert (2001) de que, no Brasil, embora já houvesse uma hegemonia nos saberes da medicina e da psiquiatria, justificando e validando a tutela dos loucos pelo Estado, o processo de atendimento não se deu de forma homogênea, e cada estado da República Brasileira teve o seu próprio arranjo para essa prestação de assistência. Portanto, a normatização não se limitava ao controle do corpo individualizado, mas, também, do corpo institucional que fugia à necessária homogeneização para a efetivação do controle de pacientes e de agentes institucionais, também objeto de saber e de controle.

No ano de 1931, o Tenente Coronel Octacílio Lima, Chefe de Polícia do Estado de Mato Grosso e, posteriormente, o Coronel Leo Costa, conforme os registros da Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso (1932) e do jornal A Plebe (1931), solicitaram ao Interventor Federal no Estado de Mato Grosso, o Dr. Artur Antunes Maciel, o aproveitamento de uma chácara, localizada à margem esquerda do Rio Coxipó, de propriedade do governo estadual. Tinham como intuito recolher e abrigar os alienados, os velhos e as crianças em estado de abandono que se encontravam na cidade de Cuiabá nessa área específica e de posse do Estado. Tal espaço era popularmente conhecido como a Chácara do Governo.

Nos documentos governamentais catalogados no Arquivo Público de Mato Grosso, há uma referência sobre a aludida chácara¹¹. Localizada no Distrito do Coxipó da Ponte¹², ela havia ficado à disposição do Corpo de Polícia Militar do Estado em virtude de ordem da Presidência do Estado de Mato Grosso, sofrendo reformas no ano de 1910. No final da década de 1920, sob a administração do Esquadrão da Cavalaria

¹¹ Em uma relação dos imóveis pertencentes ao domínio do Estado, a Secção de Patrimônio e Estatística de Cuiabá encaminhou, à Diretoria do Tesouro do Estado, a descrição de uma chácara situada à margem esquerda do Rio Coxipó no chamado Distrito do Coxipó da Ponte, lavrada com escritura pública de compra do imigrante italiano Rafael Verlangiere e sua esposa, ao preço de 9.000\$000, com a data de incorporação para o patrimônio estadual em 29 de novembro de 1900 (cf. consta da caixa do ano de 1932, da Diretoria do Tesouro do Estado de Mato Grosso, no Arquivo Público desse estado).

¹² O Distrito do Coxipó da Ponte foi o caminho utilizado pelos bandeirantes que vieram entre os anos de 1673 e 1682. É considerado o primeiro núcleo de povoamento não indígena de Cuiabá, quando Pascoal Moreira Cabral lavrou a ata de fundação do pequeno arraial da Forquilha em 1719. Séculos mais tarde, em 21 de setembro de 1929, durante o Governo de Mário Correa da Costa, essa histórica região ganhou a denominação de Distrito do Coxipó da ponte, que até hoje se mantém. No final do século XIX, teve início a integração dessa localidade à cidade de Cuiabá, integração essa que se consolidou com a abertura da estrada para Campo Grande, no ano de 1940. Outro fator importante para o desenvolvimento dessa região foi o asfaltamento da Avenida Fernando Correa, que veio a contribuir para o crescimento de Cuiabá na direção sul.

Independente, essa chácara abrigou a cavallhada da Força Pública do Estado de Mato Grosso, servindo de internada¹³. Em ofício n.º. 76 de 3 de junho de 1930, a chácara foi colocada à disposição do Comando Geral da Força Pública do Estado de Mato Grosso¹⁴.

Da evidência da necessidade de ações voltadas para solucionar a situação precária e de abandono dos alienados até a tomada de uma ação efetiva, transcorreram muitos anos. Foi necessária a intervenção contundente da Força Pública do Estado de Mato Grosso no assunto. As corporações policiais exerceram, no Brasil, um papel preponderante na moralização das massas frente ao intenso processo de transformação ocasionado nas cidades em decorrência do caos vivenciado pelo processo de urbanização, de industrialização e de aprofundamento do sistema capitalista. Os agentes policiais buscavam contribuir na composição do discurso eugênico; visavam disciplinar os corpos e os espaços por meio dos papéis de interventores sociais que desenvolviam.

Como a Chácara do Governo estava completamente abandonada, foi iniciada uma adaptação no casarão existente no local. Diaristas e operários desenvolveram a empreitada no mês de agosto de 1931¹⁵. Posteriormente, ela recebeu os primeiros cuidados com base no princípio de higiene: foi pintada, limpa, arejada, com cozinha reorganizada e divisão do espaço em pavilhões isolados para homens e mulheres (A PLEBE, 1931). Organizado o espaço da chácara, os insanos que estavam na Cadeia Pública de Cuiabá e internados na Santa Casa puderam ser transferidos. Embora dispusessem desse espaço institucional, encontravam-se indícios de que os alienados continuavam a ser conduzidos à cadeia pública ou à Santa Casa. De todo modo, inaugurou-se a política de controle social instrumentalizada pela vigilância.

São três os instrumentos disciplinares dos quais Foucault (2002) fala: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. A vigilância hierárquica organizou-se como um poder múltiplo, autônomo e anônimo. Apesar de seu alvo se constituir no sujeito, a vigilância hierárquica permeia a rede das relações sociais, estando presente constante e permanentemente, vigiando tudo e todos e, ao mesmo tempo, constituindo-se uma autovigilância. A sanção normalizadora, como o segundo instrumento, baseia-se essencialmente no mecanismo penal. Ela não tem como finalidade punir, castigar e isolar, mas, sim, corrigir e reduzir os desvios, buscando normalizar comportamentos. As instituições disciplinares, ao comparar, hierarquizar e excluir,

¹³ Em mensagem e relatório do Presidente do Estado, Coronel Pedro Celestino Correa da Costa (cf. caixas dos anos 1923 e 1928, estante 2, do Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

¹⁴ Cf. documentos da caixa do ano de 1932, do Arquivo Público do Estado de Mato Grosso.

¹⁵ Cf. documentos da caixa do ano de 1931-8M, do Arquivo Público do Estado de Mato Grosso.

realizam a ação de normalizar regulamentando, assim, um instrumento de poder. Em Cuiabá, foram instaurados os dois primeiros desses quatro instrumentos. O último e mais importante, referente ao exame minucioso e clínico sobre a doença e o doente, apenas foi objeto de atenção dos agentes estatais 10 anos mais tarde em Cuiabá. Somente com o reconhecimento da eficácia do exame clínico a medicina foi chamada a atuar na instituição asilar.

Esse terceiro mecanismo dispõe o indivíduo como objeto descritível, analisável, não para reduzi-lo a traços específicos, mas para mantê-lo em seus traços singulares, para conhecê-lo nas suas aptidões e características próprias, sob o controle de um saber permanente. Ademais, permite constituir um sistema comparativo que consente a medida de fenômenos globais, descrevendo grupos, caracterizando fatos coletivos, estimando desvios dos indivíduos entre si e sua distribuição em uma população. O exame é a vigilância permanente e classificadora que permite repartir os indivíduos e julgá-los, avaliá-los, localizá-los e, assim, utilizá-los ao máximo. O exame operado pela vigilância e pela observação foi um instrumento disciplinar fundamental de poder na individualização dos pacientes. Com ele, a individualidade tornou-se um elemento pertinente para o exercício do poder. Ele possibilitou o estudo de cada indivíduo em particular, comparando e mensurando o grau de sua anormalidade e, ao mesmo tempo, capacitando um saber sobre o examinado.

Enquanto a medicina estava ausente, competia à Força Pública do Estado de Mato Grosso, que não dispunha de conhecimentos médicos que instrumentalizassem as práticas institucionais, o controle dos doentes mentais. Esse corpo policial sequer era dotado de saberes específicos sobre os critérios de normatização, uma vez que utilizavam do mecanismo penal com a finalidade de punir e de isolar os alienados, e não na concepção regulamentar das instituições disciplinares de corrigir, de reduzir desvios e de normalizar. Os instrumentos de poder eram tão arcaicos como os homens dos quais a sociedade sentia vergonha e desejava ver se transformarem de Jeca-Tatu a cidadão.

Pela Gazeta Oficial do Estado e de outros periódicos, o chefe da polícia, Coronel Octacílio Lima, de forma oficiosa conclamava a Associação Comercial de Cuiabá e a sociedade cuiabana a contribuírem e a auxiliarem a chefatura de polícia para que, na chácara, acolhessem-se, além dos alienados, também os velhos e os menores desamparados. Com este propósito, várias listas foram distribuídas entre as autoridades locais para a arrecadação de verbas, ficando estas a cargo da Colônia Síria, do comando da Força Pública do Estado de Mato Grosso, do Agente da Capitania dos Portos da

Capital e de várias autoridades militares¹⁶. As doações recebidas vinham primordialmente de autoridades, de comerciantes e de pessoas com renda suficiente. Doavam-se dinheiro e bens materiais, tais como colchões e cobertores, utensílios para cozinha, roupas e objetos pessoais. Essa intervenção política, revestida inicialmente de um caráter assistencialista e humanitário, caracterizou-se em uma ação colaborativa no processo de higienização e de ordenamento da cidade na perspectiva do discurso eugênico.

Em notícia publicada no dia 18 de outubro de 1931, o relator do periódico *A Plebe* narrou sobre suas boas impressões quando em uma ligeira visita que fizera ao asilo. Destacava, nos seus comentários, o bom atendimento aos dementes, as visitas médicas diárias, a alimentação farta e substanciosa, os banhos matinais e vespertinos dos internos sob a supervisão de uma enfermeira¹⁷. A esta visão otimista contrapõe-se o trabalho de Lamberty e Oliveira (1995) que, ao apresentarem um histórico da assistência no período, relataram o depoimento de um funcionário da chácara. Este destacou que o governo assegurava a manutenção dos internos na chácara, mas os medicamentos eram ministrados em caráter voluntário por uma enfermeira. Ademais, segundo este funcionário, os alienados eram tidos como pessoas indesejáveis e viviam em condições subumanas.

Buscando conhecer sobre a década de 1930, período em que a Força Pública do Estado de Mato Grosso agregou, entre as suas tarefas rotineiras, a assistência e o cuidado com a loucura de Cuiabá, foram pesquisados os documentos oficiais dos militares no arquivo do Comando do Batalhão da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso, referentes à década de 30. Foram encontrados apenas os boletins anuais, ou os livros atas que tratavam das transcrições e dos relatos das ocorrências de rotina, tais como transferência de policiais e de comandos e mudanças de guardas, sem informações de adicionais atinentes à questão da loucura, da eficácia do tratamento, das necessidades de técnicos e de pessoal de apoio. Silêncio revelador do grau de preocupação que se tinha naquela época com a qualidade de vida e o rigor de atendimento aos acometidos pela loucura. Silêncio que sugere a ideia de que a preocupação não era com o louco, mas com sua manutenção o mais isolado possível do convívio social.¹⁸ Assim, nada foi encontrado

¹⁶ Cf. *Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso* de 1932.

¹⁷ Cf. *jornal A Plebe* de 18 de outubro de 1931.

¹⁸ Nesses livros, foram documentados fatos como as passagens de comando de militares (datadas de dezembro de 1931); a visita do capitão médico a um dos batalhões (*Boletim* nº 269). Localizou-se também um boletim médico fazendo alusão a militares que estavam sendo enviados para a Chácara do Governo (Cf. *Arquivo do Batalhão da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso*, Livro do 1º. Semestre de 1932, p. 67).

nos documentos do Estado de Mato Grosso sobre a organicidade da medicina social. Permaneceu, no entanto, no conhecimento público, o esforço da Força Pública do Estado de Mato Grosso em cuidar dos doentes, obviamente, utilizando o mecanismo de controle por eles conhecido e praticado diuturnamente, qual seja, a força física, quando não se recorria à violência.

Nessa perspectiva do silêncio documental, no período em que a Força Pública do Estado de Mato Grosso prestava assistência no asilo encontra-se, na Gazeta Oficial de 1931, um pedido do delegado de polícia da capital solicitando de forma oficiosa ao Governo do Estado, víveres para os detentos recolhidos no Asilo do Coxipó da Ponte¹⁹. Interessante observar que os internados não eram considerados doentes, necessitados de tratamento específico, mas vistos como detentos, isto é, parafraseando o dicionário Caldas Aulete, aquele que se encontra detido, preso, prisioneiro e, portanto, que cumpre pena de detenção. Apreende-se, assim, o duplo sentido da atribuição do termo “detentos”: ou fazia referência a detentos sentenciados da justiça ou aos alienados mantidos em regime de prisão.

Embora houvesse a configuração do hospital como espaço de atuação médica na produção de saber sobre o corpo e a mente dos indivíduos, Cuiabá vivia alheia a esses novos procedimentos nos anos 30 do século XX. Tal alheamento teve um efeito nocivo na consolidação de um saber articulado com a vontade de modernizar a cidade, pois, como bem nos informa Foucault (2004, p. 58) a verdade sobre a doença sobressai das medidas médicas da clínica.

A modernidade introduziu o saber médico, as novas práticas institucionais e a medicina social. A clínica representava o *lócus* de articulação de um conjunto de práticas sanitárias coletivas. O hospital, que era o espaço de assistência ao pobre e de preparação para a morte, transformou-se, no nível institucional, num local privilegiado do exercício da medicina. Nessa perspectiva, ocorreu um deslocamento histórico da medicina clássica, que tinha como objeto a doença considerada como essência abstrata, para a medicina clínica, um saber sobre o indivíduo como corpo doente, exigindo uma intervenção que desse conta de sua singularidade (FOUCAULT, 2004, p. 58).

A configuração do hospital vai assegurar uma nova percepção médica do fenômeno patológico, com base em sua observação. “A clínica se torna, portanto, um momento essencial da coerência científica, mas também da utilidade social e da pureza política da

¹⁹ Cf. Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso de 15 de dezembro de 1931.

nova organização médica. Ela é sua verdade na verdade garantida” (FOUCAULT, 2004, p. 76). Essa clínica que nasce com a reformulação teórica e funcional do hospital possibilitará um tipo específico de procedimento para a produção do saber. É a primeira tentativa de fundar o saber na percepção. O olhar que observa não quer apenas buscar elementos para ilustrar, mas é um produtor de conhecimento. Uma doença passa a ser o conjunto de sintomas capazes de serem percebidos pelo olhar. O sintoma é o signo da doença da qual revela a natureza. Há uma fusão da clínica com a anatomia patológica, e a investigação sobre os tecidos do organismo permitirá uma nova classificação, uma nova configuração do corpo. A lesão nos tecidos explica os sintomas, e a doença passa a ser uma realidade articulada com a vida, um movimento complexo dos tecidos em reação a uma causa irritante (MACHADO, 1978, p. 97 a 122). A clínica, portanto, tratará do espaço da localização da doença no corpo, da linguagem que representa e torna inteligível a compreensão da doença e de todos os seus sintomas, e a autópsia possibilitará que a verdade da doença sobressaia e possa ser enunciada.

Segundo Foucault (2004, p. 119), a observação clínica supõe a organização de dois domínios conjugados: o domínio hospitalar e o domínio pedagógico. De acordo com o autor, o domínio hospitalar é aquele em que o fato patológico aparece em sua singularidade de acontecimento e na série que o cerca. O espaço da doença é, sem resíduo nem deslocamento, o próprio espaço do organismo. Desloca-se de um espaço de representação, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo e real, de um olhar classificatório e de superfície do médico na configuração da doença, para um espaço de localização da doença no espaço corpóreo. Há uma transformação no modo de existência do discurso médico. Este não se refere mais às mesmas coisas e nem utiliza a mesma linguagem. A mudança ocorre na disposição epistemológica, modificando o nível do discurso e do olhar.

Quanto ao domínio pedagógico, a clínica vai caracterizar o olhar e a percepção na aquisição e na construção do saber médico. Caracterizar-se-á inclusive, como espaço escola-clínica para os estudantes da medicina, sendo considerada local privilegiado de controle sobre a formação médica por toda a Europa no século XVIII. O aprendizado da medicina, localizado até então nos grandes tratados clássicos, começa a ter o seu lugar nas experiências localizadas nos atendimentos cotidianos registrados na clínica, que, para além do lugar de cura, torna-se, também, o local da formação médica.

A observação clínica por meio do domínio pedagógico será possibilitada pelo isolamento do doente e pela sua distribuição em um espaço onde a disciplina exerce seu

controle, assegurando a sua vigilância, e onde se faz o registro de todos os procedimentos praticados, possibilitando um campo documental no interior do hospital, que não é somente um local de cura, mas de registro, de acúmulo e de formação de saber (FOUCAULT, 1972, p. 110).

Ambos os domínios, o hospitalar e o pedagógico, são disciplinares, evidenciando que a medicina moderna é uma medicina disciplinar. A introdução dos mecanismos disciplinares no espaço hospitalar possibilitará a sua medicalização. O olhar, tipo específico de conhecimento para a produção de saber na clínica, permitiu uma configuração específica desse espaço, um recorte daquilo que foi tomado como objeto. Foi necessário que a racionalidade médica formasse uma ideia objetiva e completa do paciente, recolhendo formal e individualmente um dossiê por meio da observação. Com base no olhar que percorreu a superfície dos corpos, foi possível configurar um saber sobre a doença e o doente. A medicina passou a distribuir e a espacializar a doença, tomada como objeto, dando a esta certa organização e localização mediante a percepção médica. O olhar do médico não se circunscrevia como um olhar de qualquer observador, mas, sim, como um olhar apoiado e justificado em uma instituição qual lhe assegurou a legitimidade e onde se encontrava definido o seu poder de decisão e de intervenção. O olhar médico não se contentou em evidenciar aquilo que se dava a ver ou que estava ligado à rede estreita da estrutura. Ele apreendeu as variações, as anomalias, mantendo-se atento às percepções patológicas. O recorte que foi operado na clínica pelo olhar, e a maneira pela qual se a vê, foi posta em linguagem, numa articulação do visto com o dito, fundando um discurso de estrutura científica e um tipo de sujeito.

Entre os raros documentos emitidos pela Força Pública do Estado de Mato Grosso na década de 1930 referenciando os loucos mantidos na chácara, foi encontrado um atestado emitido pela Secretaria da Chefatura de Polícia no nome do sargento que esteve no cargo de encarregado do asilo, cuja nova denominação, conforme a declaração informa, passou a ser o de Asilo de Alienados do Coxipó da Ponte. A citada declaração, datada de 14 de junho de 1936, dispunha do seguinte teor: “Atesto que o Sargento Antonio Lisboa dos Santos exerceu sem interrupção, de 1º de janeiro de 1932 a 16 de janeiro de 1935, o cargo de encarregado do Asilo de Alienados do Coxipó.” (BRASIL, 1936). Mais uma vez, as preocupações institucionais voltavam-se mais para os cargos, para as competências e as funções administrativas dos componentes da força policial do que para o avanço no atendimento aos indivíduos acometidos pela loucura.

Se as ações da Força Pública do Estado de Mato Grosso fossem pautadas pelo domínio pedagógico, o que provavelmente não se realizaria, porque implicaria na atuação de estudantes de medicina, o espaço privilegiado do controle teria seu lugar nas experiências localizadas nos atendimentos cotidianos, nos registros detalhados dos sintomas e dos procedimentos adotados, na vigilância documentada sob as reações dos pacientes, enfim, em uma série de medidas registráveis, resultados de observações e de exames detalhados, conferindo à clínica o estatuto de lugar de cura e de formação médica. Porém, esse não era o objetivo da Força Pública do Estado de Mato Grosso, que nada entendia do campo médico, pouco se envolvendo para assegurar a saúde dos detentos e muito fazendo para afirmar seu poder pela força física e não pela medicalização.

Na Gazeta Oficial dos anos subsequentes a 1931, encontram-se os lançamentos do movimento mensal da Santa Casa de Misericórdia. Gradativamente, os alienados deixaram de ser citados como atendidos ou internos na instituição. Consistindo em um número reduzido os pacientes, adultos e crianças, iam sendo transferidos para o também chamado Asilo da Força Pública do Estado de Mato Grosso, mais uma denominação ao já existente Asilo de Alienados. Os documentos não mencionavam se estes eram pacientes alienados ou indigentes²⁰.

Como a finalidade era a de isolar os alienados, até no nome da instituição havia uma variação considerável como pode ser notado. Nome é um dos principais elementos constitutivos da identidade, seja individual ou institucional. Afinal, a que vinham as denominações Chácara dos Loucos, Asilo da Força Pública do Estado de Mato Grosso, Asilo de Alienados do Coxipó, Asilo do Coxipó da Ponte, Chácara do Governo? Talvez não fosse sequer uma instituição, no sentido nato da palavra, que merecesse mais do que já era doado a ela. Atendia à política de assepsia do espaço urbano pela eliminação dos inconvenientes desse espaço. De resto, o que acontecia no interior da instituição dos loucos era de pouca importância para os políticos e para a sociedade cuiabana em geral.

Contudo, os avanços do outro lado do Oceano Atlântico davam sinais de grande vitalidade enquanto os loucos de Cuiabá eram esquecidos. Causavam verdadeira euforia as chamadas ciências psicológicas. Foucault nos oferece uma interessante análise que é apropriada por Ferraz:

²⁰ Cf. Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso dos anos de 1932 a 1934.

A emergência das ciências ‘psi’ encontra-se assim totalmente vinculada ao processo de modernização da percepção, também expresso por essa nova configuração da subjetividade, bem como a esse duplo movimento de exame e controle. [...] as categorias de norma e desvio que funcionam em uma lógica elástica de estabelecimento de fronteiras sempre e inevitavelmente moventes e respondendo a uma nova plasticidade de que se dota a subjetividade moderna, sendo no campo epistemológico ou, no campo das práticas da época (FERRAZ, 2005, p. 7).

Com o olhar, a percepção e a cognição, o conhecimento ia categorizando os indivíduos desajustados socialmente e, aos poucos, constituindo um saber pautado na experimentação, na observação, na descrição e na ciência. Com a emergência dessas ciências, a atenção voltava-se para as categorias de norma e desvio, procurando métodos que reforçassem o asilamento, o tratamento e a readaptação social. Apesar disso, a prática asilar em Cuiabá continuava a ser a de garantir que a chácara, de sede própria do Governo do Estado, não onerasse grosseiramente os cofres públicos, mantendo-se como um espaço ideal de intervenção e de ação política, delineando efetivamente o mecanismo de isolamento da loucura. Não se tratava de um saber normatizador possibilitado pela institucionalização do alienado, mas da utilização de um discurso oriundo de outros países e que abria espaço para a sistemática medida de intervenção social do isolamento no manicômio, sem o devido conhecimento médico que o sustentasse. Essa visível deficiência de competências e habilidades médicas no trato da doença mental não limitou, contudo, as ações públicas no processo de institucionalização.

O asilo em Cuiabá não tinha por propósito a cura. Aqueles que não se enquadravam aos padrões estabelecidos pela ordem social eram excluídos, suscitando cuidados e vigilância para que não oferecessem riscos aos demais membros da sociedade. As instituições asilares assumiram a função de readaptar o alienado para o convívio social, mas faltava o médico-psiquiatra²¹, que vai aparecer nos documentos somente em 1942, para tornar a instituição asilar o lugar da purificação da loucura, onde ela se deixava penetrar por um olhar de neutralidade.

O louco emergiu como um perigo à sociedade, um adversário social, alguém que se apresentou como carente dos cuidados médicos e da estrutura asilar como terapia de combate à doença. Os meios social e familiar foram considerados incompatíveis para

²¹ Não se insinua aqui a ausência dessa especialidade. O destaque é a não disponibilidade desses médicos nas regiões interioranas e a suspeita de que, mesmo nas cidades mais desenvolvidas como Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, o número de psiquiatras disponibilizados para consulta era reduzido.

a gestão de qualquer ação terapêutica para com o louco, mas o asilo ainda funcionava como projeto de intervenção para a segurança e limpeza da sociedade.

A psiquiatria, cujo marco de surgimento na França foi o Tratado Médico Filosófico sobre a alienação Mental, do médico e filósofo Philippe Pinel (1801), ainda era uma especialidade pouco conhecida no Brasil. Naquela época, Pinel exigiu que se desacorrentassem os loucos, passando-se a observá-los, a classificá-los, inscrevendo suas alienações na nosografia médica. Tais práticas tinham, porém, pouco impacto no Brasil. Muitos loucos de alta periculosidade viviam acorrentados ainda em meados do século XX.

Nessa especificidade e conjuntura histórica que visava à ordenação do espaço urbano de Cuiabá, do sistema asilar no Brasil e, por extensão, em Cuiabá, estava-se muito distante do debate internacional. A assistência era prestada de forma rudimentar, sem tratamento especializado e diferenciado. Como assevera Cunha:

apesar das (sic) tendências mais modernas na psiquiatria internacional estarem em processo de questionamento da forma asilar, os objetivos de exclusão social presidiram, numa medida muito forte, a instalação do saber e das instituições psiquiátricas no Brasil, atendendo às necessidades da explosão urbana (CUNHA, 1990, p. 36-7).

Como foi verificado ao longo deste capítulo, os documentos disponibilizados não apresentam debate científico do que seja louco ou loucura, tampouco apresentam diagnósticos detalhados ou medidas curativas, nem sequer fazem referência à situação da família ou do quadro clínico do paciente. Pode-se dizer, portanto, que o asilo atuou de forma não terapêutica até o ano de 1941 quando, pela primeira vez, passou a contar com a presença de um médico como um depositário dos indesejáveis socialmente²². Na ausência da psiquiatria, era inviável se pensar na reinserção do sujeito desviante. Na França, propunha-se a possibilidade de cura pelo tratamento moral, mas, no Brasil, diante das condições degradantes em que se acumulavam os dementes no asilo manicomial, não havia sentido em se falar sobre princípios morais ou éticos, pois os alienados viviam em condições subumanas.

Essa desagradável postura diante da loucura ou da transgressão nos anos de 1930 não foi uma particularidade de Cuiabá. Porém, não é o caso de julgar se se trata de mera repetição de situação que os estudos refletem insistentemente. Este é um fenômeno importante porque, atrás do processo de asilamento, veio também a consolidação do

²² Cf. Relatório do Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, 1942.

processo de controle social, afinal, qual “moça de família” mais arrojada e rebelde não se sentia ameaçada pelo internamento como forma de remodelar o comportamento? O mesmo acontecia aos jovens rapazes com pendores para o álcool, o jogo, a masturbação ou indefinição sexual.

O isolamento tinha, assim, um caráter terapêutico porque rompia com as influencias não controladas que desencadeavam comportamentos comprometedores. Além disso, o asilo atuava como um lugar onde se garantia o emprego do tempo, pelo estabelecimento de hierarquias e comandos que teciam, na vida cotidiana, uma rede de regras e de fazeres imutáveis que mantinham os doentes em estado de tranquilidade. Finalmente, o asilo funcionava como um modelo do exercício de poder, com autoridade e racionalidade, não no trato dos doentes, mas nas definições de funções dos agentes de Estado.

Veja-se que a presente discussão não se limita à relação asilo e Estado ou doente e psiquiatria, mas se refere a uma rede de poderes na qual a questão que está sendo tratada não é como os asilos se repetiram em procedimentos e tampouco na simples descrição de sua ineficácia, mesmo considerando o grau de avanço do conhecimento científico em vigor naquela época. A questão é compreender como o discurso do desenvolvimento, ancorado na eugenia que tomava o asilo como modelo do controle social, não se constituiu como um espaço de saber e poder, no Brasil, mas como espaço de poder legitimado por um campo discursivo, cuja retórica não encontrava correspondência na realidade. Ao salientar os esforços políticos de manter o isolamento dos indesejáveis socialmente, os discursos retumbavam como arautos dos deuses do Olimpo, asseverando a verdade sobre a constituição de um novo mundo. As pessoas submetidas às normas do asilo não apareciam como tema de preocupações, como sujeitos que poderiam ser curados ou dignos de respeito.

Era preocupante a informação que circulava no jornal *A Plebe* ainda em 1931, de que o asilo não se limitava a atender os alienados, mas também recebia idosos, crianças e mesmo os pobres sem paradeiro ou família. A ideia era a de que todos deveriam estar devidamente inseridos no seio de uma família, no modelo básico de pai, mãe e filhos, e que este era um dos elementos constitutivos da civilidade, do controle do desejo, do controle das emoções, enfim, de uma ação social e individual racional, pautada no pensamento de que cada um tem um papel social e que todos atuam em prol do progresso e da harmonia sociais. Porém, de que cidade se está falando afinal? A realidade da urbe, seja no Brasil, em Cuiabá ou na Europa não coincidia com o ideário da

eugenia, mas o jornal A Plebe reforça a necessidade de uma cidade tranquila, sem pobres, abandonados e doentes.

O nosso povo não desconhecia a necessidade de termos um asilo para abrigar os alienados e os pobres, problema jamais tomado de consideração pelos Governos antepassados. A cidade apresentava um aspecto verdadeiramente degradante e humilhante para os nossos foros de um povo civilizado, além do que filantrópico, assim tem mostrado em muitas ocasiões. Víamos diariamente vagando pelas ruas homens e mulheres dementes em sua maioria completamente despídos, causando verdadeiro pavor à sã moral da família cuiabana. Eram quadros impróprios para as vistas de nossas filhas e de nossas irmãs. [...] O esforço do nosso Governo é inaudito em dotar Cuiabá dos princípios primordiais de higiene. Para o Asilo de Alienados também serão conduzidos os pobres que perambulam pelas ruas: ali terão eles o necessário conforto de higiene e ao mesmo tempo estarão livres de ficarem ao relento no abandono completo das ruas [...] Quantos pobres que mendigam e que não são necessitados? Esses são elementos perigosos à tranqüilidade pública, por que trazem aos comerciantes sobressaltos com sua mercadoria. Para estes, será fácil de verificar, se são ou não mendigos. Portanto, esses elementos recolhidos ao Asilo do Coxipó só poderão dar à cidade a tranqüilidade que ela merece e tem direito (A PLEBE, 1931, p. 4).

Mais que dejetos sociais por serem abandonados, esses pobres, abandonados e doentes constituíam também o segmento perigoso que colocava em risco o patrimônio e a segurança dos considerados bons cidadãos. Assim, juntamente com o asilo, veio o discurso que associava filantropia com periculosidade. Instaurou-se o processo de segregação social. A ação de segregar a população que não se adequava aos princípios norteadores de uma cidade higienizada e defensora do labor produtivo para alcançar o progresso e a modernização reporta ao potente gesto empreendido no século XVII na Europa, que Foucault (1972) denominou o “grande enclausuramento dos a-sociais”.

A Chácara do Governo, inaugurada no mês de setembro de 1931, surgiu como um espaço há muito esperado para abrigar os loucos, embora ainda cumprisse a missão de acomodar a mendicância, a ociosidade e a parcela da população sem recursos e sem ligações locais, bem como todos aqueles indivíduos que poderiam ocasionar a desordem na cidade.

Em dezembro desse mesmo ano, por ocasião do Natal, as senhoras católicas da sociedade cuiabana visitaram o Asilo de Alienados, mas acompanhadas do delegado de polícia da capital. Lá, distribuíram roupas, percorreram todo o estabelecimento e

manifestaram verdadeira concordância com os procedimentos adotados²³. A questão moral fora totalmente alijada do processo de institucionalização, sem que a própria sociedade se inquietasse com o que ocorria dentro dos muros do asilo. Essa era a triste realidade que informava como a modernidade teve de ser construída a ferro e a fogo. Estigmatizar e fortalecer preconceitos fez parte do processo de modernização de Cuiabá.

No mesmo estilo, foi realizada a cerimônia de inauguração de novas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia no ano de 1933. Entre várias autoridades políticas, civis, militares e religiosas, estavam D. Aquino Correa, autoridade eclesiástica popular e profundamente respeitada pelo povo de Mato Grosso, e o médico da instituição, o Dr. Lacerda. Este proferiu discurso conclamando mais atenção ao Asilo dos Alienados. Em sua fala, solicitou às autoridades que promovessem uma transformação das práticas de atendimento no asilo e para que adotassem práticas eugênicas:

Vaguemos os nossos olhares sobre o Manicômio do Coxipó e verificaremos que aquilo é um verdadeiro presídio, reformemo-lo, demos-lhe um aspecto moderno de uma casa de loucos, onde se eduquem, se tratem e se aliviem esses doentes da alma. A concepção moderna de higiene social manda encarar hoje, o homem como um capital do Estado e esse capital, não sendo cuidado, desvaloriza-se, não rende juros, precisamos valorizar os nossos homens, necessitamos transformar em juros esse capital humano e como o faremos? Dando-lhes saúde conforto e educação, combatendo a verminose, o impaludismo, a leishmaniose e tantas outras endemias que infelicitam as nossas populações. Cultivemos com carinho a Higiene e a Eugenia, de que tanto precisam Mato Grosso e o Brasil inteiro. Este é o apelo que desejava fazer (GAZETA OFICIAL, 1933, p. 5).

A indignação do médico ficou visível no seu discurso, que acusou o asilo de ser de fato um presídio. Ele demandou por espaços institucionais adequados às perspectivas de uma pedagogia de recuperação dos asilados. O foco de sua fala voltou-se para a recuperação do indivíduo, tornando-o útil e produtivo.

No processo de ordenação do Brasil, as campanhas sanitárias com discursos estratégicos foram adotadas e eram desenvolvidas maciçamente, havendo também, no campo discursivo, uma forte preocupação com as chamadas doenças tropicais. No entanto, todas as medidas políticas adotadas fundiram-se na aceção da incorrigibilidade do louco e na sua exclusão social. A marca da anormalidade se inscreveu de forma indelével no corpo do louco com representações estereotipadas que o aproximaram da figura da animalidade nociva e feroz que rompe com todos os controles internos e

²³ Cf. Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso 26/12/1931.

externos e que jamais teria o domínio da própria razão. Irracional, imprevisível e instável, o louco nada transgride porque desconhece das leis humanas e tampouco é criminoso, mesmo assim, viola todas as normas sociais.

Mato Grosso tinha como problema de ordenamento social a questão da loucura, da pobreza, da mendicância e do abandono. A essas questões, associava-se a grande incidência de doenças tropicais, cujas vítimas vinham das regiões mais distantes para serem tratadas no asilo em Cuiabá. No decorrer da década de 30, foram se sucedendo trocas de interventores federais no estado. Estes promoviam mudanças na cidade, em consonância com o discurso eugênico, como portadores da verdade e da boa conduta social. Uma demonstração da confiança conferida à política eugênica está na mensagem proferida por um médico-sanitarista aos jovens que se preparavam para o casamento e que foi publicada no Diário Oficial do Estado. Segundo este devotado médico do Departamento Nacional de Saúde:

Ainda o Exame nupcial.

Quer pelo raciocínio de ordem eugênica visando à perfeição e à beleza da raça, quer pelo de ordem econômica (uma criança sem saúde é de difícil criação e cara), quer pela aspiração do bem-estar físico, que busca a felicidade individual, chega-se a uma conclusão fatal, principalmente entre nós, brasileiros, hereditariamente doentes: é necessário e imprescindível o exame médico antes do casamento. Seria bem menos lamentável do que, casados na ignorância do estado da própria saúde, o cônjuge são se transformasse no enfermeiro do outro e, logo um doente também, enquanto não viesse a outra vítima – o filho. Com o exame pré-nupcial concebido nas bases citadas, far-se-ia, principalmente, a profilaxia da tuberculose, da sífilis e da lepra – os três maiores flagelos sociais. E mais do que outra qualquer parte, o interior do país sofre os danosos efeitos da sífilis, pois, progredindo ela livremente em organismos já enfraquecidos por uma alimentação unilateral e em regra deficiente, transmitindo-se de pessoa a pessoa sem os óbices da prevenção ou do tratamento, exalta-se por um princípio da biologia comum a todo germe patogênico, a virulência do seu agente causal – o *Trepanoma pallidum* – que assim degenera e destroem tecidos produzindo aleijões, ou localiza no cérebro fazendo loucos irremediáveis ou criminosos inconscientes (BRASIL, 1935, p. 3).

Conforme as normas instituídas pelo Governo do Estado, em concordância com as disposições emanadas do Governo Federal, o Diário Oficial de Mato Grosso havia iniciado as publicações de estudos médicos e sociais, alertando a população local sobre os benefícios da preservação da saúde e da necessidade da instrução para a educação, temas muito significativos naquele contexto. As elites intelectuais acreditavam que as camadas sociais populares poderiam ser controladas e transformadas pelos bons hábitos

de pais mais atentos à saúde, à educação e ao comportamento social dos membros de sua família. Esses eram os hábitos essenciais para a consolidação da classe operária vigorosa, saudável e produtiva. A ênfase na raça forte e viril pronta para tarefas duras incrementava o imaginário eugênico não apenas de são e belo, mas também de forte para o trabalho. O trabalho era indispensável para a integração nacional.

Completando esse cenário, estava a preocupação com o consumo de álcool, que comprometia a concentração e a disposição para o trabalho. Nesse sentido, o Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do ano de 1934 publica:

Nossa higienização.

Educação e saúde são as nossas aspirações máximas de nacionalidade. Sem elas não teremos nem grande indústria, nem valoroso comércio, nem abastada agricultura, nem defesa nacional assentada num grande exército e numa possante marinha de guerra, nem progresso avantajado nas ciências e nas artes, nem cultura, nem liberdade. Miguel Couto clama como grande paladino do nosso progresso, pela educação e cita o caso do Japão que até meados do século passado não passava de uma grande tribo semibárbara e hoje é uma das maiores potências mundiais. O que foi que operou esse milagre? Responde com acerto, o acatado Professor. A instrução. (BRASIL, 1934, p. 4).

Ressalte-se que a ideia de civilização está impregnada pela concepção de desenvolvimento econômico. Assim, a representação de civilização não se limitava ao bom convívio social ou ao desenvolvimento espiritual de seres mais virtuosos, que agem movidos pela noção de respeito, de justiça e de solidariedade. Ao contrário, os ideais humanísticos são vistos numa hierarquia subordinada às conquistas econômicas, e a ciência e tecnologia devem estar a serviço desse desenvolvimento.

O Brasil estava preocupado em se inserir na meta do progresso com visibilidade internacional. O Estado de Mato Grosso, por sua vez, era interpelado por esse ideal nacional, mas vivia a tensão das questões da falta de estrutura política e de saúde pública, destrinchadas em séries de queixas dos agentes públicos, que vivenciavam mais diretamente as questões locais que o avanço econômico. As velhas práticas de asilamento eram mantidas no Estado, reforçadas por medidas do Ministério da Educação e Saúde Federal que preconizavam, no tocante “aos doentes mentais”, que a doença mental era caso de polícia e de ordem pública, conferindo aos psiquiatras amplos poderes sobre o doente mental e até mesmo o direito de questionar a ordem judicial, podendo determinar, ainda, a perda da cidadania do louco (Decreto-Lei nº 24.559 de 3/7/1934, em seus artigos 5º, 10º, 21º, 26º e 33º).

Conforme assinala Maciel (1985) nos seus estudos sobre a constituição dos serviços de saúde em Mato Grosso²⁴, pelo Decreto nº 84, de 28/11/1936, o Dr. Mário Correa, antecessor do Interventor Júlio Muller, havia alterado o Regulamento de Saúde Pública com o intuito de dar uma versão mais moderna às normas instituídas que, até aquela data, tinham como vigente o Regulamento Sanitário de 1938. Esse decreto de 1936 do Serviço de Saúde Pública do Estado, subordinado à Secretaria do Interior, Justiça e Finanças, assinalava no item “Serviços de Saúde”, contido em seu Capítulo I, que caberia ao Estado executar a assistência aos loucos internados no Asilo de Alienados da Capital. Esta foi a primeira vez em que se manifestou, por escrito, uma preocupação do Estado com a assistência aos doentes mentais. Para melhor gerenciar a nova proposta, o Estado ficaria dividido em 10 circunscrições sanitárias. A 1ª delas ficaria na capital, com um diretor-geral tendo, em seu quadro de funcionários, 10 delegados, 1 microscopista analista, 5 técnicos em diferentes funções administrativas e 23 guardas-sanitários a serem distribuídos de acordo com as necessidades regionais²⁵.

No ano de 1937, o relatório do diretor da saúde pública para o secretário que ocupava a pasta do Interior, Justiça e Finanças estadual, o Dr. Virgílio Alves Correa Neto, apontava as dificuldades de conseguir mão de obra qualificada e efetiva contratação de guardas-sanitários e de técnicos para auxiliarem nos trabalhos desenvolvidos pela Diretoria e pela Delegacia Federal de Saúde em Cuiabá. Ainda informava que o cargo de Delegado de Saúde da 1ª Circunscrição Sanitária na capital, que havia ficado vago por um tempo, seria então ocupado pelo Dr. Hélio Ponce de Arruda²⁶.

A carência acima demonstrada aponta a dificuldade de se fazer valer em realidade o que estava em lei, até mesmo pela falta de recursos humanos e especializados na área de saúde médica. No relatório citado, o Dr. Virgílio mencionava o quanto eram difíceis as condições gerais do Asilo de Alienados e da cadeia pública da capital. Afirmava também o quanto era deprimente a situação em que se encontravam os alienados e os detentos, urgindo prontas e enérgicas providências por parte do governo

²⁴ Durante a década de 1890 do século XIX até os anos de 1930 do século XX, aconteceram mudanças na atuação dos serviços de saúde do Estado que foram determinadas pela natureza dos problemas que a Inspeção de Higiene deveria atender em momentos diferenciados. A Inspeção, que foi criada no ano de 1892, era o primeiro órgão de saúde sob a responsabilidade da administração pública estadual (cf. MACIEL, 1985, p. 30-31).

²⁵ Cf. Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso de 15/12/1936.

²⁶ Cf. documentos do Arquivo Público de Mato Grosso, caixa do ano de 1937.

no sentido de serem remodelados os prédios em que funcionavam as referidas instituições.

Visitas médicas foram feitas às instituições, tendo sido realizados exames e alguns curativos nos alienados e nos detentos e ainda doze consultas médicas e uma intervenção cirúrgica. O médico ainda sugeria que se oferecessem melhores condições de instalações da diretoria e da delegacia de saúde, permitindo o funcionamento do ambulatório de doenças venéreas, a assistência a gestantes e o funcionamento de cursos práticos de obstetrícia e puericultura e, ainda, a instalação de clínica médico-escolar.

Como se vê, faltavam hospitais e médicos especializados. A modernização esbarrava em questões de natureza de recursos humanos, de equipamento e de instalações adequadas. Ficava a cargo de poucas pessoas a incumbência de ampliar a ação médico-ambulatorial. Documentos apontavam as muitas necessidades enfrentadas neste período. Mostravam ser necessário que se organizasse e desenvolvesse um projeto de reestruturação dos serviços de saúde em Mato Grosso. Recursos financeiros, humanos e materiais deveriam ser disponibilizados para a sua implementação, prevendo-se, inclusive, instalações físicas adequadas para o aparato administrativo estadual da saúde pública.

Após a posse do Interventor Julio Muller em 1937, as transformações em Mato Grosso foram sendo sistematicamente traçadas. Grandes construções e artefatos urbanos que simbolizavam as melhorias começaram a marcar o início de um novo tempo sob a gestão de Muller, que buscou estender, para esse vasto estado, as melhorias necessárias na área da saúde e na da instrução pública, divisando também os processos de colonização do interior conforme entoado no discurso da Marcha para o Oeste. A intervenção do Governo Federal na área da saúde logo se mostrou no Projeto de Reforma de Saúde Pública de Mato Grosso. Sintonizadas com as reformas sanitárias federais irradiadas do poder centralizador do governo, as questões dos aspectos da saúde pública contemplariam o Estado de Mato Grosso numa perspectiva abrangente, uma vez que este tinha poucas realizações nesta área.

Não foi pois, por acaso que, para atender a essa determinação, o Departamento Nacional de Saúde, por meio da Delegacia Federal de Saúde da 6ª região em São Paulo, coordenada pelo Dr. Aurélio Odorico Antunes, enviou o seguinte ofício para Cuiabá, em 18 de dezembro de 1937:

Exmo Sr Dr. Interventor,
É com a mais viva satisfação que tenho a honra de vos enviar o Projeto de Reforma dos Serviços de Saúde Pública de Mato Grosso, organizado pelo Departamento Nacional de Saúde. É seu portador o Dr. Marcelo Silva Júnior, médico sanitaria, servindo na região a meu cargo e que leva as necessárias instruções (BRASIL, 1937).

O Dr. Marcelo Silva Júnior, que trouxe, pessoalmente, o projeto de reforma para os serviços de saúde, passou a servir na região de Mato Grosso, supervisionando a organização dos trabalhos e a execução do projeto. Além do referido médico, foram enviados, pelo Departamento Nacional de Saúde, mais um médico-clínico, um assistente técnico sanitaria, uma enfermeira e mais alguns funcionários técnicos e administrativos que contribuiriam para o processo da reforma sanitaria.

O primeiro passo adotado, depois de instituída a reforma, foi elevar a dotação orçamentaria, que passou a ser de 357:720\$000 (trezentos e cinquenta e sete contos e setecentos e vinte mil réis) em 1937, elevando-se para 700:600\$000 (setecentos contos e seiscentos mil réis) no ano de 1938. Com as verbas anteriores que eram destinadas à saúde e à assistência pública, era impossível atender a população distribuída pela vastidão territorial do Estado de Mato Grosso²⁷.

A enfermeira enviada pelo Departamento Nacional de Saúde, a sra. Berila Pinto de Carvalho, ministrou um curso rápido e intensivo para instrução de enfermeiras práticas. Tinha-se como intuito formar a mão de obra necessária aos atendimentos. Assim, buscava-se treinar as moças e as mulheres de Cuiabá que se interessassem em exercer os serviços de enfermagem.²⁸ Os médicos residentes e atuantes no estado também passaram por cursos de especialização no Rio de Janeiro e em São Paulo. Capacitados, os médicos passaram a trabalhar, colocando em funcionamento todas as seções do Departamento de Saúde. Na fiscalização do exercício profissional, 18 diplomas de médicos foram registrados. Além do funcionamento do curso de enfermagem, instalou-se um laboratório central de análise, mas não havia detalhamento nos documentos sobre a especialidade desses médicos.

Os serviços de saúde pública de Mato Grosso passaram por transformações pelos decretos-leis nº 171, de 7/6/1938, que reorganizou os serviços sanitários, e o de nº

²⁷ Cf. Relatório de 1939/1940 apresentado a Getúlio Vargas pelo Interventor Júlio Muller. (Arquivo Público de Mato Grosso).

²⁸ O curso rápido funcionou regularmente nesse período, assim como também foi organizada uma biblioteca. De acordo com edital do Governo do Estado, as 10 primeiras colocadas na avaliação geral e na classificação do curso de enfermagem seriam contratadas para trabalhar no Departamento de Saúde do Estado (Cf. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso de 13/9/1938, p. 7).

186 de 23/7/1938, que regulamentou o Departamento de Saúde do Estado. Foram conjugados os serviços do novo departamento ao Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde Federal que, por sua vez, buscava melhorar a fiscalização e a execução das políticas de saúde pública de Mato Grosso.

De acordo com Maciel:

No atendimento aos serviços de saúde houve uma ampliação dos serviços federais e as unidades de atenção à saúde de âmbito estadual foram se transformando de acordo com as orientações do governo Federal, que em última instância, assumiu sua coordenação, padronizando a estrutura dos serviços (MACIEL, 1985, p. 86).

A Diretoria de Saúde Pública subordinada à Secretaria Geral do Estado de Mato Grosso passou a denominar-se Departamento de Saúde do Estado, dividido em seis distritos sanitários. A legislação sanitária foi pautada em novas e modernas exigências contidas em um regulamento sanitário.

3.2 Regulamento Sanitário de 1938 e reorganização dos serviços do Asilo dos Alienados do Coxipó

A partir de meados do século XX, Cuiabá começava a mostrar a arquitetura definidora de um projeto modernizador, possibilitando um novo tempo, o da construção dos primeiros símbolos da civilização. A população persuadida à disciplina foi delineando o ideal de vida de um povo civilizado.



Foto 20 – Avenida Getúlio Vargas com vista parcial da Igreja Matriz, Cuiabá.
Fonte: BRASIL, Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, Década de 1940e.

Essa imagem é reveladora do perfil da cidade, com fortes marcas de cidade interiorana, plana, sem grandes edificações, que tem por referência a igreja, ao fundo. Sem dúvida, um cenário bonito e saudosista, onde os espaços são livres para o trânsito da lavadeira que atravessa as ruas sem competir com carros ou bicicletas. Essa era, entretanto, a imagem que se queria eliminar. A cidade desenvolvida é a cidade de grande movimento, do fervilhar de gente e de veículos, com vários sons e muitas atividades econômicas que promovem uma nova dinâmica na cidade. A cidade desenvolvida gera mais riqueza, mais consumo e mais modernidade.

Para inculcar o novo código de conduta individual e coletiva, algumas instituições foram criadas nos primeiros anos da gestão de Júlio Muller²⁹. Inaugurou-se, no ano de 1941, na cidade de Campo Grande, a Colônia de Leprosos de São Julião. O estabelecimento possuía as características de um hospital colônia e veio contribuir na profilaxia da lepra, ao lado do já centenário Hospital de São João dos Lázaros, localizado em Cuiabá. Estimava-se mais de 700 o número total de hansenianos no estado. No ano seguinte, foi inaugurado o Hospital Abrigo Júlio Muller para tuberculosos, com capacidade para 30 leitos (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1943a, p. 4).

Outra instituição criada nesse período foi a Colônia Correccional das Palmeiras. O propósito deste espaço institucional era corrigir as disfunções dos infratores, numa perspectiva de prática educativa e ressocializadora pelo desenvolvimento de trabalho agrícola. Destaca-se também, entre os feitos políticos, a ação do Interventor no Serviço de Repressão à Mendicância em Cuiabá, que teve o cuidado de cadastrar 50 mendigos no ano de 1940, obviamente, para serem retirados do centro da cidade. No período de realização desse cadastramento, foi veiculada a notícia de que os “mendigos de Cuiabá tiveram a sua profissão regulamentada” (CORREIO DA SEMANA, 1939, p. 5). Notícia peculiar, decorrente do desejo de se ordenar, de se classificar e de se controlar a urbes, a ponto de se cometer o deslize de denominar mendicância como profissão; confusão conceitual que vai de encontro com a ideia eugênica de um povo de caráter e produtivo. Contrariamente ao exagero da notícia, o levantamento da população de mendigos na cidade de Cuiabá, pela polícia sanitária, objetivava adotar medidas de controle dessa gente “sem eira nem beira” pelo conhecimento de quem eram, de onde se instalavam e do que faziam. Enfim era, mais uma vez, a lógica do conhecimento servindo ao poder.

²⁹ Júlio Muller permaneceu governando o Estado de Mato Grosso até o ano de 1945.

Quanto aos alienados mentais, somente após um período de 10 anos da inauguração do Asilo dos Alienados do Coxipó da Ponte, e três anos decorridos da instituição e aplicação do Regulamento Sanitário de 1938, é que foram encaminhados aos serviços de atendimento e assistência. Até então, esses sujeitos eram mantidos sob as ordens das autoridades policiais de Cuiabá. Em relatório do Departamento de Saúde, o Secretário Dr. Hélio Ponce de Arruda fez referência a esse fato, aludindo que, “até 31 de dezembro de 1941 não existia o Hospital de Alienados, havia apenas um depósito sob a jurisdição da polícia” (BRASIL, 1944a, p. 37).

As novas instituições, inauguradas ou readequadas oportunamente, consubstanciadas na organização social e nas práticas de caráter assistencial e corretivo abarcadas pelo poder público, colaboraram no projeto de formação da sociedade de mercado pautada na norma e na organização para o mundo do trabalho adequado às necessidades da produção e da reprodução social do capital. Ademais, as mudanças trazidas na Reforma Sanitária, capitaneada pelo Código Sanitário publicado em 1938, dividiram o estado em seis distritos sanitários de atendimento. O primeiro centro de saúde na capital correspondia ao primeiro distrito. A Diretoria de Saúde Pública, até então existente, foi transformada em Departamento de Saúde do Estado, subordinado à Secretaria Geral do Estado, passando a concentrar a administração, a coordenação e a execução de todas as tarefas concernentes à saúde.



Foto 21 – Pedra Fundamental do Ministério da Educação e Saúde em Cuiabá.
Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1938.

Políticos escoltados por seus partidários, clérigos, funcionários públicos, professores e alguns populares acompanharam a cerimônia. Ternos e dignidade no vestir revelam o esforço local para estar em sintonia com os novos valores do bem vestir-se e bem apresentar-se. A preocupação com a moda dá seus sinais, mas a mesma foto revela a permanência do vestir simples do homem do campo, cuja condição é denunciada também pela postura do corpo, pelo chapéu envelhecido e por ocupar o lugar na foto atrás da barreira humana dos melhor aquinhoados da cidade.

A fiscalização de todo o sistema de saúde pública e particular era feita pelo serviço de assistência médica, que se orientava pelo normatizador Regulamento Sanitário³⁰. Os serviços de água e de esgoto passariam pela aprovação e controle do Departamento de Saúde. Conforme os dados apresentados pelo diretor desse departamento, em 1938, a base avaliada da população de Cuiabá era a de 20.000 habitantes³¹.

Constava no Código Sanitário que as empresas e os estabelecimentos cinematográficos deveriam exibir, em todas as sessões, um conselho sobre saúde fornecido por sessão técnica, assim como as emissoras de rádio deveriam veicular propagandas e informações sobre saúde três vezes por dia. Como a educação sanitária era um tema recorrente nesse contexto, todas as formas de acesso e informação sobre saúde para a população foram reforçadas. O intuito com as divulgações era o de difundir hábitos salutareos que conduzissem à boa saúde, evitando a disseminação de doenças.

Nos diários oficiais do ano de 1938, implantou-se, por iniciativa da Seção de Polícia Sanitária, exigência para o cumprimento de trabalhos de higienização por parte dos proprietários dos hotéis, das pensões, das hospedarias, das barbearias e dos cabeleireiros da cidade. Os cuidados exigidos eram referentes a quantidades de banhos, de horas de sono, da escovação dos dentes. Ainda publicavam artigos primando pelos cuidados que as mães deveriam ter no ato da amamentação. Disponibilizaram-se e socializaram-se conhecimentos referentes aos sintomas da lepra, da tuberculose, da gripe,

³⁰ Conforme o Regulamento Sanitário, a disposição dos serviços ficou assim organizada: profilaxia das doenças transmissíveis e agudas, como tuberculose, lepra, doenças venéreas e endemias rurais; abastecimento de água, águas pluviais, resíduos habitacionais, saneamento das construções de caráter coletivo e especial; higiene, com proteção à maternidade; a higiene industrial; a fiscalização dos gêneros e dos estabelecimentos alimentícios; bioestatística, propaganda e educação sanitária; fiscalização do exercício profissional, do exercício da medicina e dos estabelecimentos dirigidos por médicos, dentistas, veterinários; fiscalização de soros, vacinas, do comércio de plantas medicinais, do exercício da ortopedia, do ótico prático, do enfermeiro, do parteiro, do massagista, das manicuras e pedicuras.

³¹ Cf. Relatório do Departamento de Saúde em 1938 (Arquivo Público de Mato Grosso).

da verminose. Identificam-se, nesta passagem, as formas pelas quais o poder se organizava e atuava nas diversas modalidades de seu exercício; como funcionavam os mecanismos pelos quais se governava a conduta dos indivíduos na modernidade e como se disciplinavam seus corpos localizados no interior dos espaços institucionais. Desse modo, o poder se instalou também no corpo doente. Nesse sentido, Foucault assegura que:

Todo poder é físico, e há entre o corpo e o poder político uma ligação direta [...] o poder tal como se exerce no asilo é um poder meticuloso, calculado, cujas táticas e estratégias são perfeitamente definidas; e no interior mesmo dessas estratégias, vê-se muito exatamente quais são a posição e o papel da violência, se chamar de violência o exercício físico de uma força inteiramente desequilibrada. Tomado em suas ramificações últimas, em seu nível capilar, onde ele toca o próprio indivíduo, o poder é físico é, por isso mesmo, violento, no sentido de que é perfeitamente irregular, não no sentido de que é desenfreado, mas ao contrário, no sentido de que obedece a todas as disposições de uma espécie de microfísica dos corpos (FOUCAULT, 2006, p.19).

Essa microfísica dos corpos estava visível na vigilância das normas estabelecidas pelo Regulamento Sanitário e exercidas pelas autoridades sanitárias, que apareciam revestidas de poder de polícia, com coerção, sanções e penalidades previstas àqueles que desobedecessem ao prescrito. O novo regulamento, por se mostrar muito abrangente e bem adequado às exigências da modernidade e em face das dificuldades da vida prática, muitas vezes se apresentava muito exigente frente aos poucos recursos da população do Estado de Mato Grosso.

O Código Sanitário de 1938, no seu Artigo 570, na sua aplicabilidade aos alienados, ora instalados no Asilo do Coxipó sob a jurisdição da polícia, trazia o seguinte enunciado:

Os estabelecimentos hospitalares, casa de saúde ou sanatórios de qualquer natureza, públicos ou particulares, os laboratórios de análise e pesquisas clínicas, os laboratórios particulares de fabricação de soros, vacinas e outros produtos biológicos, os gabinetes de radiologia e os institutos de psicoterapia, fisioterapia e crenoterapia só poderão funcionar sob direção técnica de médico (BRASIL, 1938, p. 139).

Para cumprir o que estava previsto no regulamento, fazia-se necessário cumprir uma adequação dos serviços do Asilo dos Alienados. A direção da instituição deveria estar a cargo de um médico legalmente habilitado no exercício da profissão. Da mesma forma, enfermeiros e todo o corpo técnico necessário deveriam estar registrados na repartição estadual competente. Ainda conforme as determinações descritas nesse

documento, o espaço institucional passaria por uma inspeção sanitária para que se adequasse aos moldes previstos e instituídos. Havia sido determinado um prazo de seis meses para a regularização da situação dos estabelecimentos que não estavam em conformidade com as normas regulamentadas.

Inegavelmente, Foucault elucida a situação de reordenamento da estrutura hospitalar por regulamentos que se sobrepõem uns aos outros ao afirmar que as transformações nos hospitais desde sua arquitetura, de seus projetos, de sua organização institucional e técnicas tornaram-se importantes a partir do século XVIII, uma vez que esses locais se articulavam no espaço urbano, com a massa populacional, a célula familiar e o corpo do indivíduo (FOUCAULT, 1979, p. 207). A própria arquitetura do panóptico construído por Jeremy Bentham (1787) atuava como um depurador social, demarcando o lugar dos corpos e do poder (FOUCAULT, 1987, p.165-169). Apesar da distância temporal e espacial, o Brasil foi, de modo indelével, influenciado por esse princípio de controle do espaço social, embora não se possa negar que o fez dentro das especificidades e das possibilidades disponíveis naquela época.

No primeiro ano do Governo Muller e nos anos subseqüentes a 1939 e 1940, após as novas normas serem instituídas pelo Regulamento Sanitário, figuraram a manutenção dos alienados nas prestações de conta do interventor federal, inseridos nos gastos despendidos com a Segurança Pública do Estado. Foram enunciadas e lançadas as despesas do governo estadual com um encarregado e dois auxiliares-serventes prestando serviços no asilo. Também sobressaíram os gastos referentes a sustento, vestuário e medicamentos para os alienados³².

Assim, a questão da loucura não fora, ainda, integrada à nova formatação da saúde, posto serem os gastos da alçada da Segurança Pública do Estado e não do Departamento de Saúde do Estado.

Lambert e Oliveira (1995) relataram, e este estudo confirma, que muitos dos internos no asilo trabalhavam nas terras da própria instituição, cultivando frutas e verduras e ajudando na criação de porcos e de galinhas, além de contribuírem nas tarefas da cozinha com o preparo dos alimentos e no auxílio da limpeza em geral. Isso revela que, mesmo sem supervisão e direção médica, os internos desenvolviam atividades como em um hospital colônia. As carências foram motivadoras para a inserção dos alienados nos trabalhos cotidianos de manutenção e de limpeza da instituição. As periódicas festas

³² Cf. a Gazeta Oficial de 5/1/1938, p. 12 e o Diário Oficial de 19/11/1940 (Arquivo Público de Mato Grosso).

filantrópicas angariavam fundos para cobrir uma deficiência específica. A que fora realizada em novembro de 1939 tinha por propósito prover o asilo de colchões, de cobertores e de alimentos, conforme confirma a notícia publicada em um periódico de Cuiabá:

O produto das festas em benefício dos loucos do Coxipó:
Iniciando a aplicação do produto das festas, há tempos promovidas nesta Capital em benefício dos alienados do Asilo do Coxipó, a Senhora Sarmento Bianco fez, pessoalmente a distribuição de colchões e cobertores a todos os internados daquele asilo, oferecendo-lhes uma farta merenda de carnes, bolos, pães, doces e fumo. Sobre os leitos de dura madeira cravada nos pisos de cimento; não se encontrava um único colchão, sendo comovedora a alegria daqueles míseros ao se apossarem dos colchões e imediatamente, a se deitarem sobre os mesmos como que compreendendo o bem-estar que tal lhes proporcionava (sic) (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1939a, p. 4).

Além das aquisições acima listadas, a sobra de recursos era destinada, ou a tratamento, ou à aquisição de vestimentas. A notícia segue informando:

Pagas todas as compras, serviços de costura e transporte, ainda ficou um saldo 1:150\$000, importância essa que a Sra. Sarmento Bianco [...] deliberou fosse entregue ao Dr. Sílvio Curvo, o que foi feito para aquisição de remédios e custeio de tratamento cirúrgico de algumas dementes, que se queixavam de grave enfermidade, que teria efetividade de acordo com o Dr. Pereira Leite, médico daquele estabelecimento. Depois do devido exame, porém concluíram os dois ilustres facultativos que não seriam necessários tais tratamentos, sendo infundadas as preocupações da esforçada organizadora do festival, oriundas de falsas informações das próprias dementes, pelo que de acordo com o Juiz direto da Capital, resolveram aplicar o referido saldo em algumas roupas apropriadas para proteção de loucos furiosos, que serão encomendados na Capital Federal, empregando-se o remanescente em roupas comuns para os demais internados (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1939b, p. 3).

Roupas especiais foram encomendadas do Rio de Janeiro, mas era comum a transferência de alienados furiosos para a capital do país, como uma prática utilizada em todo o Brasil, desde o Império, ocasionando uma crescente demanda de vagas do Hospício D. Pedro II. Tal hábito persistia devido à esperança interiorana de que, na capital, os procedimentos institucionais fossem mais efetivos e eficazes no trato da loucura. Além do hospício carioca, havia também a opção do hospício da cidade de Barbacena, inaugurado em 1902, em Minas Gerais e que, aos poucos, vinha se tornando uma referência no tratamento da doença mental.

Para evitar medidas mais duras do que aquelas às quais os loucos eram submetidos, incluindo a transferência para outro estado, muitos deles procuravam demonstrar aceitação e conformidade diante de sua situação e mesmo apoio ao papel profissional dos que lhes impunham a subserviência institucional. Goffman (1961, p. 49) confirma essa tendência ao denominar a condição imposta aos internos de “servidão auto-alienadora”.

No Relatório do Governo Muller ao Governo Federal nos anos de 1939 e 1940, no item correspondente aos gastos públicos conferidos à Segurança Pública do Estado, foi mencionado:

Subordinado à Delegacia de Polícia de Cuiabá, funciona o Asilo de Alienados do Coxipó, estabelecimento que tem preenchido uma lacuna que existia de há muito tempo. Foram ali abrigados 49 alienados. Houve 35 visitas médicas, sendo aviadas 93 receitas. O Asilo foi visitado por 191 pessoas (BRASIL, 1939, p. 14)

Seriam 35 visitas médicas suficientes para atender à demanda de pacientes em um ano? Que receitas eram aviadas para cada tipo de problema de saúde? Quanto às visitas aos doentes, não há informações detalhadas sobre as pessoas que as realizavam. Poderiam ser familiares ou instituições religiosas ou filantrópicas. Este seria um dado revelador do real isolamento do doente, de seu abandono. A princípio, foram 191 visitas para 49 internos, tendo, cada interno, uma média de 4 visitas por ano. Havia ainda a deficiência de transporte para os enfermos, fossem esses alienados ou mendigos. Esse dado aparece no Relatório da Chefatura de Polícia, no ano de 1940:

Já se vão hospitalizando pobres infelizes que muitas vezes jazem em mísero estado de penúria quase a morrerem de inanição. Mas o transporte de enfermos é um dos maiores empecilhos para a realização da assistência [...] o transporte de enfermos se faz com a maior dificuldade, já com desvio da verba de diligência, própria para os casos de crimes, já com manifesta irrecomendação por se utilizar de meios não adequados como: automóveis de passageiros e carga ou redes (BRASIL, 1940, estante 3).

Com o decorrer dos anos, na década de 1930 e início dos anos de 1940, esforços foram envidados para garantir a manutenção dos serviços de atendimento à população asilar. A polícia passou a conjugar os serviços prestados com o Departamento de Saúde de Mato Grosso. Essa parceria é indicativa do poder da polícia sobre o comando das medidas adotadas para os loucos e do lento e gradual início de participação de

especialistas da área de saúde no assunto. Os espaços de poder estavam sob o embate que se travava entre os critérios de domínio pela força física e policial e os de prevenção, de diagnóstico e de adequação com base em conhecimentos médicos sobre tratamentos eficazes e adequados a cada classificação da demência.

O Relatório do Departamento de Saúde de 1942 corrobora esse embate pelo qual se utilizava a assistência ao alienado como ponto de honra para afirmação do poder:

A assistência prestada à população que era recolhida à Instituição asilar era desenvolvida de forma rudimentar sem tratamento especializado e diferenciado. Os asilados ficaram sob o comando da Força Pública do Estado até o ano de 1941, quando pela primeira vez, o Asilo passou a contar com a presença de um médico (BRASIL, 1942, estante 12).

Ao que parece, não foi um ato singelo a passagem do comando do Asilo de Alienados do comando da força policial para o Departamento de Saúde, órgão competente no trato de questões referentes à saúde física e mental da população de Mato Grosso. Transcorrida uma década de denúncias, de reivindicações e de relatórios sobre a condição do asilado como caso de polícia, recolhido em depósitos de rejeito humano, em um contexto de limpeza da cidade dos indesejáveis, somente em 1942 passa a figurar, na seção conferida à saúde pública do Governo Júlio Muller, os relatos das despesas relacionadas com o Hospital dos Alienados do Coxipó da Ponte.

3.3 Mato Grosso e a reformulação do Serviço Nacional de Assistência Psiquiátrica

A diligência estatal em prol da construção de um país de raça forte e aprimorada geneticamente apenas poderia ter lugar se fosse iniciada uma campanha nacional de prestação de serviço à saúde pública contra as doenças que assolavam o país. O combate a endemias deveria ser vigoroso e rigoroso, e a atenção ao corpo sadio deveria ser realizada na assistência desde o período da gestação até a puberdade. A puericultura tinha por missão o desenvolvimento físico e mental das crianças para prover a nação dos homens sadios de que necessitava para o trabalho em direção ao progresso. Essa campanha teve início no Rio de Janeiro e se espalhou pelos demais estados de Federação. Mato Grosso, por extensão, foi beneficiado com: a instalação de maternidades, de centros de puericultura, de lactários, de hospitais infantis; o controle sanitário das viagens marítimas, fluviais, aéreas; a profilaxia da sífilis; e a assistência hospitalar aos psicopatas (A CRUZ, 1938, p. 2).

Com a nova organização do setor da saúde e as remodelações desenvolvidas nos serviços sanitários de todo o país, realizadas a partir de 1937, o Departamento Nacional de Saúde³³ procurou melhorar a fiscalização e a execução das políticas de saúde pública em todo o território nacional. O Serviço de Assistência aos Doentes Mentais foi ampliado, transformando-se na Divisão de Assistências aos Doentes Mentais, que estendeu a ação Federal para os vários estados da Federação, conforme o Artigo 17 da referida Lei no. 378 de 13/1/1937:

Pela Divisão de Assistência a Psicopatas correrá a direção dos serviços relativos à assistência a psicopatas e a profilaxia mental, de caráter nacional, bem como dos que, de caráter local, sejam executados pela União. Competir-lhe-á ainda promover a cooperação da União nos serviços locais, por meio do auxílio e da subvenção federais, fiscalizando o emprego dos recursos concedidos (BRASIL, 1937, p. 3).

Na pasta de telegramas recebidos pelo então Diretor do Departamento de Saúde Pública, Dr. Virgílio Alves Correa da Costa, com a data de 11 de janeiro de 1940, foi encontrada a mensagem do Diretor de Estatística do Distrito Federal, Sr. Teixeira de Freitas, com a seguinte redação:

Necessitando organizar cadastro de estabelecimentos que prestaram socorros de assistência médica ao público no ano de 1939, a fim de conseguir dados para levantamento minucioso estatístico médico social no país, solicito remessa de relação de postos de saúde, postos de higiene, centro de saúde, hospitais e outros estabelecimentos que funcionaram em 1939, nesse Estado, que se achavam subordinados ao Departamento sob Vossa direção (BRASIL, 1940, documento avulso).

Observa-se, nesse excerto, forte intenção de se controlar o sistema pelo conhecimento do número de entidades. Atrás desse conhecimento, havia outros, como o número de pacientes e o número de atendentes, bem como da estrutura dos prédios, da disponibilidade de equipamentos e de medicamentos.

De acordo com as observações de Venâncio (2003, p. 5), nesse período, no campo da saúde no Brasil, houve um processo tanto de centralização como de descentralização no que se refere à implantação efetiva dessas políticas, buscando assim, uma interação entre as esferas Federal, estadual e municipal de governo. Novas ações

³³ O Departamento Nacional de Saúde era composto de quatro divisões; a divisão de saúde pública, a divisão de assistência hospitalar, a divisão de assistência aos psicopatas e a divisão de amparo à maternidade. A divisão de assistência aos psicopatas produziu, no mesmo ano da promulgação da referida lei, um inquérito de âmbito nacional com a perspectiva de obter um diagnóstico da assistência psiquiátrica no país. O inquérito durou quatro anos e foi utilizado para elaborar o Plano Hospitalar Psiquiátrico com planejamento de construção de 4.000 leitos em todo o país.

seguiram as diretrizes de políticas de saúde pública que vinham sendo discutidas internacionalmente em eventos e congressos, patrocinados principalmente pelos Estados Unidos³⁴.

Em 1941, o Decreto-Lei nº 3171 institucionalizou uma reforma no Departamento Nacional de Saúde, segmentando suas ações segundo doenças determinadas. Nessa divisão, os serviços passariam a ser compostos de órgãos específicos. O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) reuniu o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) e a Divisão de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (DAP-DF). Como consequência, os estados brasileiros foram classificados em cinco ciclos de evolução, de acordo com a melhoria no atendimento e na assistência psiquiátrica prestados³⁵. Segundo essa classificação, Mato Grosso foi rotulado no item 2, atendimento rudimentar, considerando um escalonamento que ia do número 1, para os estados que não prestavam assistência psiquiatria, ao número 5, para aqueles considerados com atendimento mais moderno. Portanto, Mato Grosso, na esfera Federal, foi considerado um estado que necessitava receber subsídios para incrementar melhorias na área da assistência psiquiátrica.

A apropriação do alienado pelo disciplinamento do asilo era um exercício de poder, uma vez que a instituição se apropria da sua fala, nega-lhe o direito à palavra ou exclui seu discurso. O discurso do louco se apresenta nulo, sem significância, não sendo acolhido, pois não possui a verdade. Foucault (2006, p. 10) assinalou que, na oposição razão e loucura, existe outro princípio de exclusão do discurso: não mais a interdição, mas uma separação e uma rejeição. Em uma equivalência de desqualificação ou de anulação, o discurso do louco não pode circular como os demais; o louco não apresenta um discurso qualificado e considerado como verdade. Não é discurso, não se inscreve no campo simbólico linguístico reconhecido como significativo e provedor de um sentido.

³⁴ Conforme o que a autora aponta, a formulação de um Plano Hospitalar Psiquiátrico foi um dos eventos centrais na assistência psiquiátrica brasileira entre os anos de 1930 e 1950.

³⁵ No primeiro ciclo, estavam aqueles que não prestavam assistência a seus doentes, como os estados de Sergipe, Goiás e Território do Acre. No segundo ciclo, estavam aqueles que ofereciam uma assistência rudimentar, sem tratamento diferenciado e especializado, como Mato Grosso, Espírito Santo e Piauí. No terceiro, apareciam aqueles que prestavam alguma orientação especial, ainda que de forma deficiente, figurando os estados do Amazonas, do Maranhão, do Ceará, do Rio Grande do Norte, de Alagoas e de Santa Catarina. No quarto ciclo, estavam os estados que ofereciam assistência especializada, mas ainda de forma reduzida, como os estados da Paraíba, do Pará, da Bahia e do Rio de Janeiro. E, por fim, no quinto ciclo, os estados que assistiam seus doentes com base nos métodos psiquiátricos considerados mais modernos; estados que estavam mais preocupados com o processo da prevenção: Paraná, Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo e Minas Gerais (ver PEREIRA apud VENÂNCIO, 2007, p.1- 8).

Mais uma vez, os documentos silenciam sobre esse poder sobre o corpo e a voz do doente, bens que lhe são confiscados e submetidos a tratamentos terapêuticos penosos. Inúmeras práticas para com os alienados passaram a ser criadas e experimentadas nos hospitais psiquiátricos. Entre elas, figuravam os banhos de imersão, as cadeiras giratórias, os choques elétricos, a balneoterapia, as duchas circulares, a diatermia, as experimentações com medicações. Em Cuiabá, alguns desses recursos inexistiam pela dificuldade gerencial, pela indisponibilidade de recursos financeiros e de especialistas dotados de conhecimentos para o uso de estratégias específicas no enfrentamento da loucura. Além dessas práticas, havia ainda as lobotomias, uma invenção cirúrgica que retirava parte do lobo frontal do cérebro do alienado, transformando o estado psíquico do indivíduo em um estado vegetativo. Não há, entretanto, documentos que comprovem a existência dessa prática em Cuiabá.

Essas medidas consideradas terapêuticas foram estudadas por Foucault na França. Conforme o autor, elas foram tomadas depois do célebre desacorrentamento dos alienados, efetuado por Pinel. Criou-se toda uma série de instrumentos para exercer a contenção dos loucos como: a cadeira fixa presa à parede, na qual o doente era amarrado; a cadeira móvel que se agitava quanto mais agitado estava o doente; as algemas de ferro forradas de couro; as mangas de força constituídas por um cilindro de pano que mantinham as mãos presas diante do corpo; a roupa em forma de dedo de luva que envolvia o indivíduo desde o pescoço e o apertava de tal modo que ele ficava com as mãos entre as coxas; os esquifes de vime em que os indivíduos eram encerrados e as coleiras de cachorro com pontas debaixo do queixo (FOUCAULT, 2006, p.131). O avanço do qual a assistência psiquiátrica é referência não incidiu de forma acalentadora a nenhum ser humano que via um parente submetido a tais provações, mas essas eram as normas e as regras contra os desvios que a loucura produzia.

Assim, a medicina psiquiátrica passou a ser detentora do poder simbólico do corpo e da dor do alienado. O hospício, na sua função coercitiva e isoladora, criou mecanismos pelos quais não se podia separar o que era próprio da existência do louco e o que lhe fora impresso na realidade do poder institucional.

De acordo com Goffman (1961, p. 24-36) o indivíduo alienado, ao adentrar o espaço manicomial, é despojado de seus bens, de seus pertences pessoais. A instituição manicomial providencia pelo menos algumas substituições, mas estas se apresentam de forma padronizada, uniformes no caráter e uniformemente distribuídas. Não dá chaves aos internos, e estes devem mudar de cela pelo menos uma vez por ano para evitar que

fiquem ligados a ela. Não há possibilidades de o paciente ter uma vida reservada. Além da deformação pessoal que decorre do fato de a pessoa perder seu conjunto de identidade, existe também a desfiguração física, que decorre de mutilações diretas e permanentes do corpo, como marcas ou perda de membros. O único espaço de subjetivação e, portanto, de localização de uma identidade própria, uma vez que esses indivíduos eram despojados de todos os seus pertences e liberdade, era, vez por outra, a caneca presa ao corpo do louco, única representação de vida e de pertencimento.

O Plano Hospitalar Psiquiátrico³⁶ foi iniciado primeiramente no Distrito Federal, depois, foi se estendendo aos demais estados da Federação. Nos vinte estados brasileiros que foram mencionados nesse plano, quatorze deles foram citados como contemplados com a construção de um hospital colônia³⁷ ou colônia. No interior dos outros seis, seriam construídos hospitais ou pavilhões (VENÂNCIO, 2003, p. 2-5). Esta medida incentivou também a criação de ambulatórios e a expansão das grandes estruturas hospitalares psiquiátricas em todo o país. Em Mato Grosso, as transformações e as regulamentações emanadas desse plano foram iniciadas nos anos seguintes, culminando com a discussão e a resolução da construção de um hospital psiquiátrico.

No ano de 1950, foi consolidada a articulação federal com o Estado de Mato Grosso pelo o Ofício nº 359, de 27/5/1950 do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Educação e Saúde, em resposta ao Governador do Estado, trazendo os seguintes dizeres:

Acuso o recebimento de seu ofício nº 267, de 15 do corrente, no qual V. Excia comunica que pretende efetuar as obras de construção do Hospital Colônia para psicopatas desse Estado, por administração, na conformidade do parágrafo II do Termo Aditivo ao convênio assinado entre esse Estado e o Ministério da Educação e Saúde e solicita aprovação desta Diretoria. Cumpre-me informar a V. Excia que o Serviço Nacional de Doenças Mentais está de pleno acordo em que as referidas obras sejam realizadas por administração desse Estado. Aproveito a oportunidade para renovar a V. Excia os protestos de minha alta estima e distinta consideração (BRASIL, 1950, documento avulso).

³⁶ À frente da coordenação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, ocupava o cargo como diretor, o médico-psiquiatra, Dr. Adauto Botelho. A sua gestão foi desenvolvida de 1941 até 1954 e várias modificações foram sendo introduzidas nas formas de assistência psiquiátrica no país.

³⁷ O modelo de hospital colônia que havia sido proposto por Juliano Moreira desde a década de 1910 foi o modelo padrão adotado e executado em todo o país nos anos de 1940 e 1950. O formato do hospital colônia, nos moldes de um complexo hospital, seria estruturado em uma área física considerável, afastada dos centros urbanos, e composto por pavilhões e outras estruturas assistenciais. A nova instituição se fundamentaria na praxiterapia e na assistência hetero-familiar (Cf. VENÂNCIO, 2003).

O ofício foi assinado pelo médico-psiquiatra Dr. Aduino Botelho, que, posteriormente, esteve em visita a Cuiabá para vistoriar o início das obras e a construção do hospital psiquiátrico. Iniciou-se assim, de fato, a institucionalização cautelar de uma instituição dedicada exclusivamente ao tratamento de doentes mentais. Foram necessários, aproximadamente, 20 anos para a consolidação da compreensão do que é doença mental. Dito de outro modo, muitos anos se passaram até que a população e os políticos entendessem que doença mental não é caso de política, mas de saúde pública. De todo modo, ainda resta a dúvida sobre se esse avanço ocorreu apenas no papel ou se influenciou de modo significativo na vida das pessoas objeto desta política.

O que se verifica na discussão sobre a articulação entre os desígnios nacionais e a trajetória das políticas de saúde no Estado de Mato Grosso é a difícil tarefa que administradores e interventores tiveram que enfrentar para estar em consonância com as determinações nacionais. As ordens escritas advindas da Capital Federal demonstravam um avanço na concepção e na tomada de decisão, mas a realidade local em termos de recursos financeiros e humanos estava fortemente arraigada aos valores de uma sociedade com poderosas marcas de cultura colonial.

3.4 Implantação dos serviços de higiene mental em Mato Grosso

Entre a aplicabilidade da Reforma Sanitária de 1938 empreendida no Estado de Mato Grosso e as obras arquitetônicas que modificaram o cenário urbano, noticiava-se, nos jornais locais e nacionais, que esse estado vivia um surto de progresso e de renovação face às mudanças na sua vida política e administrativa. O fato era reforçado pela declaração do Interventor Federal Júlio Muller na Gazeta Oficial: “Foi preciso o Estado Novo, com o sentido nacionalista que o inspirou para despertar o gigante Mato Grosso do imenso letargo em que jazia” (GAZETA OFICIAL, 1938, p. 1).

Contudo, o que significa essa frase? O Estado Novo era apontado como o grande paliativo para as carências decorrentes de uma população sem o perfil de povo de garra para afinar a estrutura social e econômica local com o espírito desenvolvimentista da época. A eugenia era o caminho: limpar a cidade e criar um novo homem disposto, forte e trabalhador. Faziam-se necessárias medidas nas áreas da educação e da saúde para combater o atraso do estado. Gente defeituosa, humilde, sem habilidade e elegância comprometia o desenvolvimento local. Por isso, foi dado o passo para a mudança radical: recolhimento dos indesejáveis e formação de um novo homem desde a gestação,

cuidados que apenas se realizariam com um estado forte que comandava e fazia realizar: o Estado Novo getulista.

Ainda conforme essa mesma edição da Gazeta Oficial, as mais “auspiciosas promessas” foram anunciadas pelo Governo Estadual, antecedendo “um surto inigualável” de realizações materiais, de benefícios e de incentivos que esse governo havia conseguido para o Estado do Mato Grosso. Configuravam ainda as promessas feitas pelo Ministro da Educação e Saúde Federal e apontava as diretivas do ensino no Estado Novo, dos serviços de saúde e das várias notícias sobre a ordem e o progresso. O Governo Federal anunciava que “aquele seria o ano de Mato Grosso”.

No aspecto educacional, Júlio Muller iniciou um novo período no ensino. Instituiu a criação de cem escolas de instrução primária, de acordo com o Decreto nº 53 de 18/4/1941, ficando essas escolas conhecidas como “As Presidente Vargas”³⁸.

Pode-se constatar, nas edições do jornal O Estado de Mato Grosso de 1941, como se foram construindo, no imaginário da população local, as representações sociais da loucura em um processo que imantava a todos os indivíduos internados na instituição, indiferentemente a quais processos determinaram que aqueles indivíduos fossem mantidos ali. Pode-se, ainda, compreender como se constituiu inicialmente o processo da superlotação de internos, fenômeno ocorrido de forma célere na instituição manicomial.

O asilo dos Alienados do Coxipó.

A situação dos infelizes ali internados: o que vimos numa rápida visita nos arredores do vizinho distrito do Coxipó da Ponte está instalado o Asilo dos Alienados, onde são recolhidos os infelizes atacados por taras que conduzem à loucura [...] o referido estabelecimento circundado por uma pequena floresta afastado do povoado que dorme a poucos passos do remansoso rio Coxipó [...] Lá no meio da mata, o Asilo forma como que uma cousa à parte. Ali tivemos uma surpresa a nossa chegada. Não vimos senão a dedicação de dois funcionários incumbidos da guarda e da vigilância dos infelizes ali internados, o Sr José Delmiro da Costa e sua esposa. Quanto aos loucos julgávamos que iríamos encontrar entre eles um ou outro furioso, metido em camisa de força, separado completamente dos companheiros de infortúnio. Julgávamos que iríamos ver e flagrantizar quadros tétricos horríveis, mas o que vimos foi um quadro diferente, o mais humano que uma precariedade de uma situação pode oferecer. Observamos o que se faz no Asilo dos Alienados em prol dos internados. É manifesta a dedicação profissional dos Srs. Doutores Cerqueira Leite e Aretino Cavalcante de Matos no sentido de amenizar a situação dos loucos, o que têm conseguido com ótimos resultados que qualquer um pode verificar [...] Apesar da

³⁸ Em virtude das determinações do artigo 2º, do referido decreto, ficava determinado que, a cada uma das escolas que fossem distribuídas em cada município de Mato Grosso, desse-se a denominação de Presidente Vargas. Sendo assim, dezenove estabelecimentos escolares receberam esse nome (Cf. MARCÍLIO, 1963, p.163).

situação em que se encontra o Asilo, nota-se ali em todos os recantos a máxima higiene. [...] Segundo fomos informados o Asilo dos Alienados passará agora a depender do Departamento de Saúde Pública. Com essa resolução governamental lucrará imensamente o Asilo e os internados, pois sabida como é a orientação dos mentores daquele importante Departamento tudo deve se esperar para a melhoria do manicômio que atende aos doentes mentais também de outros municípios (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1941, p. 2).

Essa é uma visão otimista que vê o esforço, do qual não se pode duvidar, dos doutores dedicados à causa, mas, certamente, com as carências já tantas vezes denunciadas. Provavelmente, entretanto, nem os resultados e nem a higiene eram os desejados conforme o promulgado pelos manuais de controle sanitário. Não se atentava para as ainda constantes práticas de maquiagem do lugar, com um arranjo aparente que dava a impressão de que o sistema funcionava bem. Na perspectiva de uma visita, geralmente o frenesi se instala entre atendentes e internos e todos se mobilizam para vender a melhor imagem do local, o que é compreensível, afinal, verbas são destinadas a essas instituições. Se o resultado da visita é de identificação de mais problemas que soluções, o Estado vê-se obrigado a intervir e até mesmo a fechar a instituição. A quem isso interessa em uma sociedade que está intensamente influenciada pela visão eugênica?

Nessa visita constatou-se, conforme o relatório enviado ao sr. chefe de polícia pelo encarregado do Asilo dos Alienados, no início do ano de 1941, a existência de 25 internos: 6 homens e 19 mulheres. No decorrer desse mesmo ano, entraram mais 7 homens e 8 mulheres; faleceram 5 homens e 1 mulher; 5 tiveram alta devido ao restabelecimento da saúde (2 homens e 3 mulheres); permaneceram ainda internados 29 pacientes, dos quais 6 homens e 23 mulheres. É interessante notar que, no movimento de internos, entre entrantes, falecidos e “curados”, a maioria é de mulheres. Seriam essas as mais acometidas por doenças mentais? Ou seriam as mais transgressoras recolhidas para esconder, dos olhos da sociedade, a quebra do código de conduta que tinha a força de lei?

A foto 22 mostra o orgulho dos agentes de estado diante do reconhecimento de seus esforços para atender às exigências da modernização. A aparência das pessoas está em consonância com o padrão da boa apresentação de si mesmo diante do público. A civilidade se instalou definitivamente no espírito do ser humano que vivia, até há pouco, sob o patrocínio da lógica da cidade com potentes vínculos com as atividades rurais. O ar

de orgulho pelo fato de Cuiabá compor a 8ª. Região³⁹ transparece nas fisionomias de sobriedade e de orgulho.



Foto 22 – Delegacia Federal de Saúde. 8ª Região, Cuiabá.

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, [Década de 1940]⁴⁰.

Havia todo um empenho das forças políticas de Mato Grosso, alinhado às intenções da elite local, para estar em consonância com a visão Federal de progresso e civilidade. Nesse sentido, há que se destacar a correspondência enviada ao Interventor Júlio Muller pelo Instituto Brasileiro de Criminologia e Orientação Profissional, o órgão criado no Rio de Janeiro e dirigido por um criminalista e um corpo técnico de médicos e psiquiatras, que trabalhava sob os enfoques das teorias eugênicas e antropológicas:

Tenho a honra de trazer ao conhecimento de V. Excia, que o nosso querido Brasil, mais uma vez, se coloca em nível com as nações onde a ciência corre em paralelo com a evolução social; e desta, com a instalação do Instituto Brasileiro de Criminologia e Orientação Profissional, cuja criação é o fruto de muitos anos de estudos e elevado

³⁹ Com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, foram criadas 17 delegacias federais de saúde que dividiam o território nacional em oito regiões. Os estados de Goiás e Mato Grosso passariam a constituir a 8ª Região, tendo Cuiabá por sede (Cf. o jornal O Estado de Mato Grosso de 4/4/1941).

¹⁷ A respeito da imagem 22, conforme informações de antigos funcionários do Hospital de Alienados do Coxipó, o senhor de terno escuro que aparece na parte central da fotografia é o Dr. Manoel Vargas, o primeiro psiquiatra que veio prestar atendimento no Asilo de Alienados do Coxipó da Ponte.

espírito de patriotismo, no desejo de cooperar com os poderes públicos, no levantamento das forças morais, sociais, afetivas, produtoras e intelectuais dos nossos jovens, e desta forma, na elevação do Brasil. O Instituto de Criminologia, ora criado no Brasil é o único da América do Sul, terá por finalidade a indicação de indivíduos que, por suas aptidões e firmeza de caráter possa o estado ou os particulares, confiar-lhes o exercício de cargos, empregos e profissões, bem como opinar na entrada ou recusa dos elementos alienígenas após guerra, no Brasil, depois de tê-los passado por acurado exame de moderna ciência e psicotécnica, livrando-nos assim dos elementos deletérios (BRASIL, 1943, documento avulso).

Patriotismo, moralidade, aptidões, caráter, tornaram-se as palavras de ordem para definir os indivíduos com competência para o exercício de determinados cargos. A psicotécnica vem no auxílio da consolidação da modernização pela seleção de indivíduos condizentes ao espírito dominante naquele momento para a dinamização social e econômica. Todas as medidas eram adotadas para fundamentar o sistema que permitia a produção de discursos de verdade, cujos efeitos se configuravam na apropriação do poder.

Segundo Foucault (2006), não há verdade fora do poder ou sem o poder, pois toda verdade gera efeitos de poder e todo poder se ampara e se justifica em saberes considerados verdadeiros. O autor analisou que os enfrentamentos e dispositivos de poder utilizados pela psiquiatria produziram enunciados, teorias, afirmações e negações, ou seja, um discurso de verdade sobre o louco, agora, denominado *doente mental*. Além disso, o que vale para o louco vale também para as demais formas de controle social. Não é, portanto, uma questão de se manter distante da vista os maus elementos, os indesejáveis, os impuros e os malfeitores, mas de garantir que, nos quadros dos funcionários públicos e agentes sociais, permaneçam aqueles com profunda sintonia com os princípios normativos que demarcam a visão de mundo implantada com o Estado Novo. Enfim, deseja-se que permaneçam os mais adequados ao sistema. Essa compreensão foi discutida no Capítulo I, quando se destacaram a medicalização e a introdução da eugenia na vida social.

Não se pode negar que essa almejada configuração social, de domínio e de assimilação da norma esteja estreitamente ligada ao processo de desenvolvimento do conhecimento psiquiátrico, pois é com base nela que o discurso de verdade reverbera por toda a sociedade. As relações de poder se fazem em interligações, delineando as condições de dominação, organizando-se em uma forma estratégica, mais ou menos coerente e unitária. Além de criar a verdade, o discurso também a legitima. A instituição

psiquiátrica se converteu em um lugar de formação, de conhecimento e do entrelaçamento das relações de poder com a constituição de um saber. Na medida em que o manicômio foi se constituindo em um lugar privilegiado de se estudar a experiência sobre a loucura como matriz para a formação de saberes, ocorria não o desenvolvimento ou o progresso dos conhecimentos, mas as práticas discursivas que podiam constituir matrizes para conhecimentos possíveis.

Esses conhecimentos atuavam como dispositivos que iam além do conteúdo do ofício enviado ao interventor. Constituíam-se em uma proposta que se estendia às autoridades judiciais e policiais, pais, tutores e educadores e também aos comerciantes e industriais. O intuito era o de impedir a eclosão dos crimes e dos vícios fundados no conhecimento genético dos delitos e nas qualidades dos delinquentes e dos viciados. A busca de corretivos para os desvios da conduta humana e o interesse na padronização dos comportamentos fizeram surgir novas frentes de intervenção, o que possibilitou as condições de atuação de instituições niveladas às perspectivas do já citado instituto de criminologia. Fundiam-se no instituto os argumentos essenciais que conjuravam a legitimidade discursiva para o exercício do poder.

As formações discursivas ou os discursos são o campo de relação entre enunciados que, por sua vez, são as unidades elementares do discurso. Entretanto, não é apenas o objeto enunciado que forma a unidade discursiva para pertencer ao objeto discursivo. Os enunciados devem não só enunciá-lo, como também a enunciação deve ser estabelecida segundo conceitos convergentes e obedecendo a estratégias enunciativas semelhantes. Assim, os discursos são práticas que, sistematicamente, formam os objetos de que falam. As práticas discursivas, por sua vez, não são pura e simplesmente modos de fabricação dos discursos; são elementos essencialmente políticos. Nesse sentido, Foucault define que:

A prática discursiva é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício de uma função enunciativa (FOUCAULT, 2005, p. 133).

Assim, os discursos articulados ao exercício do poder são as peças do jogo de poder e são inseridos em uma trama irregular e assimétrica de estratégias e de táticas discursivas. Entre as táticas bem-sucedidas em Cuiabá, encontra-se o laurar dos serviços de saúde pública de Mato Grosso, que receberam, no ano de 1943, um destaque na

revista brasileira Medicina Social, especializada em assuntos de medicina e de higiene e editada no Rio de Janeiro. Esclareciam os artigos da dita revista que o que estava acontecendo em Mato Grosso em matéria de medicina social era simplesmente notável. Nela, figuravam os vários serviços na área da saúde que foram inaugurados e implementados em todo estado (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1943b). Confirmasse, assim, que as práticas discursivas tomaram corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e mantêm cooptadas as subjetividades subjacentes ao regime de verdade da sociedade.

No entanto, apesar das alvissareiras mensagens de melhorias do padrão de comportamento, informações sobre esses avanços não encontravam respaldo em dados que efetivamente os demonstrassem na área da assistência médica e psiquiátrica prestada aos alienados no estado mato-grossense. Reinou o silêncio e, onde este reina, abre-se a porta para que se diga qualquer coisa, mesmo sem o correlato na realidade. Entretanto, o discurso produz efeito e encontra adesão à causa eugênica entre os bons cidadãos de Mato Grosso. Nada é questionado porque o interesse hegemônico é o da cidade asséptica, livre do peso dos indesejáveis. O que ocorria no interior dos muros do asilo manicomial não afetava o espírito, nem a sensibilidade humana dos que estavam em condições vantajosas.

Embora as contradições fossem visíveis no estabelecimento de normas e na realidade dos problemas que a sociedade vivenciava, não houve uma postura de desânimo do Governo Federal, que continuou a adotar providências no sentido de moldar e de melhorar as formas de assistência em Mato Grosso. No ano de 1944, o Departamento de Saúde, em cumprimento ao Decreto nº 3171 de 2/4/1941, resolveu criar, no centro de saúde da capital, o Serviço de Higiene Mental. Nos moldes requeridos pelo decreto, os serviços foram implantados e coordenados pelo médico-psiquiatra, Dr. Manoel Vargas, que havia sido enviado pelo Departamento Nacional de Saúde. O médico ainda desenvolveria suas atividades na direção do Hospital de Alienados, como médico diretor e também como inspetor psiquiátrico nas avaliações realizadas em pacientes atendidos na Secretaria de Saúde.

O Serviço de Higiene Mental constituía-se do Dispensário e do Serviço de Assistência Social, iniciado em uma sala de diminutas dimensões, no centro de saúde da capital. Essa foi a grande novidade dessa gestão. O Dr. Vargas contaria com a

colaboração de uma atendente e de uma visitadora social⁴¹. No Dispensário, seriam atendidos os psicopatas que tivessem um estado compatível com o meio social, instituindo-se a estes um tratamento especializado. Neste grupo, incluía-se a grande maioria das psicoses sífilíticas e de epiléticos, também chamados de “pequenos mentais”, e dos psicóticos leves e transitórios, enfim, de todos os que não necessitassem de internação. Também se daria no Dispensário a continuação do tratamento aos egressos do hospital psiquiátrico. Toda a profilaxia das afecções mentais e nervosas, em geral, seria, assim, realizada no Dispensário de Higiene Mental⁴².

Todas essas informações sobre medidas de cuidados e de controle no tratamento dos loucos indicam que, mais uma vez, fica instituído o objeto *loucura* como objeto da prática institucional que reivindica o monopólio de legitimidade sobre esse objeto e, por conseguinte, produz a verdade da doença em si. O manicômio, local de diagnóstico e de classificação, possibilitou ao psiquiatra dizer a verdade com base no saber que tem da doença, produzi-la em sua verdade e a impor pelo poder que exerce sobre o próprio doente.

Assim, a questão da verdade passa a ser buscada não na relação com o louco, mas na medicina. Esta é uma situação que Cunha (1986, p.172) percebeu ao notar que foi pelo modelo americano que os psiquiatras brasileiros passaram a reivindicar o refinamento do aparato institucional com a instalação de ambulatórios, de clínicas e de dispensários para o atendimento “aberto” ao público urbano. Assim, eles atingiram tanto os loucos ainda não caracterizáveis, como os incuráveis, os perigosos e os intermediários de toda espécie, os quais passariam a compor a *fauna do desatino*, termo que bem caberia como título deste capítulo. O desatino não está localizado nos doentes mentais, mas também na inconsistência de políticas nacionais e locais que se postam de provedores de uma nova sociedade e detentores de uma verdade que não tem ressonância na realidade. A diversidade e a especificidade local e cultural são por demais negligenciadas e a imagem da sociedade monolítica faz voz e cria raízes em diversos setores sociais. Será, então, que não se visibilizou outras reivindicações vindas das camadas populares que sequer foram mencionadas?

⁴¹ Ambas possuíam o Curso para Atendentes Psiquiátricos, que havia sido ministrado pelo próprio médico. A visitadora social possuía o curso de enfermagem geral ministrado pelo Departamento Estadual de Saúde.

⁴² Cf. Relatório do Departamento de Saúde, no ano de 1944, p. 47- 48 (Arquivo Público de Mato Grosso).

Detentores do poder, que tudo sabem e conhecem, os novos apóstolos da construção da saúde pública, os psiquiatras, reivindicavam também a criação de clínicas de higiene mental, destinadas a tratar do homem comum, das famílias, visando à criação e à difusão de hábitos sadios e revigorantes de ajustamento social. O que faziam os jovens que causava tamanho temor aos detentores de um conhecimento elevado sobre a conduta humana? Não se questiona a atenção desses agentes aos cuidados com a saúde mental da população, mas questiona-se a imprecisão sobre o que era definido como *comportamento normal*. Tessitura das relações sociais, as práticas discursivas também asseguram um esquema de comportamento transmitido e difundido nas formas pedagógicas como regime de verdade sobre os comportamentos morais da sociedade.

Não foi, pois, por acaso, que ocorreu a implantação e a coordenação dos serviços abertos de assistência psiquiátrica em Mato Grosso. Além de cumprirem determinações emanadas da política de saúde Federal, definiram a posição do estado em relação ao reconhecimento e à legitimação da exclusiva competência da psiquiatria no trato com a loucura. Na ampliação dos espaços de intervenção social, a medicina mental, aliada ao projeto eugênico, argumentava a favor da organização e da implantação de tecnologias disciplinarizantes do meio social. Isso se justifica, mais uma vez, em Foucault. Ele afiança que o regime ou a política de verdade adotado em cada sociedade levam-na a acolher e a fazer funcionar os discursos escolhidos como verdadeiros, determinando as instâncias que distinguem o falso do verdadeiro, como se sanciona uns e outros, as técnicas mais valorizadas para a obtenção da verdade e o estatuto daqueles cujo encargo é dizer a verdade. Assim, os discursos emanados da psiquiatria não podem ser dissociados da prática social que determina que os sujeitos que falam ao mesmo tempo adquiram poderes singulares e papéis preestabelecidos.

O poder discursivo ganhou espessura na sociedade e o saber psiquiátrico, pela prática, extravasou essa formação, estendendo-se às percepções e aos modelos de pensamentos para além do espaço institucional, relacionando-se às demais instâncias sociais. A abundância do poder imposto pelo discurso psiquiátrico se propagou, difundindo-se pedagogicamente, tornando-se presente nos textos jurídicos, na literatura, nas decisões políticas, no cotidiano, atravessando e fazendo parte da cultura.

Assim, não é de surpreender que, nos anos de 1943 e de 1944, o número de pacientes que foram atendidos no Hospital de Alienados subisse de 43 para 99 numa proporção de internos de 50 homens e de 49 mulheres. Sessenta e duas saídas se deram, das quais, 21 foram motivadas por cura; 9 por melhora, 24 por não alteração nas

condições de saúde e 8 por óbito⁴³. Conforme uma nota explicativa, apresentada pelo médico-psiquiatra em face ao elevado número de saídas dos pacientes sem alterações no quadro da doença instalada, esse alegava que se deram por fugas devido, na sua perspectiva, à má adaptação às instalações do asilo. Quanto à exagerada porcentagem de óbitos, as ocorrências, segundo essa nota, deram-se devido à transformação do nosocômio⁴⁴ em asilo de velhos.

Assim, persistiam as atividades na instituição que fora remodelada e inaugurada no segundo semestre de 1931 com o objetivo inicial de asilar os alienados e de cumprir o papel social de abrigar os pobres, os indigentes e os idosos em estado de abandono e que já apresentava, após a primeira década de funcionamento, elevados números de internação, demonstrando que a grande demanda de vagas preenchidas por doentes eram provenientes de outros municípios para além da capital. Dessa forma, todo o discurso dos benefícios da psiquiatria no trato da demência e na prevenção de comportamentos comprometedores dos jovens não foi suficiente para a carga da realidade. Os confrontos entre interesses de grupos, o embate entre formas de perceber a vida e a luta de poderes fizeram com que o sistema de asilamento em Mato Grosso reverberasse as práticas culturais que há muito se instalaram na cidade.

O que foi dito no início deste capítulo sobre a camada popular que não se manifestava e não foi mencionada pelos interventores e médicos justifica-se pelo fato de que ela agia sob o crivo do medo e da insegurança, que bem conhece pela experiência de longos anos de desmando que o estado vivenciou e porque havia uma grande distância entre a lei e sua efetivação. A história da escravidão e do trabalho livre como um espaço de instabilidade é uma pedra instalada na alma das pessoas simples que fazem do silêncio a grande arma contra a violência. O silêncio torna-se, assim, uma medida preventiva que parece conformista, mas é mais de cautela. Os populares se condoem com os acometidos pela demência e oram, porque orar alivia o espírito e não atija a gana de preservação de poder que os doutos que circulam nas esferas do comando nacional procuram preservar a todo custo. Que se limpe a cidade, que os pobres trabalhem, que os defeituosos e ociosos sejam retirados da vista das pessoas de bem que querem ver uma linda cidade, com sólidos sinais de modernização, gente bonita e bem-vestida, dirigindo seus automóveis e passeando em espaços públicos limpos, cheirosos e bem ajardinados parece ser o que estava nas mentes dos senhores e das senhoras adeptos da eugenia.

⁴³ Cf. Relatório do Departamento de Saúde, no ano de 1944 (Arquivo Público de Mato Grosso).

⁴⁴ Nosocômio significa hospital.

De fato, foi o dispositivo de poder utilizado pela medicina mental no espaço do asilo que se fundamentou como instância produtora de uma prática discursiva que funcionou como uma espécie de ordem imanente perpassando o espaço do asilo e sendo dotada de um poder ilimitado. Esse poder se instituiu pela implantação de um projeto regulatório que não se ateve ao atendimento ao doente, mas à modelagem do seu comportamento social.

Finalmente, o quarto e último capítulo desta reflexão vai mostrar como a articulação entre o passado e o presente, entre a racionalidade e o controle social vai se configurando a partir do século XVIII e chega ao século XX como uma referência de um modelo e um padrão de gestão das práticas institucionais, construindo discursos de verdade e apurando palavras e silêncios bem como o lugar do sujeito e da verdade.



Foto 23 – Fachada do Hospital Adauto Botelho⁴⁵.

⁴⁵ Não há data precisa nem identificação do autor desta foto. Estima-se que seu período seja entre 1967 a 1970. Foto cedida por antigos funcionários e colaboradores da pesquisa.

CAPÍTULO IV

PRÁTICAS INSTITUCIONAIS NO TRATO COM A LOUCURA

4.1 Fazer emergir o seu arquivo

O cotidiano na instituição asilar se misturava entre as estruturas do acompanhamento, da satisfação das necessidades humanas básicas, da vigilância, da medicação e do emaranhado dos rostos que se confundiam com os seus olhares vazios e perdidos, no profundo abismo de sofrimento de cada paciente, na imposição da sua condição de incapaz, daquele que necessita de que lhe cuidem.

Todo o percurso do processo de institucionalização discutido no Capítulo III teve por ênfase o balizamento temporal até a consolidação do hospital psiquiátrico como atendimento médico, isto é, meados da década de 40. O presente capítulo discorrerá sobre as ressonâncias desse período na década de 50.

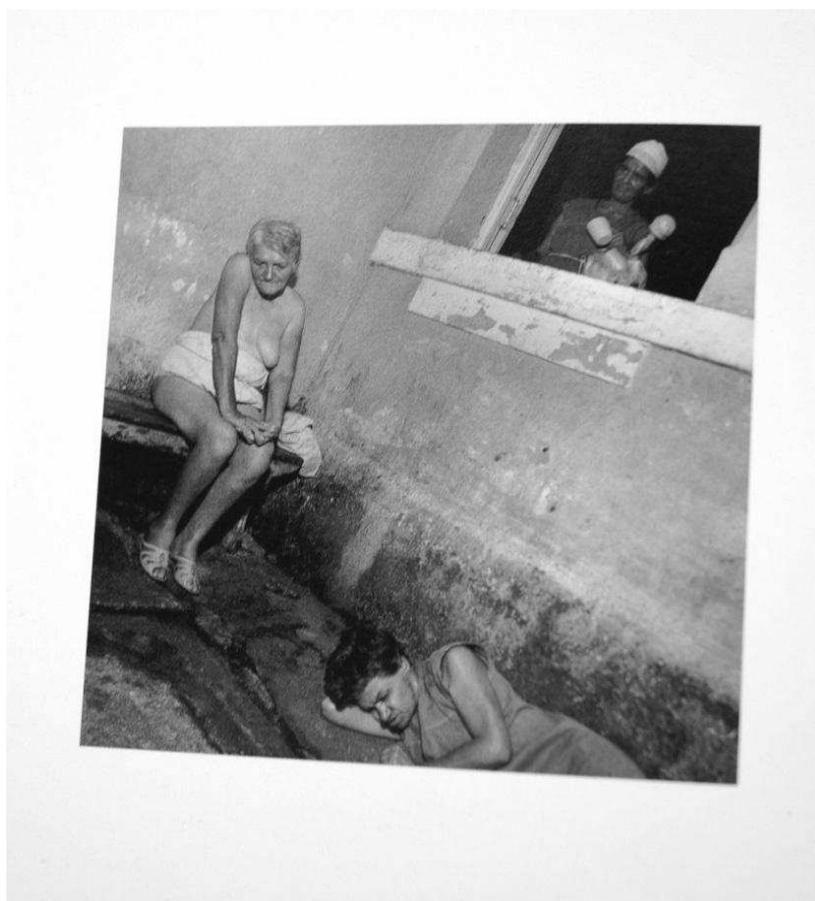


Foto 24 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁴⁶.

⁴⁶ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

Buscar conhecer a realidade institucional, apreendendo o que fizeram, a maneira como o fizeram, vai indicar as formas de racionalidade que organizaram as maneiras de se fazer. Nessa medida, recorreremos ao que afirmou Foucault:

Se existe uma geografia da verdade, esta é a dos espaços onde reside, e não simplesmente a dos lugares onde nos colocamos para melhor observá-la. Sua cronologia é a das conjunções que lhe permitem se produzir como um acontecimento, e não a dos momentos que devem ser aproveitados para percebê-la, como por entre duas nuvens. Poderíamos encontrar na nossa história toda uma “tecnologia” desta verdade: levantamento de suas localizações, calendário de suas ocasiões, saber dos rituais no meio dos quais se produz (FOUCAULT, 1979, p. 113).

Foucault assinalou a importância de se voltar para o interior das práticas sociais. Os avanços teóricos que desenvolveu estiveram profundamente ancorados em práticas sociais e nas lutas que atravessam essas práticas nos diversos âmbitos institucionais. Isso equivale a evidenciar as relações concretas que a situação asilar cria em seu interior e em relação ao mundo exterior, possibilitando compreender os sentidos criados e os significados constituídos. Buscar conhecer os “lugares de experiência” dessas práticas que foram importantes para a nossa cultura e que, de algum modo, constituíram o nosso presente tal como o conhecemos, é um dos focos desta pesquisa. Na articulação entre o passado e o presente, pode-se verificar se o modelo do passado tornou-se a referência e o padrão para o presente.

Essa relação temporal foi averiguada basicamente na documentação disponibilizada nos arquivos oficiais, principalmente os que estão guardados no Arquivo Público de Mato Grosso (APMT), no qual não há um setor dedicado ao acondicionamento dos documentos referentes à instituição psiquiátrica. Encontram-se, nesse arquivo, caixas organizadas por ano e, no seu interior, informações dispersas que figuravam, aparentemente, como indícios e vestígios dos modos como a psiquiatria era pensada e o louco era tratado institucionalmente. Foram manuseadas caixas que datam de 1890 até 1979. Aproximadamente, 200 caixas foram manuseadas apesar de suas traças. Muitos dados, desconectados, muitos sem sentido em meio ao emaranhado de outros dados fazem pensar sobre o lugar do arquivo no desenvolvimento desta pesquisa.

Daí a ideia de iniciar este capítulo com o item intitulado Fazer emergir o seu arquivo. Não para discutir técnicas de manuseio dos documentos encontrados, mas para alertar o leitor para o fato de que é o pesquisador que constrói um arquivo. Como nos

informa Farge (2009, p.79), significa atentar “para os sinais de uma desordem mínima que deixou vestígios, visto que deram lugar a relatórios e interrogatórios, esses fatos íntimos em que quase nada é dito, mas que tantas coisas transpiram, são locais de investigação e pesquisa.”

É dessas desordens, dos seus vestígios e de suas sinalizações que tivemos a possibilidade de conhecer os empreendimentos realizados pelas práticas asilares estabelecidas e, finalmente, realizar uma análise da dimensão do poder e do saber institucionalizado e dos discursos instituídos; saber quais discursos foram aceitos e quais não foram considerados, entendendo, na emergência dos enunciados e das suas combinações, a palavra e o silêncio e as relações entre o sujeito e a verdade. Nessa perspectiva, buscou-se empreender a arqueologia do modelo institucional asilar e as emanções direcionadas para o seu exterior.

Na estruturação da assistência psiquiátrica em Cuiabá, foram sendo articulados o processo de construção de saberes e a montagem de um aparato (instrumentação) técnico construído sob a égide do modelo asilar. Na estrutura do cuidado médico, a loucura passou a ser inserida nos parâmetros do conhecimento psiquiátrico.

Na realidade da hospitalização e da institucionalização da loucura, o doente torna-se um sujeito de estudo. Cabe aqui uma pausa para explicitar que, ao se falar em sujeito, estamos em sintonia com a visão de Foucault, segundo a qual as vertentes antropológica e filosófica veem o sujeito no contexto do ser-homem, presente no mundo, como um fato humano cujo “conteúdo real é a existência que se vive e se experimenta, se reconhece ou se perde em um mundo que é, ao mesmo tempo, a plenitude de seu projeto e o ‘elemento’ de sua situação” (FOUCAULT, 1999, p. 66). Constituindo uma população específica, os loucos asilados vão perdendo a autonomia frente à questão da patologia que os aflige, e também frente a um processo de abandono familiar que se instala em suas vidas.

Refletindo sobre a doença, o homem doente e sua história, Revel e Peter asseveram que:

A doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social; a esse respeito ela torna frequentemente mais visíveis às articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma (REVEL; PETER, 1995, p. 144).



Foto 25 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁴⁷.

A imagem da morbidez da doença retira a dignidade do sujeito e o coloca como uma coisa réis ao chão. E a vida continua acontecendo por trás do muro onde se vê a casa e as pessoas nas suas atividades. Nada mais exemplar e dolorido do que a exposição do trágico da história humana. Nas histórias dos indivíduos acometidos pelos transtornos psíquicos, é muito frequente ocorrer o esgarçamento das relações familiares e o desgaste para com estes, que passam a ser vistos pela família como um encargo e, muitas vezes, como um “bode expiatório” dos problemas enfrentados no cotidiano doméstico. Muitas famílias se sentem arrastar frente aos impasses causados por um membro doente mental no seio doméstico. A falta de conhecimento, de informação acerca da problemática e as dificuldades, muitas das vezes, de ordem material, representam um grande encargo e um elevado ônus para a família e para os seus doentes. Não havia e ainda não há panfletos informativos, manuais de treinamento, esferas de acolhimento para os familiares de pessoas acometidas pela loucura.

O abandono foi, e continua sendo, uma prática efetivamente concreta em uma relação onde o doente apresenta um quadro instável de comportamento, necessitando de

⁴⁷ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

um cuidado frequente ou temporário, que a família não consegue suprir. As dificuldades de ordem socioeconômicas, de rejeição e de preconceito perpassam o cotidiano familiar. Muitas famílias, ao internarem o paciente, repassam o compromisso do zelo e do cuidado para com ele, desencadeando a transferência da problemática do doente mental para a instituição asilar. Essa transferência denota alívio do peso do cuidado na base do erro e do acerto que as famílias vivenciavam, no trato com seu doente mental, um parente, mas sinal de incômodo social e de certa vergonha. O isolamento na instituição vem a calhar para silenciar a sua existência. Abaixo, o que parece ser a declaração do silêncio instalado na alma humana.

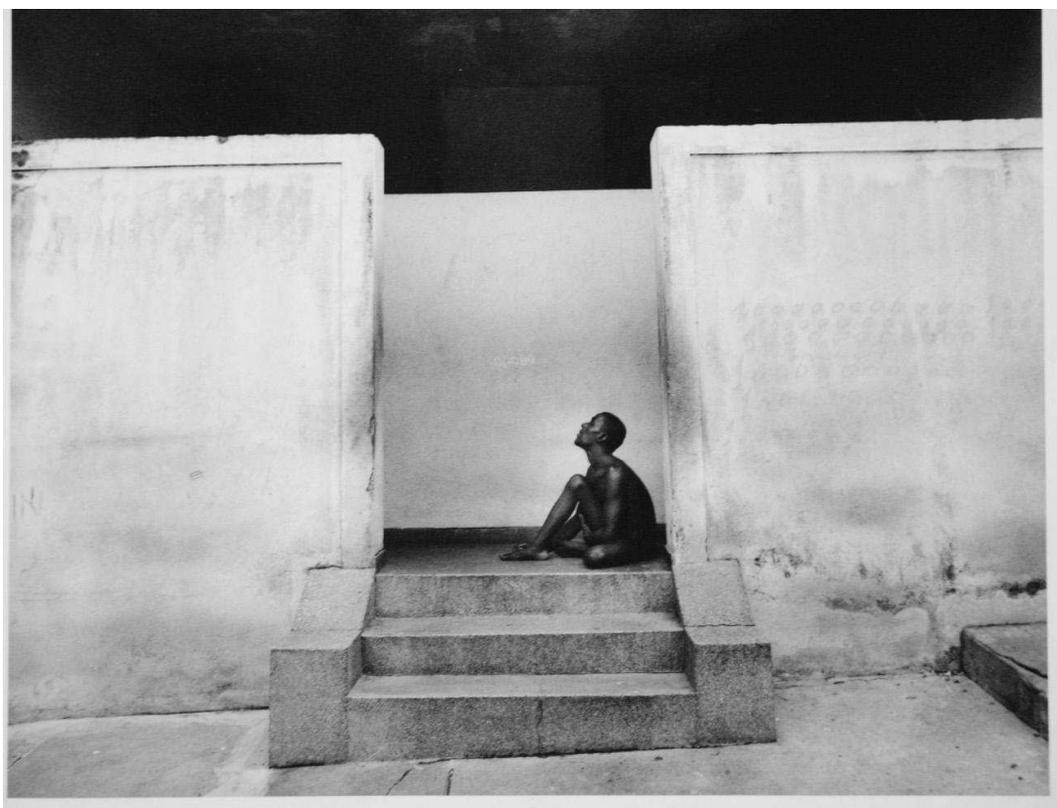


Foto 26 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁴⁸.

Nessa perspectiva do rechaço familiar e do estado de submissão a que é conduzido o doente mental frente à realidade disciplinadora institucional, torna-se possível a instalação da permissividade frente às várias teorias e práticas aplicadas no tratamento médico.

⁴⁸ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

Entre as práticas desenvolvidas e adotadas no período de instalação das atividades médicas no Hospital de Alienados de Cuiabá, estavam o eletrochoque, a cardiazolterapia, a insulino-terapia e a malarioterapia⁴⁹.

Sobre o procedimento do eletrochoque, Francisco Barreto (1999, p. 29-30) observa, em suas experiências como psiquiatra em um manicômio de Minas Gerais, que o tratamento empírico consiste em passar corrente elétrica pelo cérebro do paciente provocando convulsões idênticas ao ataque epiléptico seguido de certa amnésia. Quando realizado sob anestesia, suprime-se a convulsão. O psiquiatra acrescenta que o eletrochoque não se apresentava, em décadas passadas, como uma questão polêmica e que, em uma minoria de casos, empregava-se anestesia. Os resultados que esse tratamento produzia nos pacientes institucionalizados era o argumento necessário para justificar o seu emprego. Esses resultados eram considerados como eficazes pelos médicos que se pautavam na fundamentação teórica de que a desmontagem da estrutura psíquica do paciente proporcionaria uma reconstrução sadia. Isso quer dizer, em termos mais simples que, após a aplicação do eletrochoque, os doentes ficavam mais calmos. Na imagem abaixo, teria sido esta pessoa submetida a uma sessão de eletrochoque?

⁴⁹ Desde o século XVI, iniciou-se a indução a convulsões por inalação de cânfora nos tratamentos dos quadros de psicose com base na crença de que a epilepsia e a psicose seriam moléstias antagônicas e excludentes. Em 1917, o médico Wagner Jauregg experimentou inocular parasitas da malária e empregou um tratamento para a paralisia geral com o qual se obteve êxito em dois terços dos casos antigamente considerados incuráveis. No ano de 1927, Manfred Sakel deu um passo ousado: introduziu o choque insulínico em pacientes agitados e obteve resultado favorável. Na Hungria, em 1933, o médico Von Meduna estava trabalhando com a terapêutica pelo choque e experimentou provocar convulsões com o cardiazol, que se revelou excepcionalmente eficiente nas psicoses maníaco-depressivas e em algumas esquizofrenias, provocando, porém, sensações terríficas. Finalmente, em 1937, em Roma, Cerletti e Bini empregaram a eletricidade, experimentando-a primeiro em porcos para depois aplicá-la em seres humanos. Disponível em: < www.ccs.saúde.gov.br >, Acesso em: 11 out. 2008.



Foto 27 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁵⁰.

Seguindo na operacionalização desse procedimento, o médico recomendava aos técnicos responsáveis pela aplicação do eletrochoque que mantivessem atenção e muito cuidado. A exigência apontada pelo médico na aplicação do eletrochoque e da cardiazolterapia justificava-se pela possibilidade de o paciente sofrer uma parada respiratória e conseqüente óbito, mas, recomendava-se a quem? Aos guardas-sanitários que eram precariamente treinados pelo médico e responsáveis pela execução desse procedimento terapêutico⁵¹.

Assinalam Lambert e Oliveira (1995, p. 27) que a procura por internação no Hospital de Alienados crescia. A instituição era a única em todo o estado para cumprir essa especialidade de atendimento. Alguns pacientes eram trazidos pelos familiares e abandonados na porta da instituição; alguns desses pacientes eram oligofrênicos (retardo no aprendizado do caminhar, do falar e do raciocinar). Era difícil e quase impossível reaproximar os doentes da sociedade.

⁵⁰ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

⁵¹ Entre outras técnicas de tratamento existentes em algumas instituições asilares do Brasil, a aplicação de arsênio e bismuto no combate à paralisia geral progressiva de origem sífilítica foram muito utilizadas. Acredita-se que, em Cuiabá, essa prática foi instituída face ao número elevado de injeções desses produtos, utilizados a partir do ano de 1948, sendo, inclusive, descritas as quantidades gastas anualmente, conforme relatórios anuais apresentados.

A falta de comunicação entre os pacientes e os encarregados do hospital fez com que aqueles fossem chamados por apelidos, como os de passarinho, bolinha, mudinho, entre outros. Esse costume de criar alcunhas se revelava como um fator de extremo desagrado ao romancista Lima Barreto (2004) durante seu convívio no Hospital dos Alienados no Rio de Janeiro. Ele enuncia os apelidos que eram espontaneamente criados naquele ambiente:

No almoço, se deu um caso que me fez passar mal o dia. Há aqui um louco que não parece profundamente alterado das faculdades mentais. É aleijado das pernas e chamam-no até Caranguejo, porque, aqui, como em todas as coleções de homens que vivem juntos, há o gosto pela alcunha depreciativa. Há o gato, há o Tetéia, etc (BARRETO, 2004, p. 63).

O romancista Lima Barreto, em inícios do século XX, foi internado algumas vezes no Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro em decorrência do alcoolismo. Seu depoimento desvenda as práticas culturais que permeiam toda sociedade, considerando-se o asilo uma microrrepresentação dos valores e hábitos da sociedade que o circunda. O uso de alcunhas pode ser entendido como um modo de colocar em choque a identidade individual, mas o asilo é um lugar de demarcação da total ausência dessa identidade, dessa condição de sujeito social. Como já foi dito anteriormente, o corpo, a dor e a vontade do doente pertencem à psiquiatria, e não mais a ele, agora, tutelado pelo Estado e disponível para qualquer experimentação. Vai-se, assim, de encontro à noção de assujeitamento de Foucault.



Foto 28 – Romancista e escritor Lima Barreto.

Fonte: WIKIPÉDIA, 2008.

Nos anos de 1947, continuavam a circular as informações sobre os malefícios do álcool, comparando as campanhas educativas do Brasil com aquelas que eram

desenvolvidas na Argentina, conforme circulavam, no periódico A Cruz, notícias sobre a “Campanha antialcoólica”:

Por mais que se diga contra o alcoolismo há sempre ainda o que há de dizer. Catalogado entre as doenças da vontade, a sua terapêutica depende implicitamente da vontade. Despertar esta, esclarecê-la, orientá-la, é rumo aconselhável a seguir. Estabelecer a profilaxia a partir dos primeiros anos é medida preventiva de imperiosa necessidade. Não fora esdrúxulo figurar no plano de estudos de nossas escolas, como se pratica em Buenos Ayres, um programa especial contra o álcool, onde as aulas ilustradas de projeções e de esquemas patenteassem aos estudantes os horrores da embriaguez. Eles ficariam sabendo que entre 100 tuberculosos, 80 são consequências do alcoolismo; que o álcool produz a loucura; que o filho do ébrio corre o grave risco de ser epilético, pré-tuberculoso; imbecil; deformado. Convém repetir-lhes sempre que o álcool é um perigo social e um perigo doméstico (A CRUZ, 1947).

Conforme os estudos de Diwan (2007) a conjuntura em que a prática eugênica floresceu na Argentina foi caracterizada por uma crise econômica e uma reorientação política radical rumo à extrema direita que tornou o país altamente xenófobo. Quase metade dos imigrantes que entraram no país, entre 1890 e 1930, era de origem italiana; somente 2% da população do país eram de negros. Os indígenas eram marginalizados. Efetivamente, a Argentina foi o único país da América Latina a realizar o branqueamento racial. O lugar que ocupava o álcool no imaginário social era tão forte que a ele se atribuía a disseminação de várias doenças e por ele se justificavam as medidas eugênicas para o seu combate. Portanto, o alcoólatra era um “perigo social e um perigo doméstico”.

Durante a permanência de Lima Barreto como interno, ele escreveu, num diário, seus testemunho e relatos importantes, registrando os aspectos da clientela assistida e de todo o cotidiano vivenciado no asilo. Ele enfatizou que:

Os loucos são de proveniências as mais diversas; originam-se, em geral das camadas mais pobres da nossa pobre gente. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos; são negros roceiros, que levam sua humildade, teimando em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira ensebada e uma manta sórdida; são copeiros, são cocheiros, cozinheiros, operários, trabalhadores braçais e proletários mais finos: tipógrafos, marceneiros, etc (BARRETO, A. 2004, p.182).

Essa declaração sugere pensar que a loucura, não sendo uma questão de classe social, também acometia os filhos das camadas mais abastadas da sociedade. No entanto, o asilo era reservado aos pobres. Supõe-se que os loucos das famílias de elite tinham

outro destino. Entre as famílias brasileiras, principalmente as mais tradicionais e abastadas economicamente, era um hábito comum, quando possuía entre os seus membros um doente mental, construírem um quarto nos fundos de suas propriedades para mantê-los sob cuidados. Em Cuiabá, havia tal costume, que persistiu até meados de 1970.

Ademais, Lima Barreto se refere ao Pavilhão de Observação, uma espécie de dependência do hospício, um espaço para onde eram enviados os doentes trazidos pela polícia. Eram abordados e recolhidos pelos policiais aqueles considerados miseráveis, indigentes e os bêbados que perambulavam pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro. Lima Barreto enfatizou que a polícia fazia generalizações, tendo como suspeitos os sujeitos estrangeiros, os negros e julgando que todos os loucos eram furiosos e só transportáveis em carros blindados. Lima Barreto havia sido levado ao hospício nesse veículo e revelou, no seu diário, o suplício que a ausência de bancos e de cintos de segurança causava. As pessoas ali recolhidas ficavam à mercê dos movimentos do veículo, sendo jogadas de um lado para outro. Suplício, nos termos de Lima Barreto, porque era uma luta intensa para manter o equilíbrio e não sofrer ferimentos com as prováveis e quase inevitáveis quedas. A experiência do asilo é revelada nas falas, mas pouco visualizada, principalmente se se considera o fato de o asilo ser uma instituição fechada, como diz Goffmann. O mundo externo tem apenas a visão do seu edifício.



Foto 29 – Pavilhão de Observação do Hospital de Alienados, Rio de Janeiro.
Fonte: IPHAN, 2010.

A Foto 29 divulga duas imagens: de um lado, a que é exposta para o mundo exterior, de beleza arquitetônica, revelando o cuidado com o espaço e a exportação de padrões europeus de arquitetura; de outro lado, o que apenas se visualiza na fala dos que participavam da vida interna do Hospital dos Alienados. No interior, nada era calmo, nada era belo; dominava o grotesco.

Conforme os estudos de Moffatt sobre os internos das instituições manicomiais:

A situação de indigência absoluta produz também a necessidade do exercício do papel de mendigo, de pedir moedas ou um cigarro ao visitante, e o cigarro é absolutamente imprescindível num mundo onde a principal tarefa é fazer o tempo passar, ou seja, “fabricar tempo”, um tempo de duração indefinida e sem projeto possível de vida (MOFFATT, 1981, p. 29).

Era comum que os encarregados do asilo deixassem, no pátio, pedaços de madeira em brasa, facilitando o acesso para que os vários pacientes pudessem acender os seus cigarros. O fato desencadeava transtornos, pois pequenos incêndios se formavam, destruindo por vezes as poucas roupas dos asilados, as poucas roupas de cama e até mesmo os poucos colchões em que estes se deitavam (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1939a, p. 4).

Goffman (2001), ao estudar as instituições, como prisões, conventos, manicômios, denominou-as “instituições totais”, definidas por ele como locais onde um grande número de indivíduos, com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, por um período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrativa. O autor diz que é característico dos internados que chegam à instituição trazerem uma cultura aparente derivada de um mundo da família, sendo esta uma forma de vida e um conjunto de atividades aceitas sem discussão até o momento de admissão na instituição. Após a instalação desse indivíduo no mundo institucional e sua organização formal e padronização complexa, vai acontecendo um despojamento, um processo de perda da consciência dos papéis sociais e familiares que lhe foram anteriormente atribuídos, causando danos ao seu *eu* e a sua mortificação em virtude da barreira que o separa do mundo externo. Ele considera que, se a estada de internamento for muito longa, pode ocorrer um desaculturação ou um destreinamento desse sujeito, tornando-o temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária caso esse paciente volte ao mundo exterior (GOFFMAN, 2001, p. 21- 40). O doente se desconhece

e desconhece as práticas sociais. A desconexão significa a mortificação do seu *eu* anterior e interior.



Foto 30 – Dependência de Mulheres do Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte, Cuiabá.
Fonte: INSTITUTO PHILIPPE PINEL, 2010

Essa imagem complementa a Foto 29, porque apresenta o paradoxo entre o Hospital dos Alienados do Rio de Janeiro e as carências das pessoas, a estrutura decadente dos arranjos do Hospital do Coxipó da Ponte em Mato Grosso. Apesar das diferenças evidentes na arquitetura e na riqueza do edifício onde se instalou o asilo no Rio de Janeiro e seu correlato em Cuiabá, ainda assim os métodos terapêuticos pouco divergiam. Os métodos terapêuticos utilizados largamente pela psiquiatria em todo o território nacional persistiam, mas eram pouco eficazes. Muitas pessoas eram internadas nos manicômios, por quaisquer problemas que apresentassem como um desvio de conduta, ou até mesmo um mal-estar súbito. A prática de exclusão social significava a higienização e o controle social no universo da urbanização e da problemática urbana.

Um ex-paciente do Hospital de Alienados, atualmente morador de uma das unidades das residências terapêuticas⁵² instaladas em Cuiabá que atende a pacientes cronicados pela longa estadia em manicômios, ao ser inquirido sobre o motivo pelo qual foi levado ao asilo manicomial pela primeira vez, respondeu: “Eu estava passando sobre a ponte do rio Coxipó, eu estava bêbado e a polícia me conduziu para o manicômio”⁵³.

Na obra *Nos porões da loucura*, Firmino narra a história de uma jovem de 20 anos, da cidade de Guaxupé, que estava internada na ala feminina do Instituto Psiquiátrico Raul Soares e que, chorando sem parar, relatava o que lhe ocorrera quando estava a caminho da Estação Rodoviária de Belo Horizonte para tomar o ônibus para São Paulo:

Tive um traumatismo no pescoço, sei lá o que me aconteceu. Só sei que comecei a passar mal e, de repente, eu me vi aqui. Falei com eles, que eu não era louca, mas eles nem quiseram me ouvir. Me deram uma injeção, me vestiram esse uniforme horroroso e me jogaram aqui. Eu não quero ficar aqui, não. Eu não sou louca. Quero ir para um lugar mais limpo. Aqui cheira mal. Eu morro de fome, mas não como essa comida. Nem coragem de dormir nessas camas fedidas eu tenho. Que lugar nojento, meu Deus! Essas... Eu quero sair daqui. Não sou louca, não. Não sou (FIRMINO, 1982, p.44).

O ingresso no asilo manicomial motivado por um mal-estar súbito fez com que esta paciente fosse levada para o hospital, tornando-se impossível, naquele momento, convencer a equipe de que não era um caso a ser tratado como transtorno mental. Vários indivíduos que não apresentavam patologias mentais, mas comportamentos como nervosismo, inconformismo, inquietação, rebeldia, consequentes de situações momentâneas foram também enviados aos manicômios. Aliados socialmente e pela estadia forçada no hospício, desencadeava-se um processo de sofrimento psíquico que terminava por justificar a sua permanência na instituição.

Após o final da II Grande Guerra Mundial, iniciou-se a utilização dos medicamentos neurolépticos e antidepressivos no tratamento dos pacientes com transtornos mentais. Os tratamentos desenvolvidos com o uso dos medicamentos

⁵² As residências terapêuticas fazem parte das medidas adotadas pelo poder público em relação à Reforma Psiquiátrica e dos serviços oferecidos em cumprimento à Lei Federal 10.216 de 2002, que redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

⁵³ Essa informação foi uma declaração de um morador de uma residência terapêutica na cidade de Cuiabá durante a entrevista realizada no 8 de maio de 2009. O intuito da visita foi o de captar as condições de discernimento dos antigos internos do hospital psiquiátrico para que viessem a contribuir por meio de suas reminiscências e oralidade na composição desta narrativa.

fármacos psicotrópicos possibilitaram uma revolução psicofarmacológica no atendimento desses portadores. Desencadeou-se, a partir daí, uma maior visibilidade da preocupação do estado com a doença mental: o Serviço Nacional de Educação e Saúde lançou, pelo periódico local, um chamamento às famílias de Mato Grosso quanto à necessidade de um tratamento especializado para doentes mentais:

O preceito do dia: Doente como outro qualquer.
O doente mental não é um ser que definitivamente “adquiriu” ou “perdeu” alguma coisa. Como os doentes do fígado, dos rins ou do coração, ele precisa de tratamento adequado e pode obter a cura completa de seus males. Encaminhe os doentes mentais aos especialistas para que não lhes falte a assistência médica de que precisam. Serviço Nacional de Educação e Saúde (A CRUZ, 1945, p. 8)

Falava-se, agora, em cura, palavra que não havia ainda aparecido nos arquivos, provocando maior aceitação da doença e da alternativa do asilo como uma possibilidade de restabelecimento. Instaurou-se, assim, uma nova premissa; a sociedade percebeu que havia boa vontade do estado em atender esta necessidade social. Outras razões foram surgindo para impulsionar as famílias à decisão do internamento do seu doente mental. Entre elas, as contingências da vida prática, com as dificuldades econômicas imediatas do cotidiano requerendo, cada vez mais, que todos os membros da família ingressassem no mundo do trabalho.

4.2 Procedimentos médicos, prontuários, diagnósticos e clientela assistida

No Relatório do Departamento de Saúde do ano de 1944, o Dr. Manoel Vargas apresentou o número dos atendimentos realizados, descrevendo que os pacientes internados no Hospital de Alienados já tinham, em seus diagnósticos, a descrição de suas patologias. Esta foi a primeira vez em que as patologias foram evidenciadas nos prontuários dos pacientes. Entre os males, destacavam-se: esquizofrenia; parafrenia; psicose maníaco-depressiva; infecciosa; psicoses heterotóxicas; psicose da decadência (senis e pré-senis); psicoses por afecções cerebrais; neuro-sífilis; epilepsia; personalidades psicóticas; oligofrenia. Apesar disso, ainda havia pessoas com diagnósticos não definidos (BRASIL, 1944b, p. 50-51).

A partir de 1945, surgiu a preocupação com a elaboração do mapa do hospital com os boletins de produção e movimento de doentes, bem como a preocupação com

mapa dos dados bioestatísticos da seção de estatística nosocomial, informando sobre os pacientes internados. Apareceram, no registro nominal dos pacientes, as datas de suas entradas, possibilitando saber que 8 dos internos entraram em 1941; 3 desses, em 1942; 3, em 1943; 13, em 1944; e 21, em 1945. O documento demonstrava que o número de entradas de internos estava crescente, acentuando-se a quantidade de pacientes que permaneciam por períodos longos, pois demonstravam estado crônico de transtorno mental e de desfiliação social. Nesses registros, 58% dos pacientes tinham até 40 anos; 33%, até 60 anos e 0,8%, acima de 60 anos. Quanto à cor definida, figuravam 63% como pardos; 21%, negros e 16% eram brancos. Os pacientes que eram provenientes de Cuiabá somavam 77% deles; 20% eram do interior do estado, e 3%, de outros estados da Federação. Os diagnósticos apontavam como doenças mais frequentes a esquizofrenia, a oligofrenia, a epilepsia, a psicose alcoólica e a demência senil. Na lista, também constava que 24% desses pacientes eram reincidentes na internação desde o período de 1941.

O Dr. Manoel Vargas mencionou no referido relatório que, entre as práticas médicas realizadas no mês de setembro de 1945, haviam sido aplicadas 338 injeções, entre essas, 170 de insulina, 4 de cardiazol e 62 aplicações de eletrochoque. Mais assustadores são os dados referentes ao uso de medicamentos no ano de 1947: 2.256 injeções aplicadas; 7.279 unidades gastas de insulina; 228 injeções de cardiazol e 366 de bismuto aplicadas e, em relação ao eletrochoque, constavam 3 utilizações. A quantidade do uso dos medicamentos citados indicava que a prática da cardiazolterapia e a insulino terapia eram prementes, com tendência a aumentar nesse período no Hospital de Alienados. Confirmando essa elevação, os dados referentes a 1948 evidenciaram que, em relação ao ano anterior, o uso da insulina havia praticamente triplicado, demonstrando o aumento da utilização da insulino terapia como uma prática asilar cotidiana.

N.º	INICIAIS e REGISTRO	DATA de NASCIMENTO	SEXO	NATURALIDADE	IDADE	COR	PROFISSÃO	RESIDÊNCIA	DIAGNÓSTICO	SAÍDA		CAUSA DE MORTE	OBS
										MODO	DATA		
1	Antônia J.	1-2-41	F	Cuiabá-Mt.	42	S	Doméstica	Pororeu	Esquizofrenia				
2	Antônia G.	"	"	"	60	U	Pa	Cuiabá	Parafrenia				
3	Genária J.	"	"	Óciores	45	S	"	Óciores	Esquizofrenia				
4	Demétrio G.	"	"	Cuiabá	64	C	Tr	"	"				
5	Beila G.	"	"	"	70	S	M	"	"				
6	Gregório J.	"	"	Óciores	25	Pa	Lavrador	Óciores	Oligofrenia				
7	Maria F.	"	"	Cuiabá	60	Pr	Doméstica	Cuiabá	Trepanção Mental Psicoses da Decadência				
8	Regulina F.	"	"	"	49	Pa	"	"	Esquizofrenia				
9	Catarina B.	20-7-41	"	"	33	Pa	"	"	"				
10	Mita S.C.	9-3-42	"	"	30	"	"	"	"				
11	Antônio E.	7-1-43	"	"	"	"	"	S/Residência	Intelectualidade				
12	Castano F.	23-3-43	"	"	25	Pa	Operário	Rio Abaixo	Esquizofrenia				
13	Vicente S.	10-11-43	"	"	48	"	Lavrador	S/Residência	Parafrenia				
14	Antônio V.S.	3-1-44	"	Poconé	39	"	"	Poconé	Alcoolismo - Esquizofrenia				
15	João F.C.	"	"	Cuiabá	30	C	Pedreiro	Arara S/N	Inebriação - Alcoolismo				
16	Acelina M.R.	21-3-44	F	"	25	S	Pr	Cuiabá	Esquizofrenia				
17	Verônica B.	"	"	"	60	"	"	S/Residência	Psicoses de Decadência				
18	Cerila T.	30-6-44	"	"	22	C	Pa	Santa Casa	Creteísmo - Idiotia				
19	Alcidesina S.R.	15-6-44	"	"	25	"	"	Bairro do 3º	Esquizofrenia				
20	Teodora T.	14-8-44	"	"	40	S	Tr	Cuiabá	"				
21	Benedito B.	"	"	"	30	C	Pa	Lavrador	"				
22	Ana M.C.	"	"	"	60	"	Pr	Doméstica	"				
23	Sebastiana R.	29-9-44	"	Fortaleza(G)	23	S	Br	"	Psicoses de Decadência		Lic. 12-9-45		
24	Andréia R.	3-12-44	"	Cuiabá Mt.	40	"	Pr	"	Epilepsia				
25	Odávio S.L.	8-12-44	"	Óciores	43	S	Pa	Lavrador	Parafrenia				
26	Joana P.C.	16-2-45	F	Cuiabá	37	S	Br	Doméstica	Psicoses Alcoólicas Esquizofrenia				
27	Maria L.S.	21-2-45	"	"	51	"	Pr	"	Debilidade Mental Oligofrenia				
28	Maria G.M.	23-3-45	"	"	30	"	Pa	"	Psicoses de Decadência Art. esclerose		Mal. 4-9-45		
29	Estelita G.	4-4-45	"	"	32	C	"	"	Alcoolismo Psicoses heterotóxicas				
30	João B.	25-4-45	"	"	40	S	"	"	Esquizofrenia				
31	Camila T.A.	13-5-45	F	"	59	C	"	"	Oligofrenia Debilidade Mental				
32	Manoel G.H.	21-5-45	"	"	48	S	"	"	Parafrenia				
33	Domingos B.	"	"	Óciores	26	C	Br	Lavrador	Sifilis hereditária Alcoolismo				
34	Francisco B.	21-6-45	"	Cuiabá	22	S	Pa	Alfaiate	Esquizofrenia				
35	Maria F.B.	20-12-45	F	"	63	V	"	"	"		Alta 15-9-45		
36	João G.H.	4-1-46	"	"	24	S	"	"	P.M.D.				% de Sa.
37	Honorina R.M.	13-2-46	"	"	22	S	"	"	Debilidade Mental		Lic. 14-9-45		"
38	Honorino R.A.	11-9-46	"	"	36	C	Pa	Operário	P.M.D.				"
39	Generoso G.H.	"	"	Óciores	18	"	"	"	Personalidade Psicopática				"
40	Amancio Tal.	"	"	Cuiabá	"	"	"	"	P.M.D.				"
41	Cláudia V.H.	"	"	"	36	C	Br	Doméstica	Imbecilidade Oligofrenia				"
42	Manoel A.R.	"	"	"	35	S	"	"	Psicoses Infecciosas				"
43	Francisco A.	13-9-46	"	"	36	S	"	"	Esquizofrenia				% de Sa.
44	Henrique A.S.	"	"	Cuiabá Mt.	43	C	Br	Operário	"				"
45	Honorina R.A.	25-11-46	F	Óciores	42	U	Tr	Doméstica	P.M.D.				"
46	Joana A.C.	16-2-45	"	Cuiabá	37	"	Br	"	Parafrenia				"
47	Lidia A.	21-2-45	"	Rosário Oeste	55	"	Pa	"	Esquizofrenia				"
48	Manoel B.	"	"	Coxipó Mt.	25	"	"	"	D. Mental Oligofrenia				"
49	Emília S.	2-9-46	F	Cuiabá	65	V	Tr	Lavrador	Esquizofrenia				"
50	Júlio C.	"	"	Pozoreu	31	S	"	"	"				"
51	Ana M. M.	10-3-46	F	Cuiabá	25	"	"	"	Psicoses de Decadência D. Senil				% de Sa.

Foto 31 – Registro dos pacientes do Asilo de Alienados do Coxipó da Ponte e de seus diagnósticos, Cuiabá.

Fonte: (BRASIL, 1945).

Essa foto apresenta um mapa dos internos, oferecendo dados referentes à idade, à naturalidade, à profissão, à cor e a recidivas. Essas idas e recidivas dos pacientes psiquiátricos nesse período inicial de atendimento foram se tornando um fenômeno constante na realidade local, refletida na assistência psiquiátrica em todo o território nacional, sugerindo que, uma vez paciente do hospital manicomial, a cura era impossível e, uma vez lá dentro, cumpre-se sempre o mesmo ciclo: entrada na instituição, alta e retorno. A vivência no *habitat* manicomial gradativamente conduz o paciente à despersonalização e à consequente cronificação da patologia mental.

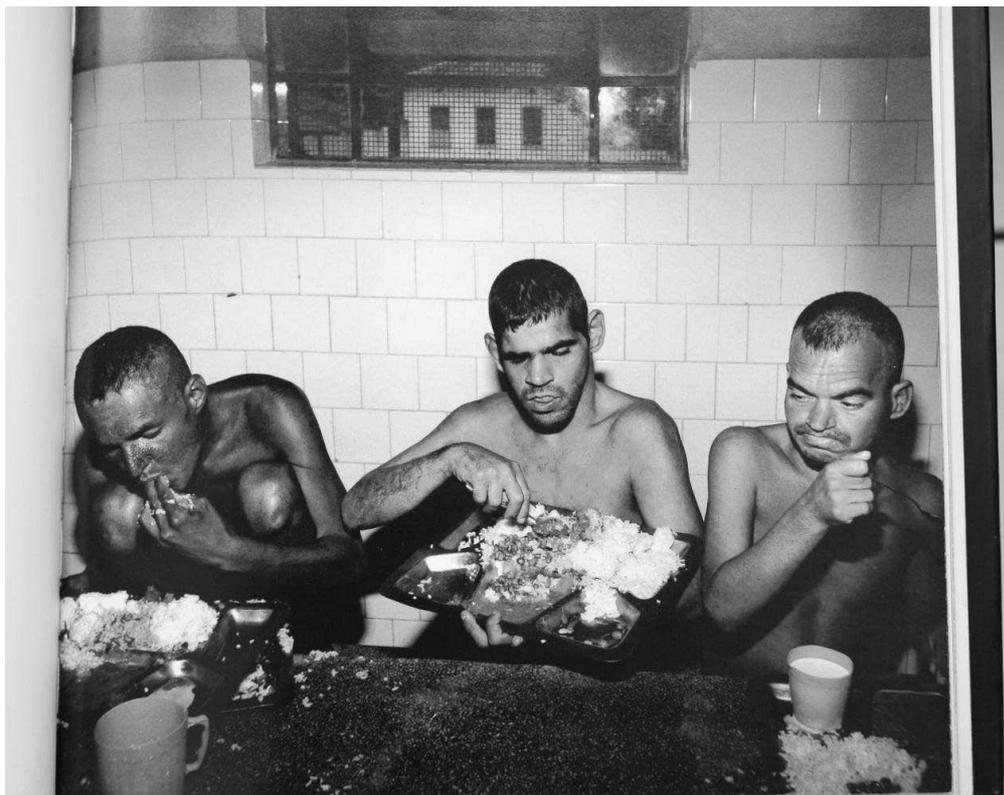


Foto 32 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁵⁴.

Nessa década de 1940, Cuiabá contava com 22 médicos, dos quais 16 desempenhavam suas funções normalmente no Departamento de Saúde do Estado. Entre os outros 6, 3 eram militares e não clinicavam na sociedade civil; os outros 3 não mais atuavam na área médica. Em meio às várias especialidades médicas, a psiquiatria contava apenas com a atuação do Dr. Manoel Vargas⁵⁵.

As reclamações que foram descritas anteriormente referentes ao ano de 1937 reapareceram no ano de 1946. As críticas eram as mesmas: péssimas instalações e carência dos pacientes, conforme o psiquiatra em exercício delatou em relatório ao governo do estado:

O abandono, desleixo, miséria e infortúnio em que jazem os alienados; a subnutrição e estado carencial a que são submetidos os pacientes por falta absoluta de numerário para aquisição de alimentos quantitativamente suficientes; a simples vista de um paciente ali internado, enfim a nudez e miséria ali reinantes são motivos de dor e consternação. Infelizes sim, pois são duplamente infortunados, primeiro, por perderem o uso da razão, segundo por estarem cumprindo

⁵⁴ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto. Com o processo de longo tempo no asilo, as pessoas perdem as bases de socialização primária.

⁵⁵ Cf. Relação de Médicos. Arquivo Público de Mato Grosso, caixa do ano de 1945, caixa c.

as penas de reclusão e morte lenta, porém infalível, determinada pela fome ou carente alimentação (BRASIL, 1948, p. 77).

Como continuação dessa notícia, o referido doutor destacou que, entre o total de pacientes, somando 45 pessoas, 39 eram negros. O que chama a atenção nessa denúncia é o fato de a doença mental, ao que parece, acometer de modo grandioso a população negra. O médico demonstrou ainda que havia um controle quanto ao ingresso de pacientes de 1ª entrada, que somavam 35, e quanto àqueles provenientes de repetidas entradas no manicômio, que totalizavam 53. Dados indicativos da reincidência e da cronificação da loucura (BRASIL, 1948, p. 78-79).



Foto 33 – Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte (cozinha e refeitório), Cuiabá.
Fonte: INSTITUTO PHILIPPE PINEL, 2010.

A respeito dessa imagem, conforme informações repassadas por antigos funcionários da instituição, a mulher que posa nesta foto é Nhá Rita, paciente antiga que, após alta médica, permaneceu morando e prestando serviços como cozinheira no hospital. Esta história se repetiu ao longo das décadas, ocasionada pelo abandono familiar e pela cronificação da doença. Não restava alternativa aos asilados senão permanecerem e se moldarem ao cotidiano da instituição que acolhiam como o seu projeto de vida.

Finalmente, o hospital que vinha sendo cogitado e negociado foi objeto de acordo com o Ministério da Educação e Saúde para sua definitiva construção. Nas

cláusulas preconizadas no documento, a União e o Estado de Mato Grosso acordavam em despendar a quantia de CR\$ 1.200.000,00 cruzeiros para o desenvolvimento do programa de intensificação da assistência psiquiátrica no estado. Desse montante, a União contribuiria com CR\$ 1.000.000,00 de cruzeiros, e o estado, com duzentos mil cruzeiros⁵⁶. Este acordo apenas se cumpriu em 1948, quando o Governo de Mato Grosso realizou as transferências financeiras prometidas.

Iniciou-se, assim, uma nova fase na construção do hospital colônia: a escolha da localidade, que precisava de reserva e de área suficiente para plantação e desenvolvimento de culturas. Das três opções disponíveis, das quais duas eram impróprias para a agricultura, decidiu-se pela manutenção da área da Chácara do Governo, com sua ampliação pela agregação de terrenos contíguos e anexação de terras devolutas circunvizinhas. Enquanto isto, o velho prédio instalado na dita chácara foi reformado em caráter de urgência, com instalação de sanitários e construção de muros de arrimo, limpeza de paredes e revisão do telhado.

Quando o Dr. Arnaldo Estevão de Figueiredo assumiu o governo do estado em 1947, encontrou o Serviço de Assistência aos Psicopatas ainda não organizado, embora houvesse a Lei de 30/10/1945 que criava esse serviço. Dr. Figueiredo preocupou-se, a ponto de apresentar o fato em Mensagem à Assembléia Legislativa, no mês de junho de 1948.

No que se refere à atuação do Dr. Manuel Vargas no Hospital Psiquiátrico, o quadro de precariedade continuava a ponto de o referido médico persistir com suas denúncias que, pelo teor de desalento, merecem ser parafraseadas:

O “Asilo ou Depósito” funciona em velho, arcaico, pobre e inútil pardieiro, restos de antiga e modesta moradia rural. O edifício é de planta baixa, acrescido de dois apêndices divididos em calas, que se acham dispostas em dois grupos, cada um dos quais em comunicação com pátios externos, sem calçamento e de terra batida, o que facilita o alagamento e lamaçal nas estações chuvosas. Paredes toscas, feitas em adobes com a conseqüente má conservação pela pouca resistência oferecida. Telhado de telhas e sem forro, com madeirame velho [...]Pelo diminuto declive e má conservação das telhas, há inumeráveis “goteiras” ou “pingueiras”. As salas são em comum umas com as

⁵⁶ Cf. Relatório do Departamento de Saúde de 1948 (Arquivo Público de Mato Grosso). A esse respeito, complementa Sampaio apud Paulin e Turato (2004, p. 243) que, pelo do Decreto-Lei 8.550, de 3/1/1946, foi autorizado o estabelecimento de convênios federais com os governos estaduais na construção de hospitais psiquiátricos. Os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, a arcar com as despesas de manutenção e a pagar a folha salarial dos empregados, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento no projeto, na construção, na instalação e nos equipamentos dos hospitais psiquiátricos.

outras, intercomunicantes, pequenas e mal dispostas; daí a promiscuidade reinante entre os homens e mulheres que ali vegetam. Grande parte das dependências reservadas aos doentes encontra-se em estado lamentável; consistem em cubículos infectos, grotescos, gradeados a modo de jaulas de algum Zoo. Poucos dos cubículos dispõem de uma enxerga de madeira, na maioria dos cubículos os pacientes dormitam sobre o cimento [...] A falta de limpeza e higiene reinantes é traduzida pelo fétido e ativo odor o que torna, a terceiros, insuportável e algo doloroso a permanência na “Chácara dos Loucos”. O chamado “Hospital de Alienados” em linguagem oficiosa, quanto a prédios e instalações é: deplorável, inadequado, inadaptável, de conservação dispendiosa e difícil, sem a necessária separação dos pacientes, quanto a sexo e entidade nosológica (doença), inobservância das regras mais elementares de sã moral e dos bons costumes. Acresce a estas dolorosas circunstâncias dizer que a filtração d’águas pluviais através das paredes construídas de adobes e provenientes do telhado que é uma verdadeira peneira, está comprometendo a estabilidade da construção e a vida, se tal pode se chamar dos internados. No local de vigilância reservada para mulheres (gineceu) além do estado imundo em que se encontram as celas, as janelas foram substituídas por chapas de fogão. As fossas sanitárias estão extravasando, provocando um ambiente com exalações fétidas e mefíticas. O depósito d’água, as bombas estão sem funcionamento, pelo que não se pode contar com água encanada no prédio. A varanda que funciona como cozinha com um pé direito de 1,6m, não obedece à mais elementar exigência do regulamento sanitário. “Repito”. O prédio está condenado e deve ser interditado (GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO, 1948, p. 76-78).

Mesmo sob as condições de denúncia e de precariedade das instalações físicas e das condições gerais do manicômio, os trabalhos de assistência e de atendimento aos doentes prosseguiram. Ironicamente, o governo estadual anunciava, em mensagem à Assembléia Legislativa que, no ano de 1949, o Serviço de Doenças Mentais apresentou uma grande atividade. O Ambulatório de Higiene Mental, com matrícula de 800 pessoas, havia atendido 6.743 comparecentes, o que evidenciava uma porcentagem diária bem elevada. No Hospital de Alienados, mesmo frente a suas difícilimas condições, permaneceram internadas 50 pessoas. O governo sinalizava ainda que a assistência aos doentes mentais em breve se tornaria exemplar, de vez que havia sido programada a construção de um hospital colônia⁵⁷, promessa esta que vinha sendo divulgada desde 1945.

⁵⁷ Cf. Mensagem de Governo do Dr. Arnaldo Estevão de Figueiredo do ano de 1950, p. 54 (Arquivo Público de Mato Grosso). De acordo com a realidade nacional da implantação das várias colônias agrícolas, as expectativas de recuperação dos indivíduos detentos nos presídios da cidade iam de encontro à constatação de que os espaços de reclusão social tinham que estar formatados na perspectiva do trabalho agrícola.

A situação do manicômio era também vivenciada pelas cadeias públicas, como bem demonstra o Relatório do Governo de Figueiredo, no ano de 1947:

O fato de não possuir o Estado o presídio com as características necessárias, principalmente agrícolas, que seria o tipo de penitenciária mais indicado, redundava em problemas gravíssimos que reclamam solução. As nossas Cadeias públicas não possuindo instalações adequadas, higiênicas e apropriadas ao fim mais humano de retenção de detentos, impossibilitando a separação tão aconselhável entre reclusos, detentos, presos simples e correccionais, principalmente os menores que, por emergência, são nelas recolhidos, estão a exigir dos poderes públicos uma reforma radical. Outro problema a ser resolvido é o dos manicômios, a fim de evitar que os dementes no momento de sua excitação sejam recolhidos à Cadeia pública, de onde as mais das vezes jamais sairão, porque vão se tornando elementos perigosos ao ambiente social. Daí a necessidade de ser o Governo autorizado a mandar construir um manicômio no Estado (GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO, 1947, p. 47-48).

Construir a cadeia pública modernizada seguindo os padrões de separação das diversas clientela era um ato de solução também para o acolhimento dos doentes mentais, que se misturavam aos demais detentos. Por extensão, essa construção significava impulsionar a construção do hospital psiquiátrico. As expectativas para a realização da construção do novo hospital se confirmaram com a notícia que declarava a presença do representante do governo em Cuiabá, garantindo a parceria Federal para iniciar as obras do manicômio:

Chegou a esta capital por via aérea, O Professor Aduino Botelho, Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais e aqui veio para dar início à construção do novo Hospital para psicopatas, a ser construído à margem esquerda do Rio Coxipó (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1950, p. 9)

O tema continuou a ser referência ainda em 1951, quando o Governador Fernando Correa da Costa anunciou, na Assembléia Legislativa, a construção do Hospital de Alienados e acrescentou a construção do hospital para os tuberculosos. Uma visita importante nas obras iniciais de construção do hospital foi a do médico-psiquiatra Dr. Aduino Botelho que esteve à frente da Coordenação do Serviço Nacional de Doenças Mentais de 1941 a 1954, ocupando o cargo de diretor e sendo reconhecido nacionalmente por promover modificações expressivas na assistência psiquiátrica no país.



Foto 34 – Visita do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Aduino Botelho, às obras de edificação do novo Hospital de Alienados de Cuiabá.

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1951.

Questionado sobre o novo hospital, o Dr. Manoel Vargas demonstrou a sua boa disposição esclarecendo que:

Com a melhoria das novas instalações será possível desenvolver meios de um maior desenvolvimento no campo da psiquiatria em nossa capital, pois poderemos obter maiores sucessos que os até agora alcançados; contaremos com instalações apropriadas, meios eficientes para uma observação rigorosa dos diferentes casos e, sobretudo teremos alojamentos em condições de receber qualquer doente (os de sua especialidade), será ele procurado quando ainda haja tempo de se obter a recuperação. Atualmente, são raros os doentes que são levados ao hospital na fase inicial da doença, sendo na maioria dos casos já pacientes crônicos, portanto insolúveis. Os doentes mentais somente quando tratados antes de dois anos de terem sido acometidos do mal, terão êxito no tratamento (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1953, p. 4).

O psiquiatra ainda informou que o novo hospital contaria com amplas enfermarias, amplos corredores, pátios recreativos e uma quadra de esportes. Sobre os pacientes ainda instalados na construção antiga, naquele casarão que se acercava do rio Coxipó, ele esclareceu que todos os pacientes, mesmo os mais antigos, todos eles trabalhavam. Argumentava que, mesmo os que nada podiam produzir, eram levados para o local de trabalho, permanecendo horas inteiras sem agitação. Ao ser inquirido sobre os

quadros revoltantes dos manicômios no Brasil, o médico enfatizou que os manicômios eram um misto de doentes e de criminosos ali recolhidos, muitos desses, autores de quatro a cinco mortes, não sendo difícil cometerem mais um assassinato. Daí, o medo originado entre os enfermeiros e os vigias. Ele sugeriu, portanto, que não se dispensasse tratamento igual aos doentes e aos criminosos.

O médico revelou os problemas acarretados pelo convívio de criminosos e psicopatas no ambiente institucional. Nesse período, havia poucos manicômios judiciários construídos no país. A permanência desses indivíduos no mesmo espaço dos criminosos construiu representações sociais sobre a loucura investidas de um grau de periculosidade e de agressividade que permaneceram incorporadas no imaginário coletivo, aliadas à figura do louco.

Nos anos até agora analisados, não havia a distinção em atendimento de pacientes criminosos psicopatas e de portadores de transtornos mentais. Conforme foram sendo instituídos os espaços específicos, com classificação dos casos, o Hospital Aduato Botelho, em seu pleno funcionamento, vivenciava a constrangedora situação de não ter espaço separado para os criminosos. Na atualidade, os médicos atuantes da psiquiatria forense podem disponibilizar o diagnóstico e o laudo pericial, impedindo que o criminoso cumpra pena no presídio e garantindo a sua internação em instituição manicomial para o tratamento. Quando do cometimento de crimes bárbaros e visando uma diminuição da pena, torna-se um alibi na defesa do criminoso e infrator a impugnação da patologia mental. Contudo, os médicos-psiquiatras fazem ressalvas de que os portadores de psicopatias têm de cumprir as suas penas nos presídios, tal como o previsto no Código Penal.

Não tardou em o governador anunciar que as obras de construção de novos hospitais em Cuiabá seriam três: Hospital Geral, Hospital de Psicopatas e Hospital dos Tuberculosos⁵⁸.

Um dos méritos do Dr. Manoel Vargas (1º. psiquiatra do Hospital Aduato Botelho), apesar das dificuldades institucionais, foi sua abdicação à causa psiquiátrica e a adoção de medidas de cunho laborativo como melhoria e terapia para o tratamento. O impacto dessa postura se fez sentir na Mensagem do Governo enviada à Assembléia Legislativa em 1954 quando o governador manifestou que o Hospital de Alienados impressionava pelo regime de disciplina suave e eficiente, não causando ideia de um

⁵⁸ Conforme mensagem do Dr. Fernando Corrêa da Costa, em 1952, p.35 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

hospital desse tipo, porém de uma colônia agrícola, onde todos os internos participavam efetivamente, desenvolvendo atividades laborais no cultivo das plantações, da horta e na criação de animais. Os campos de cultura de legumes, de verduras, de frutas, as pocilgas, o aviário, o ajardinamento, quase tudo era realizado por dois ou três diaristas auxiliados pelos doentes que davam, ao nosocômio, o aspecto de liberdade e de trabalho que só aparecia em sítios e chácaras. Além dessas ações, o referido doutor ainda conjugava a praxiterapia com a fartura de alimentos sadios para os doentes⁵⁹.



Foto 35 – Dr. Manoel Vargas.
Fonte: SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE DE
MATO GROSSO, [s.d].

Apesar da disposição acenada pelo governo estadual, as obras do hospital prosseguiam sem serem concluídas e os pacientes permaneciam na velha chácara na beira do rio, sob os cuidados do Dr. Manoel Vargas.

A área pertencente à chácara era um local muito grande e muitos funcionários da instituição moravam no entorno, com suas famílias. Muitas vezes, quando eles precisavam de atendimento médico para os seus filhos, o próprio psiquiatra os atendia.

⁵⁹ Conforme mensagem do Dr. Fernando Corrêa da Costa, em 1954, p. 71 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

Nesse período, Cuiabá contava com poucos médicos e o Coxipó da Ponte era um local muito distante do centro da cidade.

4.3 História das vivências institucionais

As qualidades do Dr. Manoel Vargas fizeram história em Cuiabá e são relatadas por pacientes, auxiliares e demais trabalhadores que com ele conviveram. Sua disposição era alívio e alento para os necessitados e para os que vivenciavam as carências institucionais. Destarte, não se prescinde do acolhimento das várias falas sobre as mazelas e alegrias dos anos que estão sendo tratados nesta pesquisa.

Para compor um quadro significativo que expresse a visão dos narradores, recorreu-se à história oral. Conforme observação de Barros (2004, p.133), a história oral é um dos caminhos metodológicos oferecidos pela História. É um método de pesquisa que utiliza a entrevista e outros procedimentos articulados, registrando as narrativas da experiência humana. Nessa perspectiva, as fontes orais produzidas pelo próprio historiador são os depoimentos colhidos em entrevistas.

Como recurso metodológico, a história oral foi a melhor alternativa em face da compreensão das vivências institucionais do Hospital dos Alienados do Coxipó da Ponte. Com as entrevistas, que consideraram as histórias e as versões dos atores institucionais que ajudaram a compor o cenário de atendimento e de assistência no hospital psiquiátrico, poder-se-á conhecer e compreender a dimensão do processo cotidiano de atenção aos usuários dos serviços com os elementos subjetivos e significativos que foram constituídos. Indubitavelmente, esse método agregará, aos documentos oficiais e às publicações, uma dimensão inexplorada dessa história, bem como conduzirá a um aprimoramento da investigação e da apreensão do objeto de estudo a ser interpretado à luz da História Cultural.

Com as várias perguntas listadas no roteiro, entreveem-se e se elaboram as categorias de análise a serem priorizadas e que explicam os fatos vivenciados e relatados. Deseja-se conhecer: os critérios de admissão; o tipo de clientela; o tempo de permanência na instituição asilar; o cotidiano e a estrutura na Chácara dos Loucos; as técnicas de tratamento; o alcoolismo; a gestão institucional.

Fragmento 1 – Dos critérios de admissão

Em 1952, éramos dois guardas-sanitários e muitos pacientes foram buscados por nós, por ordem do médico, nos municípios próximos a

Cuiabá como nas cidades de Poconé, Santo Antônio do Leverger, Jaciara, Rondonópolis, etc. Muitas pessoas eram trazidas do interior do estado para serem internadas. O estado ainda não havia sido dividido. Inúmeras vezes, chegavam ônibus lotados vindos do interior. Muitos desses doentes eram largados ou abandonados na porta da instituição antes mesmo de passarem pelo primeiro atendimento. (Colaborador 1, informação verbal).

O fato de enviarem doentes de várias cidades e de outros estados circunvizinhos a Mato Grosso ocorria até o final dos anos de 1970. Muitas ambulâncias chegavam vindas do interior. Esses acontecimentos se repetiam principalmente nos finais de semana. Os motoristas das ambulâncias traziam os pacientes, deixavam na porta da instituição e iam embora de volta para as suas cidades, sem ao menos informarem a procedência do paciente. Os familiares consideravam que o hospital psiquiátrico era o lugar para largarem o paciente para o tratamento e não mais voltarem. (Colaborador 13, informação verbal).

Os doentes eram trazidos principalmente pelas famílias que não aguentavam mais os transtornos ocasionados pela doença mental. Havia um desconhecimento do adoecimento psiquiátrico e a própria família tinha muito preconceito e procurava a retaguarda dos serviços oferecidos pelo hospital para esconderem o seu doente. (Colaborador 14, informação verbal).

As famílias deixavam os doentes na instituição porque queriam se ver livres do problema. Os pacientes que apresentavam um quadro mais antigo de problema psiquiátrico e que não tinham condições de se recuperar eram esquecidos pelos familiares, que nunca mais voltavam. (Colaborador 10, informação verbal).

Os familiares que acompanhavam o paciente mentiam ao transmitirem os dados pessoais para a ficha de internação sobre a sua cidade de origem, dizendo serem da cidade de Cuiabá ou de Várzea Grande. Havia também, além daqueles que não voltavam nunca mais, outros que, só após longos anos sem buscar notícias do seu parente, retornavam na instituição. Por ser o único hospital psiquiátrico do Estado, não podia ser negada a vaga para o paciente. Por isso, todos os que precisavam tinham seu lugar assegurado. (Colaborador 12, informação verbal).

Até os anos finais da década de 1970, o paciente entrava no hospital em um atendimento não organizado de plantão, onde a presença do médico era garantida somente durante o dia. A equipe de enfermagem é quem cuidava do paciente e o protocolo do hospital era muito rudimentar. A alta hospitalar era um fato difícil de acontecer. (Colaborador 14, informação verbal).

O Hospital era um depósito, porque atendia o estado inteiro. Os familiares não contavam, não davam endereço. Assim, não tinham como dar alta aos pacientes. (Colaborador 2, informação verbal).

No hospital, tinha muita gente boa internada e também de ótimos recursos financeiros. Me lembro de uma senhora que morava no Bairro Pico do Amor, que tinha sérios problemas de depressão e um dia se

suicidou. Uma outra, da cidade de Poconé, muito jovem, que se afeiçoou a mim e ficava por perto enquanto eu trabalhava nas minhas lidas no hospital. O marido dela era um fazendeiro muito rico daquela região. Um dia, ele vendeu uma boiada e ela ateou fogo na mala onde estava o dinheiro. Não sei exatamente o problema mental que ela tinha, mas veio para ser internada no hospital. Durante o tratamento, o Dr. Manoel Vargas também a curou de uma hepatite. (Colaborador 5, informação verbal).

Muitas famílias de Cuiabá, com melhores condições financeiras, se recusavam a levar seus doentes mentais para a internação no Hospital de Alienados. Preferiam mantê-los em casa, onde o tratamento era feito com visitas do médico. Às vezes, até um procedimento médico era feito no consultório do médico, porque eles se recusavam a internar o paciente. (Colaborador 2, informação verbal).

Era muito comum vermos aqui, na cidade, na família que tinha um doente mental, terem um quartinho nos fundos das casas e manterem o seu esquizofrênico com muita estima. (Colaborador 8, informação verbal).

O espaço era de reclusão, de clausura ou de embotamento social daqueles que se mostravam avessos à moral e aos costumes. O perfil da população atendida tornava-se cada vez mais abrangente. Além de figurar como manicômio, o Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte servia como asilo, como manicômio judiciário, o que assegurou, ao espaço institucional, diferenciadas características. Na heterogeneidade de pacientes que para lá eram enviados, havia muitos que não possuíam nenhum problema mental, mas que, por serem portadores de outras moléstias e de males considerados incuráveis ou de tratamentos muito longos, lá permaneciam até serem remanejados para outras instituições. Os tuberculosos eram mandados para o Hospital Júlio Muller em Cuiabá, os leprosos eram levados para o Leprosário São Julião na cidade de Campo Grande. Até a década de 1960, o Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte ainda abrigava pacientes com moléstias contagiosas, havendo a necessidade do isolamento para se evitar o contágio do restante da população asilar.

Observando o teor das narrativas dos colaboradores, algumas palavras se destacam e se apresentam como marcadores de uma situação desconfortável que representava o louco para a família. Não se pode desconsiderar que, na primeira metade do século XX, Mato Grosso, que ainda era um grande Estado da Federação⁶⁰, tinha a

⁶⁰ A ideia separatista de dividir o Estado de Mato Grosso foi baseada em inúmeros discursos que ocorreram por mais de um século e meio, motivando grandes disputas, crises econômicas e entreveros. A divisão do estado acabou concretizada por decreto do Governo Militar de Ernesto Geisel, no ano de 1977, ficando Cuiabá como a capital de Mato Grosso e criando-se o Estado de Mato Grosso do Sul, cuja capital é Campo Grande.

pobreza como uma de suas principais marcas. Isso justifica, nas falas, a menção a ônibus e ambulâncias. Porém, o que deve ser notado, é o fato de serem veículos carregados de doentes que eram deixados nos portões de entrada da instituição. Chama a atenção a incidência dos termos *largados, esconder, problema, esquecidos*, todos eles relacionados ao sentimento de peso que o doente representava para a família, porque o doente é um “transtorno” do qual se deseja livrar-se. É um peso morto que passa anos na instituição sem nenhum contato com os membros de sua família. Por outro lado, os informes avisam da crença que estes familiares tinham no poder da instituição, como uma forte retaguarda que não poderia negar vaga a nenhum doente ou se livrar dele, portanto, o problema do louco da família era transferido como sendo o louco pertencente ao Estado.

O bairro Coxipó da Ponte, onde era estabelecido o hospital, era um local distante da região central da cidade, possuindo condições difíceis de acesso, o que dificultava a vinda de visitantes e a saída dos doentes e aumentava o isolamento, principalmente devido às condições precárias das rodovias e da escassez dos transportes públicos em todo o estado naquela época.

Não há, aqui, nenhuma crítica às famílias que, na sua maioria, viviam em estado de pobreza e de dificuldade, tendo de conciliar sua situação econômica com a vergonha que o preconceito e o estigma impunham ao louco. O desaparecimento da família ou a mentira quanto ao endereço podem ser explicados talvez pelo medo de se ter o indivíduo institucionalizado de volta à casa, onde o grande esforço era da figura feminina, geralmente a mãe, que tinha que se transfigurar no esboço de cuidador sem o menor conhecimento de como lidar com este problema, principalmente nos momentos dos surtos psicóticos. Esses momentos conduziam a uma desestabilização da rotina familiar.



Foto 36 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁶¹.

Todas essas considerações fazem perceber que há um profundo deslocamento de interesse e de responsabilidade. O doente, que deveria ser objeto de tratamento, é abandonado pela família e depositado num asilo, sem que instituição e família conversem ou estabeleçam estratégias conjuntas de enfrentamento da questão. É no silêncio do asilamento, não apenas em Cuiabá ou no Estado de Mato Grosso, mas em todo o Brasil, que a negação do doente ocorre. O silenciamento não era apenas em relação à doença, mas, também, ao doente, visto como uma pessoa indesejável, uma monstruosidade, que comprometia a ordem social e as boas condutas. A família, entusiasmada com o projeto eugênico, não desejava ter o estigma da impureza causada pela loucura de um de seus membros. Para ser bem-aceita na sociedade, essa família omitia, escondia e até abandonava o doente, como a chaga que podia comprometer seu *status* social.

Com relação ao número de pacientes internados na instituição manicomial nas décadas de 50 e 60, houve uma unanimidade na versão dos quatro primeiros entrevistados, demonstrando que o número de pacientes nessas décadas oscilava entre 150 a 200 e que, em sua maioria, eram mulheres.

⁶¹ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

Fragmento 2 – Do tipo de clientela

Muitos doentes, mais furiosos, chegavam pelas mãos de policiais. Os pacientes que eram trazidos do interior vinham sem uma indicação precisa. Chegavam no hospital trazidos pela polícia, amarrados e mal conduzidos. (Colaborador 15, informação verbal).

A polícia era chamada muitas vezes, para atender os casos em que o indivíduo estava alcoolizado, sendo necessária a intervenção policial por causa dos transtornos ocasionados pelas brigas e por confusões criadas. Os indivíduos alcoolizados eram levados para o hospital para terem o atendimento que mereciam. Se chegavam alterados, logo lhes davam um “sossega leão”. Já existiam casos de alcoolismo em mulheres, mas eram bem poucos. Naquele tempo, o alcoolismo era visto como falta de vergonha. Desconheciam a doença e tratavam como um doente mental qualquer. (Colaborador 11, informação verbal).

Os pacientes internados ficavam separados. Existiam as alas masculina e feminina. De vez em quando, ouvíamos comentários que determinado paciente era um criminoso. (Colaborador 6, informação verbal).

Se, nas décadas iniciais de atendimento no hospital, a incidência maior era a da clientela feminina, nas décadas de 1960 e 1970 ocorreu o inverso. Os homens passaram a ser os mais atendidos e com um número acentuado de indivíduos alcoólatras, tornando-se um grande contingente na população asilada na instituição.

Nas práticas de vigilância e de controle social na cidade, o louco, assim como o alcoólatra e aqueles que não se encaixavam no mercado produtivo foram tomados como seres desviantes das normas apregoadas pela sociedade. Eram vislumbrados pela percepção social como figuras imorais às quais cabia a reclusão social no asilo manicomial.

Na Constituição da República Brasileira de 1934 e de 1937, já figurava uma dicotomia entre os cidadãos trabalhadores e os não trabalhadores. Para os trabalhadores, o Estado oferecia uma atenção previdenciária e assegurava um sistema social protetor e uma política de saúde. Aos não trabalhadores e àqueles que permaneciam na rede da pobreza, da indigência, da velhice desamparada, da infância em estado de abandono e dos desvios da norma, o asilamento afigurava-se como o caminho correto. Em uma cidade que se projetava na perspectiva do progresso, instaurado nas normas do trabalho, os indivíduos “sobrantes” ou “residuais” no contexto social, seriam mantidos em orfanatos, em asilos e em instituições manicomiais.

A concepção de cidadão estava impregnada pela ideia moralizadora do ser no seu corpo, nas práticas e nas representações. Alcoolizar, perder o controle, ter surto de

fúria, envolver-se em brigas ou confusões e ser conduzido amarrado pela polícia eram sinais extremamente negativos que induziam à visão de falta de vergonha, de terem o “tratamento merecido”. Isto quer dizer que ser recolhido no asilo de louco era um merecimento ao mau comportamento, ação que causava euforia na população que desejava ver a cidade limpa dos maus elementos. O êxtase era saber da aplicação de um “sossega-leão”, que nada mais era que a aplicação de eletrochoque.



Foto 37 – Dependência para eletrochoque.
Fonte: INSTITUTO PHILIPPE PINEL, 2010.

Fragmento 3 – Do tempo de permanência

Os pacientes vinham para o hospital das mais variadas formas: pela família, pela polícia e também chegavam na instituição sendo trazidos por cabos eleitorais e a pedidos principalmente nos finais de semana.(Colaborador 7, informação verbal).

Quanto ao período de permanência dos pacientes no hospital, era possível saber se os pacientes ficariam ou não na instituição, se iriam obter melhoras no estado de saúde com até trinta dias de internação. (Colaborador 1, informação verbal).

O tempo mínimo de internação do paciente era de 60 a 90 dias. Quem tinha uma família interessada recuperava bem. (Colaborador 7, informação verbal).

A maioria dos pacientes permanecia internada e acabava morando na instituição. Isso ocorria porque havia muitos pacientes crônicos e que tinham sido abandonados pela família. Os doentes crônicos ficavam, porque a reabilitação psicossocial dá trabalho, e ninguém quer ter trabalho. Alguns poucos, a família se interessava e buscava quando tinham alta. Outros iam para a casa porque o hospital oferecia as

passagens de volta para as suas cidades, mesmo com muitas dificuldades financeiras para isso. (Colaborador 8, informação verbal).

A permanência na instituição durava até que o doente se mostrasse em condições de retornar à família. Muitos já eram patrimônio do hospital. Quando íamos levá-los, a família já tinha se mudado, mas o hospital, através da sua equipe, sempre tentava achar qualquer parente do internado. (Colaborador 10, informação verbal).

Alguns pacientes ficavam muitos anos e o governo cuidava até o fim da vida. Tinha gente que morava lá há trinta anos, não sabia mais quem era a família. (Colaborador 11, informação verbal).

Quando conduzíamos os pacientes para casa, levávamos um protocolo para ser assinado pelo parente que o recebesse e, junto, iam também os medicamentos para continuarem com o tratamento em suas casas. (Colaborador 2, informação verbal).

Era um problema social para a família cuidar de um paciente crônico, ou mesmo na fase aguda da doença. (Colaborador 8, informação verbal).

Na maioria das vezes, saía a Kombi cheia de pacientes de alta hospitalar. Iam e voltavam, porque a família fingia que não os conhecia. Buscávamos cruzar os dados contidos nas fichas dos pacientes, para descobrir o paradeiro e o endereço de seus familiares, mas o estigma da loucura era fortíssimo e assustador, e a família rejeitava o seu parente. (Colaborador 13, informação verbal).

O funcionário que levava os pacientes de alta para casa poderia ser qualquer um de nós: guarda-sanitário, auxiliar de enfermagem e até o administrador. Saíamos de Cuiabá com destino até a outros estados; íamos de ambulância, de Kombi, de ônibus e até de avião. (Colaborador 15, informação verbal).

Muitos pacientes ficavam por muitos anos internados e o governo cuidava até o fim da vida. Quando o paciente vinha a óbito, a equipe do hospital mandava avisar os familiares e muitas vezes eles não compareciam e nós mesmos da equipe técnica é que fazíamos o velório. (Colaborador 12, informação verbal).

No final da década de 1960 e início dos anos 70, o prefeito de Jaciara, cidade próxima a Cuiabá, trazia sempre um carro cheio de pacientes para se internarem no hospital, mas também contribuía levando de volta aqueles que já estavam de alta. (Colaborador 7, informação verbal).

Um fato interessante aconteceu com um paciente esquizofrênico que obteve alta, mas quis permanecer no terreno do hospital onde foi construindo aos poucos uma casinha de uns 8 metros de construção. O mesmo tinha fases da doença. Um dia, eu estava em casa e me ligaram bem cedo, daquele telefone que era de manivela, me avisando que o rapaz estava todo paramentado na Catedral de Cuiabá celebrando a missa. Entre os vários acontecimentos, me lembro também de um estranho fato que ocorreu no horário do descanso regimental do

almoço, quando me chamaram para atender uma paciente que havia costurado os órgãos genitais. (Colaborador 8, informação verbal).

Eu achava curioso como o ex-paciente foi construindo e emendando os quartinhos dentro do terreno do hospital. Ele alugava para os guardas-sanitários descansarem. Aos poucos, ele foi conseguindo comprar cavalo, charrete, galinha e até abriu um pequeno comércio. (Colaborador 7, informação verbal).

Até o final da década de 1970, entre os critérios de admissão observados para a internação em hospital psiquiátrico, bastava ter havido delação e acusação de comportamento social desviante. Entre os indivíduos que podiam ser enquadrados como loucos ou desequilibrados, figuravam aqueles que demonstravam posicionamento contrário às forças políticas hegemônicas nos pleitos eleitorais da cidade. Bastava a descrição desta realidade, para que acontecesse a internação no hospital psiquiátrico, o que perduraria até que se desfizessem os mal-entendidos.

Por meio de matrizes geradoras do pensamento, derivadas das elites dominantes, construíram-se modelos sociais a serem seguidos como categorias fundamentais de percepção e de apreensão do mundo. Nessa modalidade de relação com o mundo social, as práticas discursivas, repassadas culturalmente, mas não apenas pela linguagem, eram também apontadas e massificadas em campanhas de higiene propaladas na imprensa escrita bem como, estrategicamente, nos intervalos das sessões cinematográficas, nas emissoras de rádio e em outros meios, como foi extensamente discutido no Capítulo III. Aos poucos, foi se constituindo, no imaginário social, as noções de julgamentos, de classificações e de nomeações dos sujeitos sociais conforme apontavam as afirmações dominantes.

Sobre o poder de definir a identidade e a diferença nos grupos sociais, elucidada Silva que:

A identidade e a diferença são o resultado de um processo de produção simbólica e discursiva. [...] A identidade, tal como a diferença, é uma relação social. Isso significa que sua definição discursiva e lingüística está sujeita a vetores de força, a relações de poder. Elas não são definidas; elas são impostas: (HALL, 2000, p. 81)⁶².

⁶² Esta concepção de Silva sobre identidade é corroborada e complementada pela leitura que Stuart Hall faz do termo *identificação*: “A identificação é, pois, um processo de articulação, uma suturação, uma sobredeterminação, e não uma subsunção. Há sempre “demasiado” ou “muito pouco”, uma sobredeterminação ou uma falta, mas nunca um ajuste completo, uma totalidade. Como todas as práticas de significação, ela está sujeita ao “jogo” da *différance*. Ela obedece à lógica do mais-que-um. E uma vez que, como num processo, a identificação opera por meio da *différance*, ela envolve um trabalho discursivo, o fechamento e a marcação de fronteiras simbólicas, a produção de ‘efeitos de fronteiras’. Para consolidar o processo, ela requer aquilo que é deixado de fora – o exterior que a constitui” (HALL, 2000, p.106).

Com base nessas concepções integradas e coesas, foi-se imprimindo o sentido da diferenciação. Afirmar a identidade e marcar a diferença implica em incluir e em excluir. As distinções se moldaram nas condutas e práticas desenvolvidas na realidade. A loucura tornou-se uma questão que, com critérios aleatórios, poderia ser classificada, identificada e definida. Com isso, o indivíduo estava na corda bamba, pois bastava ser denunciado para já ser suspeito e submetido a medidas de constrangimento de perda de espaço social, de *status* e, provavelmente, de sua liberdade. Dessa forma, aqueles eram momentos nos quais o discurso sobre a loucura e o louco servia para resolver questões de relacionamento pessoal, de malquerenças e desafetos, sem se considerar os direitos do ser humano que a Declaração dos Direitos Humanos de 1954 já promulgava.

A identidade, na concepção de Elias (1994), fica no cruzamento da representação de si e da credibilidade a essa representação. O homem identificado como normal consegue estabelecer o elo entre representação e credibilidade, mas o louco reduz sua ação à representação. O enigmático cenário da loucura, apontado pela psiquiatria como doença mental, imiscuiu-se na heterogeneidade da população asilar, em que estavam presentes loucos, criminosos e pervertidos. Com essa mistura asilar, surge a figura do louco como uma relação de semelhanças entre essas categorias, impingido de graus de imprevisibilidade e de periculosidade e realçando os ângulos da incurabilidade e da não adesão à vida social, condicionando-o, assim, à exclusão.

Esses aspectos estão contidos nas narrativas de todos os entrevistados, justificando as dificuldades encontradas pela instituição quando buscava devolver os pacientes às suas famílias quando estes tinham alta hospitalar. Em sua grande maioria, as famílias dos doentes mentais enfrentavam, além da problemática da doença do seu familiar, um processo de expansão do estigma carregado pela loucura. Quando um membro da família era rotulado e estigmatizado, levantavam-se barreiras que debilitavam as expectativas sociais para o convívio com a família, o que envolvia incertezas e embaraços, negligenciando uma proximidade para o intercâmbio social. O preconceito e o estigma em relação à loucura não podem ser considerados fenômenos da convivência social de um tempo passado, pois ainda encontram-se imbricados nas relações da cotidianidade.

As figuras contrárias ao instituído socialmente, como os ébrios, os baderneiros, os imorais, assim como aqueles que não mantinham a postura e a polidez necessárias no trato público, ao se expressarem e manterem comportamentos inadequados poderiam ser percebidos, classificados, estigmatizados e, por fim, agrupados e excluídos socialmente.

O espaço manicomial governado por medidas racionais abrigaria todos esses tipos associiais e ameaçadores do *status quo*.

Compelidos pela sociedade dos loucos, numa alusão à noção de sociedade de corte de Elias (1994), não se trata da vida do louco, mas da sociedade que tem a loucura como o marco da distinção da normalidade. Então, pensa-se no louco como parte da sociedade e na formação social que o produz, portanto, sociedade e loucura estão estreitamente ligadas porque uma se organiza com base na outra. Não é por descuido que ecoa da sociedade o dito popular: “de perto, ninguém é normal”. Normal e louco são configurações interdependentes. Assim, diferentemente do que identifica Elias no processo civilizador, não há, na relação normalidade /loucura, qualquer aproximação. O desejo é de distanciamento espacial e social.

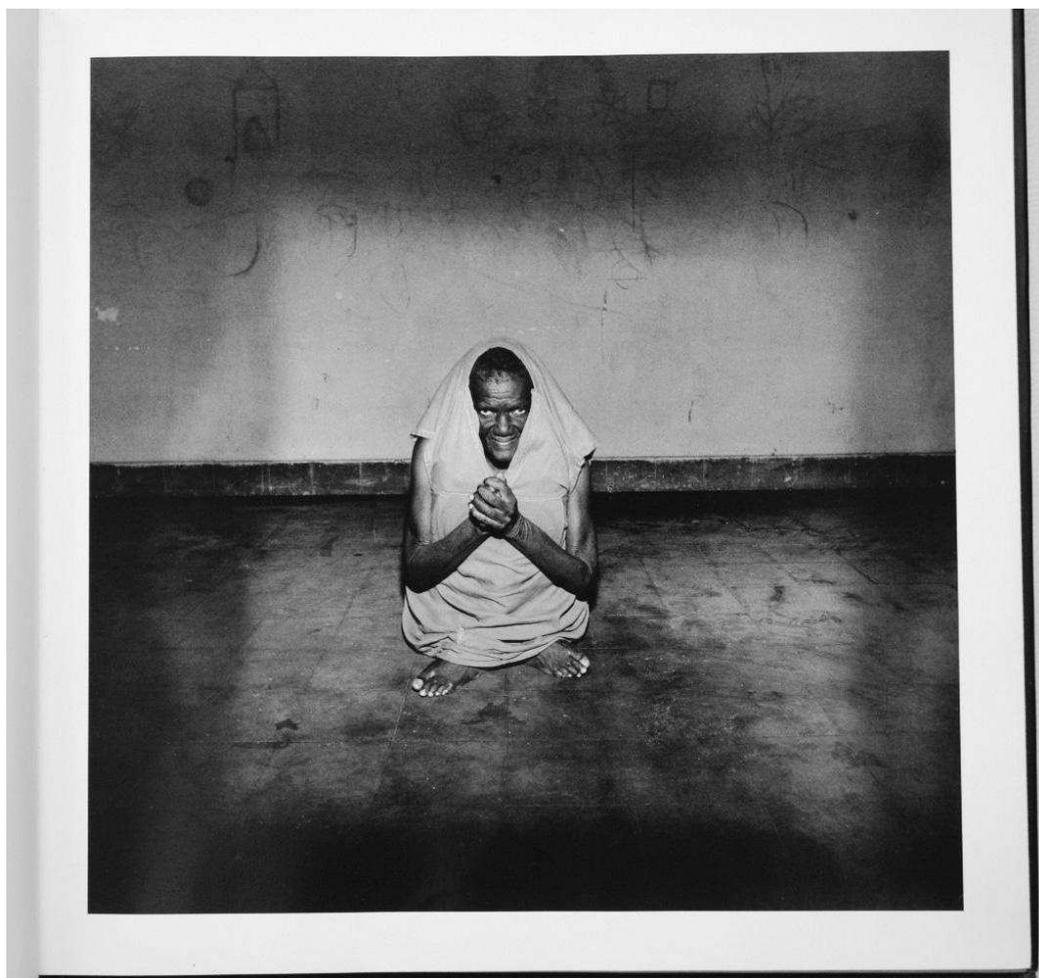


Foto 38 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁶³.

⁶³ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

Fragmento 4 – Do cotidiano na Chácara dos Loucos

Na chamada “Chácara dos Loucos”, que era bem próxima ao rio Coxipó, existiam três salões, um quartinho que era a farmácia, uns quartos de prisão com grades e, entre as salas e as prisões, ficava a cozinha. Todos os pacientes trabalhavam na lavoura, no laranjal, com hortaliças, na roça, na chácara. Nós tínhamos o canavial, tinha o engenho. Extraíamos a garapa da cana. (Colaborador 1, informação verbal).

O Dr. Manoel Vargas, além de médico-psiquiatra, era horticultor, agricultor, clínico. Tudo era com ele, junto com o administrador. Muitas vezes, ele também atendia os filhos dos servidores, que moravam próximos à instituição. Os médicos de Cuiabá, naquela época, eram poucos, e a locomoção era de difícil acesso, principalmente para quem morava distante do centro da cidade. Nós tínhamos, na chácara, um pomar com bananal, laranjal. Plantávamos batata doce, milho, etc. Toda a produção alcançada era para o próprio hospital e para os servidores, sendo proibida a venda dos produtos colhidos. A manutenção do hospital era feita através da colheita da roça. A única coisa que era fornecida ao hospital era o arroz e o feijão. Era difícil a verba do governo para custear as despesas. O fornecimento de verduras também servia outras instituições de saúde, como o Hospital Geral e o Abrigo dos Velhos. As hortaliças que eram plantadas saíam muito viçosas. Inclusive, na feira agropecuária de Cuiabá, o hospital ganhou por duas vezes o primeiro lugar, pela qualidade das hortaliças. O Dr. Manoel Vargas pedia emprestado o caminhão da Secretaria de Agricultura, para buscar esterco nas chácaras próximas a Cuiabá, na Fazenda do Aricá, na Fazenda Bandeira. Tudo era fruto de doação para o hospital. Ninguém cobrava nada e até agradecia. Tudo era fomento agrícola. (Colaborador 2, informação verbal).

O Dr. Manoel Vargas foi um grande médico. Ah! Lá, foi um grande hospital! Morei oito anos na chácara. Todo mundo trabalhava, não se comprava nada; tinha vaca, porco, galinha. O Dr. Manoel Vargas considerava o doente. Hoje, está um povo largado! (Colaborador 1, informação verbal).

O Dr. Manoel Vargas tinha excesso de humanidade. Tudo era em prol dos pacientes. Hoje, me orgulho de ter aprendido muita coisa com ele. Ele não gostava de política. Era bem relacionado, honesto, cumpridor dos deveres. Ele considerava muito todos os funcionários e nos dizia: “Sem vocês, eu não sou nada”. (Colaborador 2, informação verbal).

O Dr. Vargas nos dizia: “Tomem conta, esse hospital é de vocês. Aqui, é como se fossemos todos uma mesma família”. Ele tinha muito carinho com os pacientes e conosco da equipe. Ele nos orientava muito. (Colaborador 3, informação verbal).

Entre as pessoas que passaram pela internação e permaneceram no hospital trabalhando, tinha a Sinhá Rita, que se tornou uma grande cozinheira. Ela preparava bons lanches e fazia uma comida muito boa. Um fato interessante é que às vezes ela lavava carne com sabão. Ela

tinha muito apego e muitos ciúmes da cozinha da chácara dos loucos. (Colaborador 3, informação verbal).

Naquela época, era muito comum trabalharmos todos em família, como, por exemplo, quem cuidava da horta era meu genro. Não existiam problemas como hoje, que parentes não podem trabalhar juntos. Quanto aos pacientes que estavam em melhores condições de saúde, eles ajudavam na cozinha e eu confiava neles. Existia um paciente que, quando chegávamos pela manhã, já havia feito o café e até colocado o feijão para cozinhar. (Colaborador 5, informação verbal).

Através de montaria a cavalo, um paciente cujo apelido era Chamingo buscava a carne para ser consumida, no açougue do Justino Malheiros. Todos os pacientes ajudavam de acordo com suas possibilidades de trabalho e com referência ao seu estado de saúde. O trabalho não era forçado. Cada um deles fazia de acordo com suas condições, assim como também obedeciam, e muitos deles que estavam na crise do nervosismo nem se retiravam para o trabalho. (Colaborador 2, informação verbal).

Na frente da chácara, existiam três figueiras para sombrear. Eu morava com minha família na casa do encarregado, que era composta de quatro cômodos, construídos no mesmo espaço da chácara. Quando todos se mudaram para o novo hospital construído em um local bem acima do antigo, ficaram os doentes contagiosos de varíola, fogo selvagem, tuberculose e raiva. Eu fiquei com muito medo do contágio dessas doenças nas minhas crianças. (Colaborador 4, informação verbal).

Em pouco tempo, não dá para tratar da doença mental como se trata hoje em dia. O trabalho era uma grande coisa: o paciente carpia, lavava roupa, trabalhava com foice e com enxada. (Colaborador 1, informação verbal).

Ele [Dr. Vargas] mandava fazer terapia com os pacientes. Naquela época, pegávamos latas de 5, 10 quilos e ele mandava retirar areia do rio. O fato de desenvolverem a tarefa era muito gratificante para o paciente. Nós descíamos do prédio da chácara até a beira do rio, passávamos pelo laranjal, saboreávamos as laranjas, tomávamos banho de rio. Entre 140 a 160 pacientes internados, existia uma lista de pré-alta, que o médico definia. Enquanto permanecessem nessa lista, em franca recuperação, esses indivíduos eram os nossos auxiliares no hospital. Quando levávamos os doentes para tomarem banho no rio, contávamos com 4 a 6 auxiliares. Os pacientes lidavam na roça, na horta, no pomar. Uma meia dúzia de internos ficava trabalhando com enxada. Para essa tarefa, eram tirados apenas os pacientes que estavam na fase final de tratamento. Os que estavam na lista do experimental, ficavam em observação. (Colaborador 2, informação verbal).

A doce rotina do cotidiano, do repetir dos afazeres e da manutenção das necessidades básicas era tão importante na Chácara dos Loucos como era na cidade. Ali, naquela microcomunidade, com inúmeras deficiências, também havia quem, de disposição e de espírito nobre, utilizasse seus saberes para transformar terras

improdutivas em espaços de hortaliças e pomares. Coube, pelas narrativas, o mérito ao Dr. Manoel Vargas, talvez um dos poucos sujeitos que ainda hoje se pode dizer, dedicado a uma causa. O orgulho que emana das palavras dos informantes avisa que, se mazelas existiam, havia também algo a comemorar. Servidores e internos se agrupavam nas tarefas cotidianas e produziam o que necessitavam para viver. Uma instituição isolada física e socialmente da cidade, mas com garantia de alimento. Talvez as vestimentas, conforme delatam algumas fotos, fossem velhos trapos cedidos pelos moradores já cansados de suas velhas roupas, mas havia a esperança e a união para o trabalho. O que se pode intuir é a força do trabalho como elemento agregador e realizador que permite o orgulho de se dizer: “eu fiz”. Assim, o interno, que perdera toda a sua identidade social, suas referências familiares, ainda podia encontrar algum conforto nas folhas de alface que colhia para todos se alimentarem. Seria isso exemplo de pouca civilidade? Seria falta de rigidez de comportamento segundo os moldes sociais e de conduta estabelecidos? Fica a questão. Os internos também eram produtivos. Esta é uma certeza.

Ao iniciar as atividades no Hospital de Alienados e coordenar Dispensário de Higiene Mental em Cuiabá, o Dr. Manoel Vargas era, então, o único médico-psiquiatra e especialista na área da doença mental. Todas as pessoas que compuseram a equipe de trabalho no hospital foram auxiliadas por ele. Com o ensino prático, ele foi repassando os seus conhecimentos e as formas pelas quais todos deveriam cuidar dos pacientes.

Nas décadas iniciais de atendimento, o Hospital Colônia de Alienados possuía uma área muito extensa, o que permitia que houvesse grandes plantações, como de milho, de cana, de mandioca e ainda grandes pastagens. Com o decorrer dos anos, advieram algumas invasões e as áreas circunscritas ao espaço institucional tornaram-se áreas residenciais.

Do período em que a Chácara dos Loucos passou a contar com a presença de um médico em 1942, até o ano da inauguração do novo pavilhão em 1957, haviam sido internados 443 homens e 395 mulheres, conforme descrito nos dois livros de registros encontrados com os dados dos pacientes. Em relação à profissão desses homens, registram-se lavradores, garimpeiros, pedreiros, carpinteiros. Na totalidade dos dados das mulheres, estas aparecem como sem profissão ou como domésticas.

Além dessas características que se alinhavam ao cotidiano do hospital, há de se destacar o grande reconhecimento que todos os funcionários tinham das ações do Dr. Manoel Vargas como um grande mestre a quem todos ouviam e respeitavam pelo “excesso de humanidade”. Ao que parece, Dr. Vargas era homem simples, despojado de

grandes ambições e profundamente sensível ao sofrimento alheio. Mais do que isto, teve a habilidade de conduzir seus auxiliares ao trabalho em equipe, no sentido da cooperação, da solidariedade e do respeito.

Ênfase pode ser dada também a um hábito que se tornou uma das práticas na instituição, isto é, do envolvimento dos familiares dos funcionários com o espírito benevolente e de valorização do espaço de trabalho. O impacto dessa concepção foi a do envolvimento das famílias dos funcionários que, muitas vezes, profissionalizaram-se na área e continuaram o trabalho de seus pais e avós. O trabalho desenvolvido no hospital não foi uma referência apenas para os familiares dos funcionários, mas também para os internos que, carregando latas de água ou areia, cuidando da horta, limpando pátios e jardins, varrendo e ajudando na cozinha, sentiam-se parte do universo humano. Fora de situações de crise ou de surtos, eram afáveis à ideia de estarem em atividade, ideia esta, aliás, muito mais confortável do que a imagem da Foto 39, que retrata a triste imagem do asilo como um depósito de sub-humanos. Acredita-se, em oposição a esta imagem, que o Dr. Manoel Vargas tinha sensibilidade quanto à questão do trabalho como uma terapia.

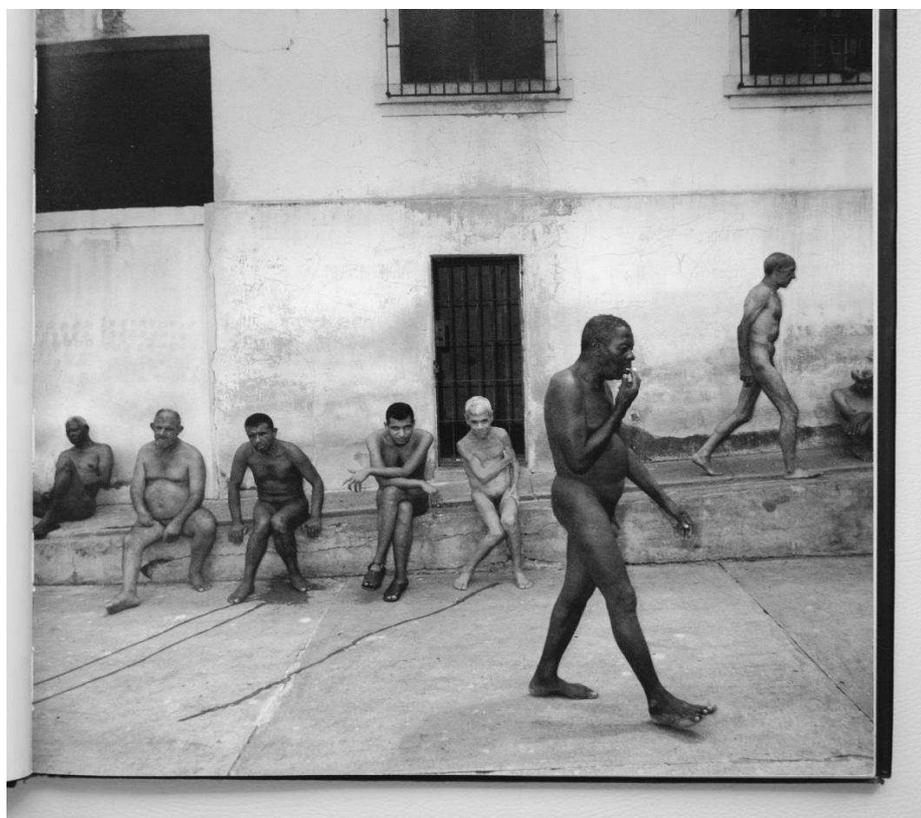


Foto 39 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁶⁴.

⁶⁴ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

Fragmento 5 – Da estrutura da Chácara dos loucos

A higiene da chácara era precária, a água era pega por balde no rio Coxipó. Não tinha ligação de nada, no hospital era tudo manual, a limpeza de banheiro, de área. Os pacientes ajudavam muito a buscar água no rio, os funcionários iam orientando todos. Cada qual com um balde descia para o rio e atravessava a parte da horta, eles pegavam a água e subiam. A Dona Isaura de Almeida, que era mulher do administrador, auxiliava muito na cozinha. Tínhamos uma funcionária cozinheira e duas pacientes que ajudavam. O material de cozinha e de limpeza era totalmente separado. Eram determinados os horários para tudo, até para o banho, que era tomado lá no rio. Existia uma funcionária que auxiliava todos, pegando doente por doente, mas não tinha como afogar, o rio era raso. (Colaborador 2, informação verbal).

No lugar que hoje é o jardim gramado, era o cemitério, não oficial, mas sempre se fazia enterro dos pacientes que faleciam. Aí, depois de um certo tempo, Dr. Manoel Vargas, que nós chamávamos de Comandante Manoel Vargas, cancelou e passou a fazer o enterro dos pacientes oficialmente, recolhendo a certidão de óbito no Cartório do Tabelião Pedro Maciel (Colaborador 2, informação verbal).

Na parte de baixo do hospital, na chácara, na beira do rio, funcionava o atendimento aos portadores de lepra e outras doenças contagiosas. No prédio novo, havia mais ou menos de 4 a 6 solitárias. Quando alguém gritava socorro, algum problema já tinha acontecido. (Colaborador 10, informação verbal).

A antiga casinha na beira do rio abrigava, ainda nesse período final dos anos 60, alguns doentes mentais crônicos e servia de estação de tratamento aos portadores de pênfigo, até serem enviados para Campo Grande. Retiramos os pacientes de lá e a casinha, muito velha, foi demolida. Foram construídos alguns jardins em torno da instituição, uma área de lazer, com cadeiras de repouso, com música, com uma sala de projeção e uma mesa de sinuca. Depois das reformas no interior do espaço, mandamos construir um campo de futebol com as dimensões oficiais, onde os pacientes e funcionários participavam de jogos. O Mixto Esporte Clube, time de futebol profissional de Cuiabá, utilizava o espaço para fazer os treinamentos; até os jogos eram transmitidos por uma emissora de rádio local. Também foi construída uma quadra cimentada e iluminada que servia para as festas juninas que passaram a ser realizadas (Colaborador 8, informação verbal).

As condições estruturais do hospital nos anos 1940 e início dos anos 50 eram precárias. Por ser a chácara um local distante do perímetro urbano, benfeitorias, como os serviços de água encanada e de rede elétrica foram, apenas aos poucos, sendo executadas. A instalação da rede telefônica se deu na primeira metade da década de 1960. O transporte de mercadorias era feito no lombo de animais e havia uma charrete que servia como condução. Eram bem poucos os funcionários que trabalhavam no asilo.

Se, a princípio, apresentou-se como alternativa a instalação de um cemitério na própria instituição, acredita-se que o fato se deu em face das dificuldades estabelecidas na realidade cotidiana, inclusive para o traslado dos pacientes mortos.



Foto 40 – Imagem do antigo cemitério do Hospital de Alienados, Cuiabá.
Fonte: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO [s.d].

Neste ponto, como outro aspecto estrutural de atendimento aos pacientes, além da estrutura física o hospital, ressalte-se que a capacitação de profissionais da enfermagem de nível médio apenas teve início em Cuiabá no final da década de 1950. Os profissionais que atuavam até então eram os chamados ‘práticos’. Até o ano de 1966, o corpo técnico do manicômio compunha-se de uma equipe mínima de trabalho com médico, guardas-sanitários e auxiliares de enfermagem. O hospital somente passou a contar com enfermeiras graduadas após os estudos e formação de duas jovens que buscaram o curso superior de enfermagem no Estado de Goiás. Para uma delas, o próprio estado custeou a formação, porque o hospital era extremamente carente de profissionais enfermeiros.

Uma grande dificuldade apresentada na instituição manicomial referia-se ao número excessivo de internos e ao número reduzido de funcionários. Essa dificuldade era muitas vezes, sanada com o aproveitamento da mão de obra dos internos. Tal prática constituía-se em laborterapia, o que fazia com que houvesse um envolvimento dos

pacientes no sentido de contribuírem nas tarefas rotineiras da instituição, que se assemelhava a uma grande colônia.

Nesse contexto, confirmando que não havia critérios definidos para a admissão de pacientes no hospital, continuavam a serem internados, em uma abrangência de variadas motivações, um público que muitas vezes não era portador de quaisquer sintomas referentes a doença mental. O espaço da chácara tornava-se, assim, cada vez mais diminuto frente às necessidades crescentes da demanda institucional.



Foto 41 – Equipe técnica de atendimento do Hospital Adauto Botelho, Cuiabá⁶⁵.

Fragmento 6 – Das técnicas de tratamento

Além da medicação para cada diagnóstico, o Dr. Manoel Vargas nos mandava dar aos pacientes vitaminas e fortificantes. A nossa obrigação era observar os pacientes. Se eles estivessem tendo problemas de insônia, dávamos um sonifene por via oral e de acordo com a estrutura física do paciente. O médico nos recomendava que, de acordo com cada diagnóstico, tínhamos que ter muita atenção e observar os pacientes. Os esquizofrênicos eram pacientes exaltados, e aqueles que tinham psicose maníaco-depressiva e os epiléticos poderiam fazer qualquer coisa, até mesmo matar. Eu aprendi a observar o paciente. Esse era o método do Dr. Vargas. (Colaborador 2, informação verbal).

⁶⁵ Foto cedida por antigos funcionários e colaboradores da pesquisa, com data provável entre 1967 a 1970.

No início dos anos 50, como guardas-sanitários, o Dr. Manoel Vargas nos ensinava a cuidarmos dos pacientes com eletrochoque, malarioterapia, a aplicar o cardiazol e a Insulina. Depois, tínhamos que oferecer ao paciente açúcar com limão para passar o efeito. O eletrochoque recuperava muito, sempre recuperava! Usávamos minusan 14 e bismuto para os pacientes com sífilis. Nos pacientes com epilepsia, tirávamos o líquido na nuca. Fazíamos uma punção raquidiana: deitava o paciente de bruços, corcovado, com duas agulhas, uma dentro da outra, tirava a água com o êmbolo da seringa, melhorava uns tempos. Eram poucos os epiléticos, mas tinha alguns!(Colaborador 1, informação verbal).

Na hora em que o médico ou os guardas iam aplicar o eletrochoque, eu precisava ajudar a conter o paciente. Eu colocava uma toalhinha na boca do doente para que ele não se machucasse. (Colaborador 3, informação verbal).

Nesse período, os pacientes ficavam separados por alas, mas o hospital era um labirinto, um lugar fechado onde o paciente ficava à mercê da própria sorte. A rotina era de médico-visitador. Repetia-se a medicação por anos! Não existia a preocupação individualizada. Na ficha dos pacientes, ficava escrito “manter esquema de medicação”. Nesse período, não existia psicólogo, terapeuta ocupacional, como hoje, que existe uma equipe multiprofissional de atendimento. (Colaborador 15, informação verbal).

O Dr. Manoel Vargas era um técnico em eletrochoque. Ele exigia muita higiene, principalmente no eletrochoque. Era um aparelho automático calculado em três segundos ao lado da orelha, nas têmporas e com um elástico bem apertado. Preparávamos uma massa para colocar a placa saindo do aparelho. Já existia o aparelho naquela época. Era feito antes do chá, em jejum. O paciente levantava do choque com limonada. Quando faltava energia elétrica para aplicar o eletrochoque, nós aplicávamos cardiazol. Só não podia ser aplicado lento. Tinha que ser rápido na veia, para dar choque. O Dr. Vargas conversava comigo e explicava que o paciente podia perder o braço se saísse da veia, e que daria mais perturbações no paciente, fazendo-o falar de coisas sem nexos. Quanto à epilepsia, dava os remédios e fazia punção, com uma agulha longa de 10 centímetros número 8. Extraía o líquido raquidiano com o paciente deitado na cama, centralizando o fundo na nuca. Saía um líquido claro que vinha empurrando o êmbolo. Tirávamos 10, 15, até 20 milímetros de líquido. Ficava tão cheio que a própria pressão empurrava. O médico nos dizia que o excesso desse líquido provocava a crise epilética. Calculando mais ou menos, o paciente ficava até quatro meses sem sofrer crise. (Colaborador 2, informação verbal).

O uso do eletrochoque era feito de 48 em 48 horas. O resultado era espetacular. Nunca morreu um paciente. Nós fazíamos todos os exames necessários. Fazíamos sessões de 15 aplicações de eletrochoques nos pacientes. (Colaborador 9, informação verbal).

Se fazia o eletrochoque como indicação médica. Quanto ao procedimento da insulino-terapia, era perigoso, pois poderia levar ao coma. Nós começávamos com 5 unidades de Insulina e subíamos gradativamente e com cuidado, porque o procedimento podia levar ao

pré-coma, o que inspirava cuidados. Tínhamos que ver os sinais vitais e oferecer água, chá açucarado, lanches, colocar para comer. O uso do cardiazol, aplicado na veia, era esporádico, geralmente em pacientes particulares. Tratávamos os pacientes também com a impregnação do remédio Haldol, em uma elevação gradativa de 12 a 14 comprimidos ao dia. Depois da síndrome da impregnação, a reação física do paciente era a descoordenação motora, excesso de salivação, mas, quando reduzíamos, chegando a dois comprimidos, o paciente já estava bem. (Colaborador 7, informação verbal).

Os pacientes pouco conviviam, pois ficavam muito sedados. Davam muito remédio a eles, na minha concepção. (Colaborador 13, informação verbal).

Distribuíamos os remédios. Se não acompanhasse o paciente para tomar o remédio, ele jogava fora, escondia sob o travesseiro. (Colaborador 8, informação verbal).

Os remédios eram dados aos pacientes de 5 a 6 vezes ao dia. Existia um horário definido para tudo. Como eu trabalhava na ala feminina, às vezes ficava mais de duas horas para ajudar todas no banho. Eu tratava as pacientes como crianças e ajudava até a pentear os cabelos. Nós tínhamos uma área grande para o banho. Para algumas, o remédio não era forte o suficiente para fazê-las dormir. O eletrochoque era um tratamento triste, mas, em três vezes de aplicação, o paciente ficava bom e acabava a irritação. (Colaborador 6, informação verbal).

A nossa função era observar para o médico as reações do paciente. No início de 1967, nós éramos poucos funcionários e tínhamos que correr para dar conta de cuidar de tanta gente. Éramos quatro auxiliares de enfermagem para cuidarmos de todas as pacientes. Em cada enfermaria, havia de 140 até 150 pessoas. Eram, mais ou menos, 300 pacientes asilados. Ainda bem que os próprios pacientes nos ajudavam. Naquela época existiam, entre as internas, algumas jovens adolescentes. Algumas eram agressivas, mas, depois que tiveram alta, nunca mais voltaram. Não existiam as drogas. (Colaborador 6, informação verbal).

Naquele tempo, o remédio não era tão eficiente quanto agora. O paciente hoje em dia é mais calmo. Naquela época, era muito agressivo. Parece que o remédio não correspondia às expectativas. (Colaborador 5, informação verbal).

Até os anos finais da década de 1970, o paciente entrava no hospital em um atendimento não organizado de plantão, onde a presença do médico era garantida somente durante o dia. A equipe de enfermagem era quem cuidava do paciente, e o protocolo do hospital era muito rudimentar. A alta hospitalar era um fato difícil de acontecer. (Colaborador 14, informação verbal).

O Coordenador de Saúde Mental contratou um terapeuta ocupacional que começou a desenvolver terapias com os pacientes, trabalhos com horta e de pequenas plantações. Nós fazíamos os treinamentos com as equipes que atuavam no interior e a Secretaria de Saúde enviava os medicamentos para serem distribuídos aos pacientes. (Colaborador 13, informação verbal).

Com as transformações que foram ocorrendo no espaço asilar, aos poucos, todas as classes sociais que precisavam passaram a usar os serviços do hospital psiquiátrico. A necessidade de termos enfermeira na nossa equipe de trabalho nos levou a mandar uma de nossas funcionárias para o vizinho Estado de Goiás. (Colaborador 8, informação verbal).

A descentralização dos serviços deu um resultado fantástico, significando uma outra alternativa para o Hospital Adauto Botelho. Houve uma nova fase para o processo de desospitalização. Também precisávamos criar a carreira do Serviço Social e da Psicologia. E o Governador Garcia Neto criou esses cargos na carreira do funcionalismo público. (Colaborador 14, informação verbal).

Pelos depoimentos, infere-se que a prática do eletrochoque era considerada um procedimento eficaz porque o paciente apresentava melhoras significativas em curto espaço de tempo. O seu uso tornou-se corriqueiro no hospital psiquiátrico em virtude de uma atenção psiquiátrica massificada. Era também indicado nos casos em que o paciente não respondia a qualquer estímulo que o levasse a uma melhoria dos sintomas apresentados durante a fase mais aguda da doença. Contudo, a aplicação do eletrochoque não podia ser reduzida simplesmente à consideração de sua eficácia técnica. Há outros fatores a serem observados. Além disso, como nos diz um narrador, era um procedimento muito triste.

Ao assistir a uma sessão de eletrochoques, Firmino descreve as reações produzidas em pacientes após a utilização da técnica:

O aplicador chegou por trás. Colocou as duas tomadas, de uma só vez, na sua cabeça. O rapaz deu um grito. E começou a pular sem parar, na cama. O corpo todo entrou em convulsão. Os olhos pulavam tanto, pareciam que iam sair das órbitas. Começou a babar e a gemer, enquanto continuava se contorcendo violentamente. O funcionário segurou seu queixo, por algum tempo. Depois, virou-o de costas, ainda em convulsão. Uma secreção branca, espécie de gosma, começou a sair da boca e pelas narinas, de modo a não asfixiá-lo. E passou para a outra cama. Subiu em cima do outro paciente, molhando sua testa na mesma região, mecanicamente (FIRMINO, 1982, p. 48).

Havia certo abuso no uso do procedimento. Mesmo sendo uma indicação médica, o eletrochoque tornou-se também uma medida de controle e de punição dos internos inadaptados à disciplina hospitalar. Com o passar das décadas e a evolução do tratamento psiquiátrico com medicamentos, o eletrochoque passou a ser condenado e proibido, pois ele pode conduzir o paciente a um desajustamento psíquico e, além de outros fatores, a enfraquecimento e fratura nos ossos. Apesar disso, ainda persistem

instituições manicomiais que se utilizam desse procedimento. Historicamente, houve uma associação da epilepsia à loucura, e muitos epiléticos foram internados em manicômios. Sob o ponto de vista médico, a epilepsia e as patologias mentais são quadros diferentes, embora existam os indivíduos que apresentem os problemas associados.

Dr. Manoel Vargas orientava sobre os cuidados de rotina com as atividades do banho, da medicação e da observação do paciente – o olhar da clínica, como dizia Foucault. Nesse sentido, a configuração do hospital vai assegurar uma nova percepção médica do fenômeno patológico com base em sua observação. “A clínica se torna, portanto, um momento essencial da coerência científica, mas também da utilidade social e da pureza política da nova organização médica. Ela é sua verdade na verdade garantida” (FOUCAULT, 2004, p. 76). A clínica que nasce com a reformulação teórica e funcional do hospital possibilita um tipo específico de procedimento para a produção do saber. É a primeira tentativa de se fundar o saber na percepção. O olhar que observa não quer apenas buscar elementos para ilustrar, mas é um produtor de conhecimento. Uma doença passa a ser o conjunto de sintomas capazes de serem percebidos pelo olhar. O sintoma é o signo da doença e revela sua natureza. Na clínica, o sintoma da doença é transformado em seu próprio signo. Há uma fusão da clínica com a anatomia patológica, e a investigação sobre os tecidos do organismo permitirá uma nova classificação, uma nova configuração do corpo. A lesão nos tecidos explica os sintomas, e a doença passa a ser uma realidade articulada com a vida, um movimento complexo dos tecidos em reação a uma causa irritante (MACHADO, 1988, p. 97-122).

De acordo com Machado (1988), o domínio hospitalar é aquele em que o fato patológico aparece em sua singularidade de acontecimento e na série que o cerca. O espaço da doença é, sem resíduo nem deslocamento, o próprio espaço do organismo. Desloca-se de um espaço de representação, taxonômico, superficial, para um espaço objetivo e real, de um olhar classificatório e de superfície do médico na configuração da doença, para um espaço de localização da doença, o espaço corpóreo. Há uma transformação no modo de existência do discurso médico, que não se refere mais às mesmas coisas e nem utiliza a mesma linguagem. A mudança ocorre na disposição epistemológica, modificando o nível do discurso e do olhar.

O olhar, tipo específico de conhecimento para a produção de saber na clínica, permitiu uma configuração específica do espaço, um recorte daquilo que foi tomado como objeto. Foi necessário que a racionalidade médica formasse uma ideia objetiva e

completa do paciente recolhendo formal e individualmente seu dossiê por meio da observação. Pelo olhar que percorreu a superfície dos corpos, foi possível configurar um saber sobre a doença e o doente. A medicina passou, assim, a distribuir e a espacializar a doença tomada como objeto, dando-lhe certa organização e localização mediante a percepção médica.

O exame operado pela vigilância e pela observação foi um instrumento disciplinar fundamental de poder na individualização dos pacientes. Com o exame, a individualidade tornou-se um elemento pertinente para o exercício do poder. O exame possibilitou o estudo de cada indivíduo em particular, comparando e mensurando o grau de sua anormalidade e, ao mesmo tempo, capacitando um saber sobre o examinado.

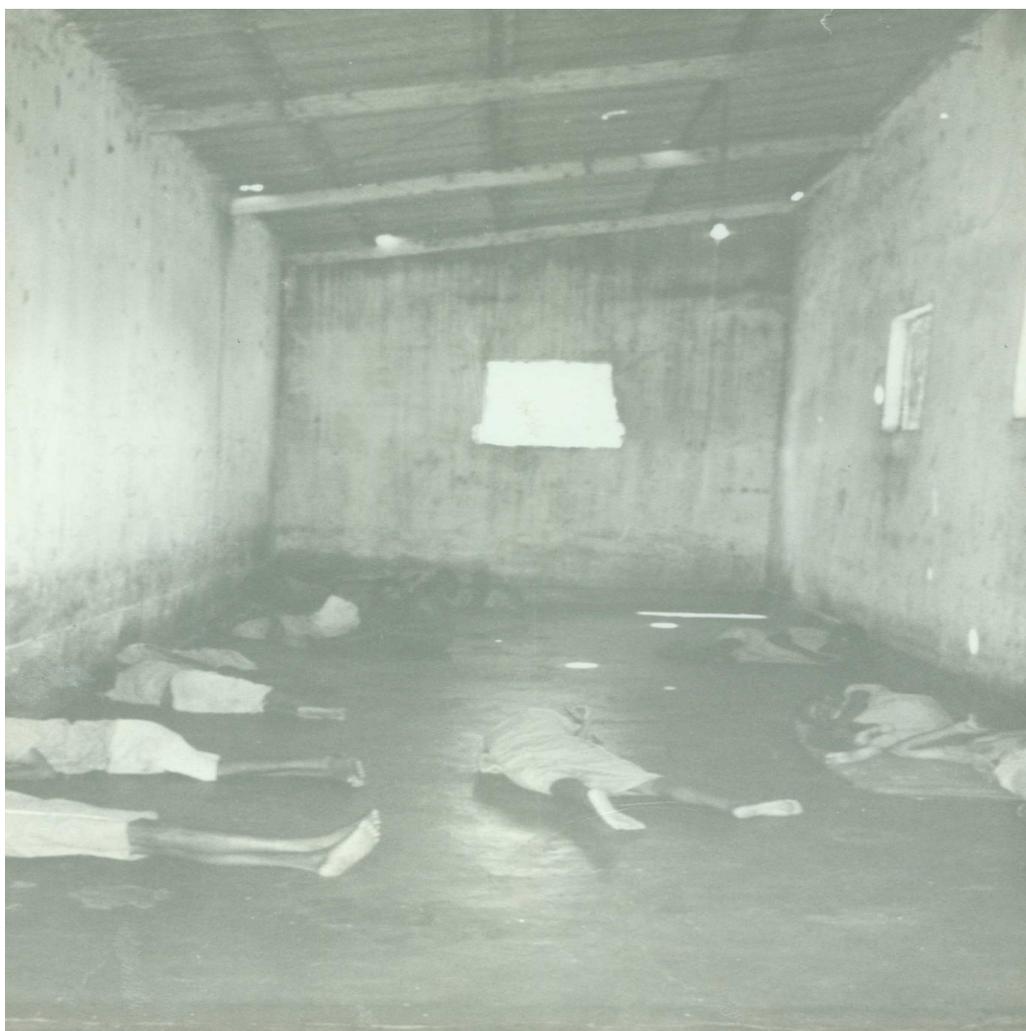


Foto 42 – Pacientes não assistidos por entidade previdenciária⁶⁶.

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1975b.

⁶⁶ Sem as condições mínimas de assistência, os pacientes dormiam no chão.

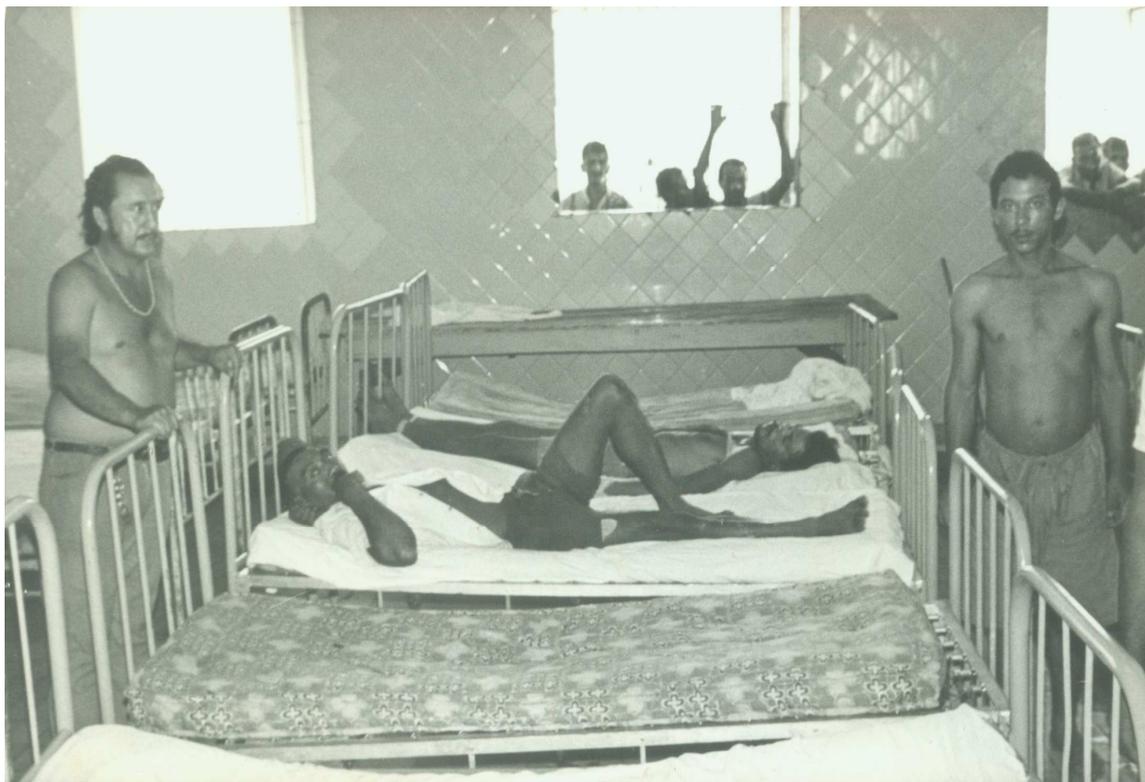


Foto 43 – Quarto de pacientes masculinos do Hospital Aduato Botelho⁶⁷
 Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO, 1975c.

Fragmento 7 – Do alcoolismo

Logo que chegava um alcoólatra, o médico já fazia o diagnóstico e trazia ao nosso conhecimento, através de reunião. Até mesmo à parte do protocolo do paciente era avisado: esse aqui é alcoólatra. O tratamento dele, em primeiro lugar, era desintoxicar. Depois, entrava com uma medicação chamada Necroetil. Era um pó absorvido em meio copo de água, para que o paciente viesse a ter enjoo da bebida. Depois de uma semana, fazia o necroteste com a presença do médico. O médico oferecia bebida alcoólica e o paciente aceitava e tinha reações terríveis. Ele mandava o paciente se olhar no espelho e ver sua situação em decorrência da ingestão da bebida. E então, dizia: “Isso significa que você não pode mais beber. Isso vai acabar com sua vida. Vai te levar até a morte!” (Colaborador 2, informação verbal).

No Hospital, tinha uma mesa grande, em que os alcoólatras eram chamados para beberem, duas, três, até quatro garrafas de pinga. Aí, o coitado vomitava, urinava, evacuava, a reação era violenta. Ah, mas não tinha como consertar. O hospital não recuperou ninguém do alcoolismo. (Colaborador 11, informação verbal).

Os internos que eram alcoolistas recebiam o Antabuze que provocava uma aversão ao álcool. No final do tratamento, passavam por um teste

⁶⁷ A imagem demonstra a falta de espaço mínimo estipulado pelas organizações hospitalares no que diz respeito à relação área/paciente, encontrando-se os leitos unidos uns aos outros.

violento: tomavam um drinque e tinham reações de vômitos, sudorese, obedecendo ao princípio condicionado, mas, depois, era fácil recaírem. (Colaborador 7, informação verbal).

Os alcoólatras saíam de alta hospitalar após o tratamento e voltavam no mesmo dia. Saíam e bebiam nos bares das redondezas e voltavam para a internação no hospital. (Colaborador 8, informação verbal).

Naquele tempo, eles não conheciam sobre o alcoolismo. Desconheciam a doença. Antes, não tínhamos nada. Era misturado doido com alcoólatras. Com a chegada de um médico-sanitarista na instituição, o alcoolismo foi sendo visualizado sob uma nova vertente. Falamos que era impossível ficar ali. Foi-nos concedida uma salinha com enfermeira e guarda, e pedimos uma reunião com a classe médica e com outros companheiros internados com problema do alcoolismo. Iniciamos o grupo de Alcoólicos Anônimos e foi um trabalho maravilhoso. O objetivo era ajudar outros indivíduos com o mesmo problema. Marcamos reuniões duas vezes por semana, com a participação dos doentes. Fizemos livro de presença dos participantes. Obtivemos um resultado imediato. Aqueles que aderiram ao grupo, em pouco tempo já se via, entre 20 participantes, 10 eram ex-internos do Adauto Botelho. Outros médicos vieram compor conosco e, daí em diante, a situação foi ficando mais fácil, com as enfermeiras e com a equipe. E todos aqueles que achavam que o alcoólatra era um sem vergonha, cretino, depois, foram mudando e entendendo o alcoolismo como uma doença. (Colaborador 11, informação verbal).

As psicopatologias que mais se acentuavam nas internações eram as psicoses, e o alcoolismo tinha uma incidência enorme. (Colaborador 15, informação verbal).

O problema mais comum era com o uso abusivo do álcool, mas só em homens. Já as mulheres que se internavam eram pelos problemas ocasionados pós-parto. (Colaborador 4, informação verbal).

O problema mais comum nas internações eram as psicoses, a esquizofrenia, os transtornos bipolares, a psicose maníaco-depressiva, os epiléticos e muitos alcoolistas. Só que, nessa época, ainda não existia a cocaína. (Colaborador 8, informação verbal).

No auge da Previdência Social, houve um verdadeiro paternalismo em relação à internação de muitos pacientes dependentes do álcool que iam internados para a desintoxicação. (Colaborador 7, informação verbal).

O problema mais comum encontrado na ala masculina do hospital era o alcoolismo. Eram comuns as idas e as recidivas dos pacientes. Passavam alguns dias fora e voltavam para a instituição. (Colaborador 11, informação verbal).

De forma generalizada, os pacientes alcoólatras constituíam-se em mais da metade da população masculina internada no hospital. Assim como era indicado aos doentes mentais, o eletrochoque também era aplicado aos indivíduos alcoólatras.

Entretanto, em uma perspectiva específica sobre os casos de alcoolismo, observa-se que também foram largamente utilizados alguns medicamentos, na tentativa de que os pacientes deixassem de ingerir bebidas alcoólicas.

Após a utilização do antabuse, oferecia-se bebida alcoólica ao paciente, o que provocava reações de náuseas, vômitos, suor intenso, visão distorcida e confusa. A perspectiva era que o remédio provocasse, no cérebro, uma ação após o uso do álcool, não apenas diminuindo a vontade de beber, como também, provocando uma reação para que o indivíduo deixasse de fazer uso da bebida alcoólica para sempre em face dos sintomas desencadeados após seu uso. Entretanto isso, de fato, não ocorria.

As terapias propostas para o tratamento dos pacientes no hospital tratavam somente da dimensão orgânica. Não havia, até então, um atendimento psicológico e de atenção ao interno. Talvez por isso, como revelam os colaboradores, as medidas que agrediam o corpo do internado de pouco valiam no tratamento, porque as idas e recidivas eram constantes. Ritual diabólico que fazia colocar as entranhas para fora, ficar moribundo e em estado de total torpor e inércia. Uma massa humana sem sentido e sem vontade largada até que se recuperasse lenta e dolorosamente daqueles testes violentos. Ineficiência essa relatada: bastava terem alta que já se embriagavam no primeiro bar que encontravam no caminho.

O grande avanço evidenciado nessa época refere-se à chegada do médico-sanitarista, que visualizou, de forma diferenciada, a doença do alcoolismo. Fundou-se, em 1973, os Alcoólatras Anônimos que, aos poucos, foi ganhando reconhecimento e adesão de médicos, de alcoolistas e de familiares. Essa medida, aos poucos, foi remodelando o imaginário social que via o alcoólatra como um sem-vergonha. Palestras e outras ações informativas fizeram com que o alcoolismo fosse identificado como doença. Esse grupo, iniciado no dia 19 de setembro de 1973, tornou-se mais uma célula entre as centenas que existem no mundo todo. A irmandade se interessava unicamente pela recuperação e manutenção da sobriedade dos alcoólicos que buscam ajuda no grupo. Os Alcoólatras Anônimos desenvolvem, hoje, um método para a recuperação do alcoolismo no qual os membros ajudam-se mutuamente compartilhando, entre si, uma enorme gama de experiências semelhantes em sofrimento e recuperação do alcoolismo.

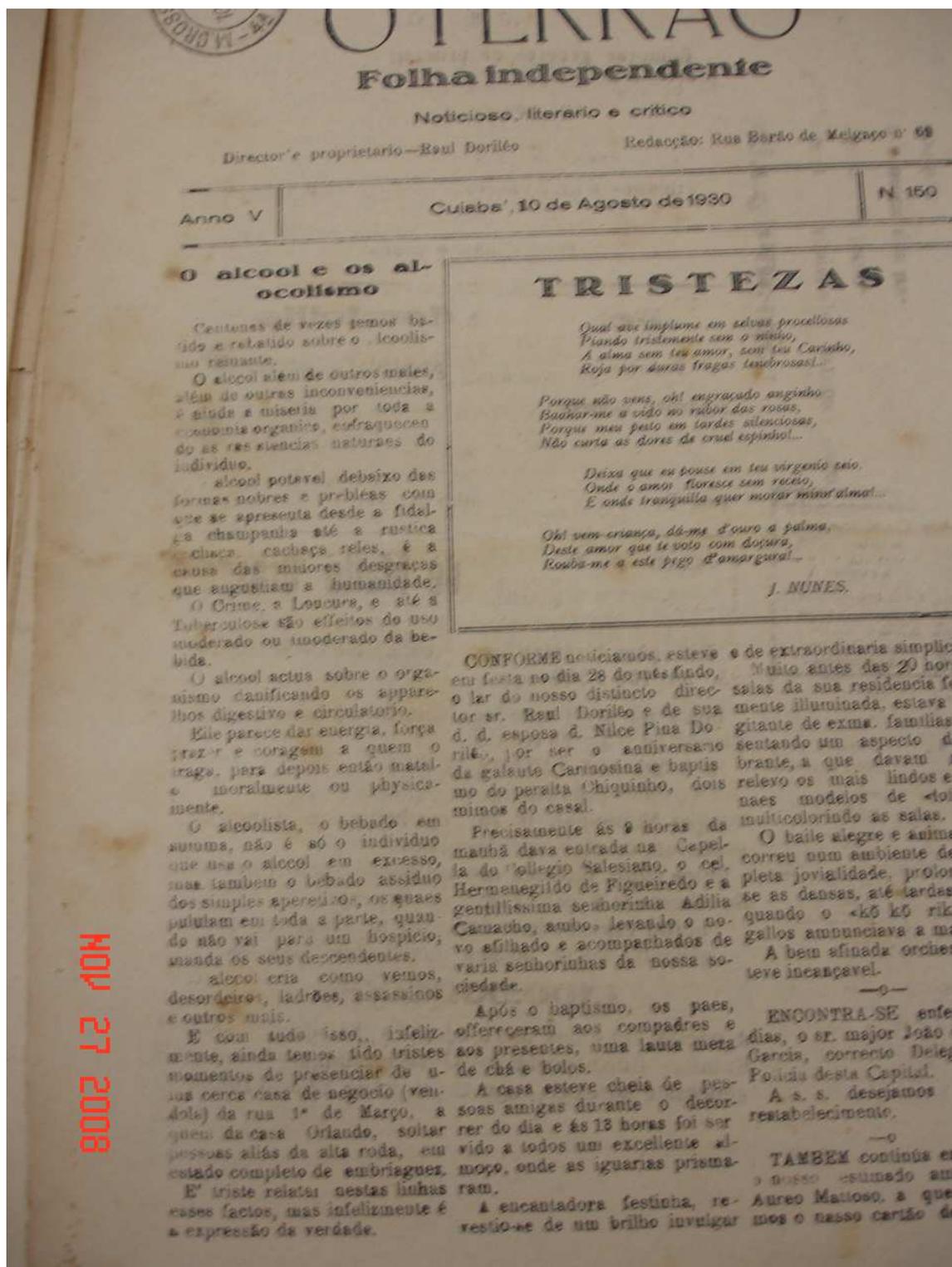


Foto 44 – Matéria sobre o álcool e o alcoolismo.
Fonte: O FERRÃO, 1930b.

Em relação a outras drogas, no final da década de 1950, Cuiabá vivenciava uma realidade diferente dos grandes centros no Brasil que já divulgavam notícias desse teor, conforme aponta a manchete nacional publicada em periódico da cidade:

Fumava maconha: foi trancafiado

Rio de Janeiro – No já famoso Baile da Balança houve numerosas prisões, salientando-se a do maconheiro Robertinho, que, além de ficar nas grades, foi autuado. Fumava maconha calmamente no salão quando a bagunça começou (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1958, p. 4).

Até o final da década de 1980, não se ouviam relatos a respeito do uso e abuso de substâncias psicoativas no Estado do Mato Grosso nem de internações de dependentes químicos no hospital psiquiátrico. No período estudado, em percentual elevado apareciam os indivíduos que faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas. Não se encontravam, nos registros de internações e no perfil da população asilar, indivíduos usuários de drogas, como a maconha, a cocaína e seus derivados.

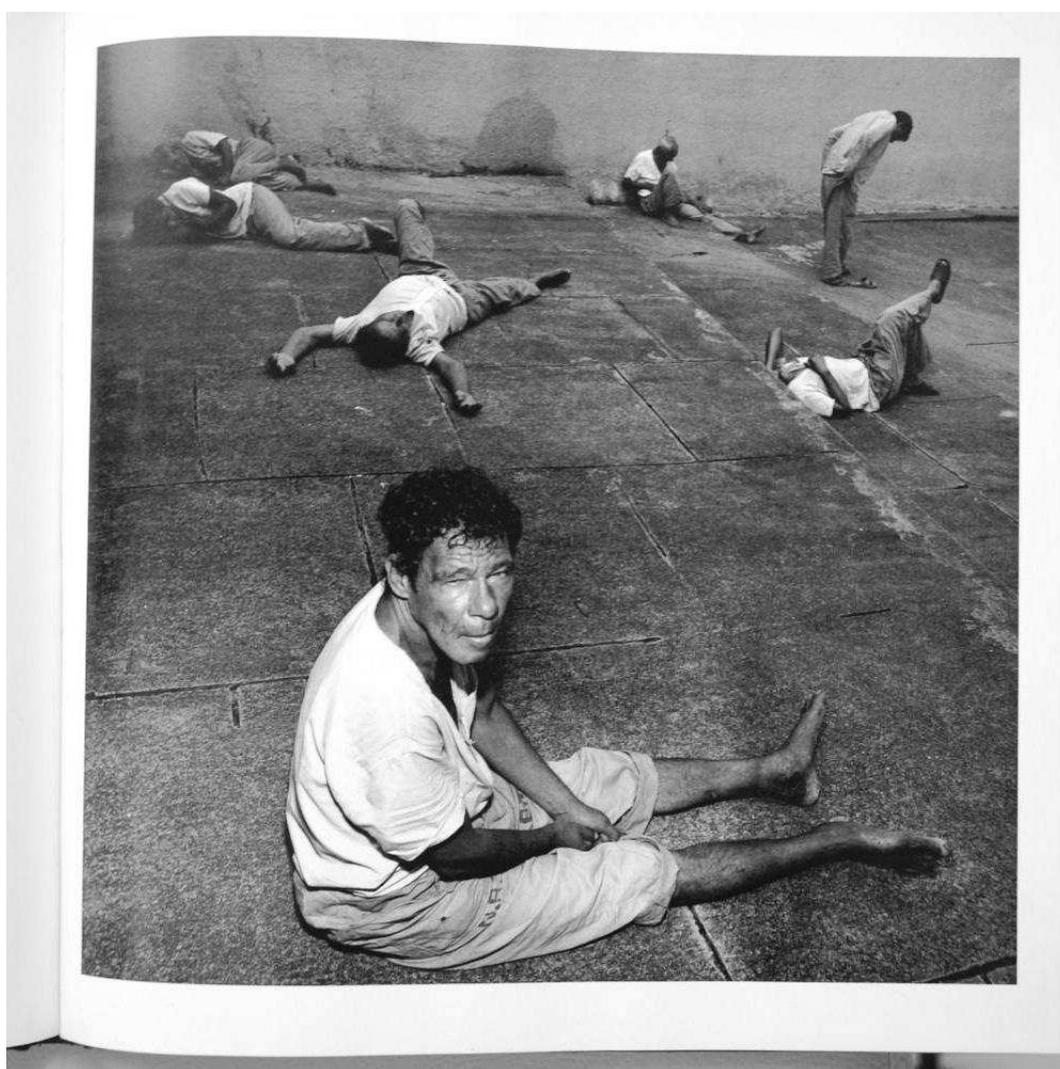


Foto 45 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁶⁸.

⁶⁸ Não há referências sobre a autoria, a origem, a instituição manicomial ou a provável data da foto.

Fragmento 8 – Da gestão institucional

Quando passou o período da construção e inauguração do novo hospital, veio o período político, e o Dr. Manoel Vargas saiu da direção do hospital. Infelizmente, perdeu o cargo. (Colaborador 1, informação verbal).

O Dr. Manoel Vargas não gostava de política. Uma perseguição política o levou. O Doutor Vargas fez aquela falta toda, mas a próxima administração que o sucedeu teve mais sorte, porque um médico-clínico foi nomeado para trabalhar junto com o novo psiquiatra. (Colaborador 2, informação verbal).

Eu cuidava da ala feminina e, no meu plantão, eu descia com uma turma de mulheres para tomar banho no rio. Eram mais ou menos de 30 a 40 pacientes. Aquelas que estavam em melhores condições de saúde ajudavam as outras. (Colaborador 3, informação verbal).

Na chácara velha, ficaram os doentes com problemas de lepra. No prédio novo, existiam de 4 a 6 solitárias para abrigar os doentes mentais mais perigosos. (Colaborador 10, informação verbal).

Quando o hospital novo foi inaugurado, ficaram na chácara umas 20 pessoas. Mandaram os tuberculosos para o Hospital Júlio Muller, e os outros pacientes permaneceram porque tinham doenças contagiosas. Ficamos aguardando serem enviadas do Rio de Janeiro as vacinas para alguns doentes. Fiquei algum tempo sem entrar dentro de casa e conviver com a minha família, porque eu tinha tido contato com os doentes. Fiquei morando na construção antiga na chácara por um período de mais uns 8 anos. (Colaborador 1, informação verbal).

Eu ajudei na mudança da chácara para o novo hospital, mas não tivemos caminhão para o transporte, não precisava. Formou-se uma fila de doentes para ajudar na mudança. A distância era perto, de uns 300 metros. (Colaborador 2, informação verbal).

Tive a oportunidade de ser aluno de psiquiatria de Nise da Silveira⁶⁹, mas eu não sou psiquiatra e não imaginara que prestaria serviços no Hospital de Alienados. A princípio, foi difícil até contar para o meu pai que eu havia sido nomeado para aquele cargo. Havia muito preconceito e desmerecimento ao profissional que fosse atuar junto aos loucos. Como recebi carta branca do governador para dar o melhor

⁶⁹ Nise da Silveira foi uma renomada médica psiquiatra formada na Faculdade de Medicina da Bahia, a única mulher na turma de 157 homens. Dedicou a sua vida à psiquiatria e manifestou-se radicalmente contrária às práticas agressivas no tratamento da loucura em sua época, tais como, o confinamento em hospitais psiquiátricos, o eletrochoque, a insulino-terapia e a lobotomia. Por sua discordância com esses métodos, foi transferida para os trabalhos com terapia ocupacional, atividade desprezada pelos médicos. Em 1946, ela fundou a sessão de terapêutica ocupacional no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. No lugar das tradicionais atividades de limpeza e de manutenção que os pacientes faziam no hospital, sob o título de terapia ocupacional, ela criou ateliês de pintura e modelagem com a intenção de possibilitar aos doentes mentais reatar seus vínculos com a realidade por meio da expressão simbólica e da criatividade. Em 1952, a médica psiquiatra e também professora, fundou o Museu de Imagem do Inconsciente, abrindo novas possibilidades para a compreensão mais profunda do universo interior do esquizofrênico.

encaminhamento ao espaço, convidei um arquiteto para buscarmos as reformas necessárias. Percebemos que o hospital não tinha arquitetura, somente adaptações, mas a primeira atitude foi cuidar da limpeza. Tudo era muito sujo, e havia muitos mosquitos. Adquirimos cama, colchão, roupa de cama, ventilador de teto. Não tinha nem piso. Mandeí chamar um cabeleireiro e manicura, para fazer um atendimento nos pacientes. Também adquirimos roupas para todos eles. Quanto ao quadro de funcionários, contratamos quinze auxiliares de enfermagem. Contratamos também a Dona Ana, uma cozinheira muito famosa na cidade que, com um pouco de insistência, se dispôs a trabalhar no hospital. Depois das modificações realizadas, de vez em quando até o governador almoçava na instituição, porque era uma boa alimentação. Nós demos dignidade e humanizamos o tratamento. Oferecemos o melhor para aqueles que eram rejeitados pela sociedade. De psiquiatria eu não entendia nada. Sempre fui e sou médico, sempre tive a vocação para entender de gente, de dignidade. Eles achavam que isto era entender de psiquiatria. (Colaborador 8, informação verbal).

Quando alguma paciente se internava grávida e dava à luz no hospital, a administração entregava o bebê para a família ou colocava à disposição para adoção. Esse fato ocorreu por duas vezes com uma paciente crônica muito conhecida na cidade por morar nas praças. Atualmente, ela é moradora de uma residência terapêutica. (Colaborador 12, informação verbal).

Como único hospital do imenso Estado de Mato Grosso, chegamos a ter uma média de 200, até 600 pessoas internadas com transtorno mental, menores abandonados, idosos, pobres, indigentes e alguns pacientes criminosos, cumprindo Mandado de Segurança. O hospital não podia recusar atendimento e não tinha rigor burocrático. Quando cheguei, em 1966, parecia um lugar mal-assombrado e perigoso. O Hospital de Alienados era o esgoto social. O Juiz da Vara da Infância mandava levar, para o hospital, crianças que viviam nas ruas e, vez por outra, havia 9, 10 crianças mandadas por ele. Eu mandava soltar. Um dia, eu encontrei com o juiz em uma rua da cidade e ele me disse: “vou mandar te prender por descumprir ordem judicial.” (Colaborador 8, informação verbal).

Toda a parte estrutural do hospital foi construída em dois anos, e a diretoria ficava em cima da caixa d'água, que também foi construída nesse período. Acabamos com as celas fortes que existiam com sanitário no nível do piso. Mandamos arrebentar as correntes de ferro que faziam a contenção dos pacientes. Quanto aos funcionários, estes estavam debilitados e resolvemos ajudá-los. Depois, eles se tornaram grandes companheiros de trabalho. Mandamos construir apartamentos que seriam para os conveniados e, através desse valor recebido pelos convênios, seriam divididos 30% para o rateio entre os servidores do hospital. (Colaborador 8, informação verbal).

Muitos médicos foram os nossos colaboradores no novo processo de gestão dos serviços de saúde mental. E um dos melhores médicos sanitaristas de Mato Grosso continuou no processo de implementação e ampliação da capacitação de médicos-generalistas para o atendimento em saúde mental. (Colaborador 14, informação verbal).

Havia uma hegemonia fortíssima. O médico era quem mandava no paciente. O nosso grande enfoque era o trabalho com as famílias dos pacientes, mas eram raras as participações efetivas nas reuniões. Em relação ao grande número de internos idosos, foi realizada uma parceria com os juízes de direito e promotores de justiça, que nos ajudaram, no processo da realização do registro civil de alguns pacientes e no processo de aposentadoria de vários idosos. Através dos benefícios dessas aposentadorias, os idosos que viviam no hospital tiveram um pouco mais de conforto. Conseguimos fazer uma copa para eles. Compramos instrumentos de cozinha, liquidificador, para que tivessem uma alimentação diferenciada. Compramos pijamas, cadeiras de descanso. Com os recursos a mais, destinados a eles, eles puderam ter mais dignidade, ter um espaço mais privativo, já que não saíam mais do hospital. (Colaborador 13, informação verbal).

A melhoria alcançada no hospital foi 90%, em todo o ponto de vista. Foi aumentando os funcionários, a higiene do hospital, o tratamento para os pacientes. Foram adquiridos uniformes para todos os internados. No refeitório, cada qual sentado nos seus devidos lugares, com sua bandeja na mão. Melhorou tudo! (Colaborador 2, informação verbal).

Aos poucos, começaram a diminuir a quantidade de doentes que vinham de outras localidades para serem internados no Hospital Aauto Botelho. (Colaborador 15, informação verbal).

Depois da divisão do estado, Mato Grosso foi dividido em 5 pólos de saúde: Cuiabá, Diamantino, Rondonópolis, Barra do Garças e Cáceres. Eles treinavam médicos generalistas para desenvolverem o programa de saúde mental e, sistematicamente, iam capacitando outros. (Colaborador 15, informação verbal).

No hospital, nós tínhamos máquina de lavar industrial, rouparia e oficinas de trabalho de corte e costura, carpintaria, mecânica de automóveis da parte elétrica. Aos poucos, conforme as próprias solicitações dos pacientes, foram sendo inseridas algumas atividades que funcionavam como terapias de trabalho. (Colaborador 9, informação verbal).

Além de atuar com médico e diretor do Hospital Aauto Botelho, tornei-me professor de Psiquiatria Forense na Faculdade de Direito de Cuiabá, que foi criada em 1952, e passamos a ministrar algumas aulas na sala de lazer dos pacientes do Hospital Aauto Botelho. (Colaborador 8, informação verbal).

Foi realizada uma modernização no hospital. Quanto aos pacientes, existia um número muito elevado de alcoólatras, e a esquizofrenia era bárbara e eram doentes perigosos. Eu mesmo fui agredido por duas ou três vezes. Eu contratei um professor de defesa pessoal para treinar os guardas-sanitários para aprenderem a imobilizar o paciente sem machucá-lo e para não serem agredidos. Geralmente, aconteciam desentendimentos. Alguns pacientes se rebelavam, mas respeitavam muito os guardas-sanitários. (Colaborador 10, informação verbal).

Neste item, as informações não respeitam as datações, o que é compreensível por serem fruto de memórias que vão sendo reativadas à medida que o discurso sobre o momento histórico em evidência é proferido. Assim, a título de conferir sentido aos fragmentos discursivos, cabe lembrar algumas datas que foram marco no processo de institucionalização da assistência à loucura.

No período de **1931 a 1941**, a Chácara dos Loucos ficou aos cuidados da Força Pública do Estado de Mato Grosso, isto é, sob o comando da polícia. Entre **1942 e 1957**, a chácara contou com a valiosa colaboração do Dr. Manoel Vargas, mas sem apoio institucional que sanasse as tão veementes queixas que, inúmeras vezes, esse médico encaminhou aos órgãos públicos estaduais e federais. Em 1957, ainda nas terras cedidas para a instalação da Chácara dos Loucos foi construído o Hospital de Alienados do Coxipó. Esta data corresponde ao terceiro marco temporal, que vai até 1966. Entretanto, pouco significou essa edificação porque, desde a saída do Dr. Manoel Vargas, várias gestões sobrevieram, mas sem apresentarem resultados ou propostas viáveis para a situação de acúmulo da demanda e da inexpressiva mão de obra especializada e de técnicos, bem como de recursos financeiros para gerir o referido hospital. No ano de 1966, assumiu o Governo do Estado de Mato Grosso o sr. Pedro Pedrossian que, ao tomar as rédeas da administração estatal, sofreu um embate. Em forma de denúncia, a imprensa nacional noticiou e censurou as condições de insalubridade em que a instituição manicomial se encontrava. O governador foi cobrado, por parte das autoridades e da sociedade, no sentido de tomar providências enérgicas em relação à administração do Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte.

A superlotação, as más condições de funcionamento, a estagnação na estruturação dos serviços, os maus-tratos aos internos, a falta de higiene eram apontados como os desencadeadores da situação caótica vivenciada no manicômio. Quanto aos pacientes crônicos e alguns portadores de doenças infecciosas, o hospital funcionava ainda como um setor de atendimento no espaço da antiga Chácara dos Loucos às margens do rio Coxipó.

Ao visitar as dependências do hospital, o Governador Pedrossian ficou horrorizado frente àquela realidade. Ele resolveu convidar, para ser o diretor do hospital, um jovem médico cuiabano recém-chegado do Rio de Janeiro e formado na Faculdade de Medicina da Praia Vermelha. Esse médico, que se declarava não ser psiquiatra, assumiu o cargo mesmo sabendo que, no âmbito da categoria médica, sua atividade seria desvalorizada pelos colegas. Seu depoimento revela a sujeira, a falta de piso, a falta de

higiene em que se encontrava o hospital. Sua postura foi a de procurar modernizá-lo, oferecendo mais dignidade aos internos e humanizando o tratamento. Assim, reformulou a cozinha e o refeitório; comprou equipamentos gerais que auxiliariam na limpeza e na elaboração de alimentos, como máquina de lavar roupas e geladeira, entre outros, além de prover os internos de espaço de lazer com cinema, bilhar, quadras esportivas. Assim, a nova reforma foi realizada com ampliação do prédio do hospital e visava oferecer condições condignas e de respeito à população asilada. O intuito era aproximar a comunidade do manicômio, diminuindo as barreiras impostas e estabelecidas pelo estigma no trato com a loucura. Estabelecer espaços de lazer no hospital, oferecendo aos internos a perspectiva de um atendimento mais humanizado, poderia minimizar suas agruras. As mudanças na instituição tornaram-se públicas e notórias.



Foto 46 – Obras da parte externa da instituição Adauto Botelho⁷⁰.

Apesar de todas essas melhorias, que mais impressionava ainda era a total ausência de rigor burocrático, tanto na admissão de pacientes e no tratamento, quanto no processo de alta. Inexistiam normas regulatórias de funcionamento da instituição. Sem

⁷⁰ Não há uma data precisa dessa imagem e nem a identificação do fotógrafo. Estima-se que essa foto retrate um período entre os anos de 1967 a 1970.

uma noção clara, mesmo com a existência de mapas já instaurados dos efetivos, dos internos, dos medicamentos e dos procedimentos, era impossível a gerência do hospital. Assim, providenciou-se ampliar os efetivos de apoio às atividades cotidianas e operacionais da instituição.

Além dessa iniciativa destaca-se, por declaração informal de um narrador, que esse jovem médico também procurou dotar de dignidade as condições de trabalho da equipe que o auxiliava. O Governo de Pedrossian, iniciado em 1966, representou um período de melhoria significativa para o hospital, tempo áureo que continuou mesmo após saída do médico da Praia Vermelha, dois anos mais tarde. O ano de 1979 foi o último marco temporal, considerado o início de novos tempos para a assistência psiquiátrica.



Foto 47 – Pátio externo e jardim da instituição e alguns funcionários⁷¹.

⁷¹ Não há uma data precisa dessa imagem e nem a identificação do fotógrafo. Estima-se que essa foto retrate um período entre os anos de 1967 a 1970. Imagem cedida por antigo funcionário da instituição manicomial.



Foto 48 – Carro que servia no atendimento aos pacientes da instituição⁷².



Foto 49 – Sala de coordenação e contabilidade do Hospital Adauto Botelho⁷³.



Foto 50 – Aula de defesa pessoal para os técnicos da instituição manicomial⁷⁴.



Foto 51 – Sala de lazer com cinema e mesa de jogos⁷⁵.

4.4 Transformações movidas pelas estruturas dinâmicas do tempo

Após um período de 10 anos em que foi firmado o acordo entre o Governo do Estado de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais, as obras do novo hospital foram inauguradas e os pacientes puderam ser transferidos para seu 1º. pavilhão. Muitas benfeitorias foram conquistadas, como a água encanada, a energia elétrica, os cômodos e as acomodações com espaços mais amplos e apropriados para atender à demanda institucionalizada.

O Governo do Estado declarava que o Departamento de Saúde havia ampliado, em 1957, os serviços de assistência médica rural, estendendo-a a municípios como Rondonópolis, Miranda e Campo Grande. A chegada da assistência à população do campo e a abertura das vias de comunicação do interior do estado para a capital

⁷² Não há uma data precisa dessa imagem e nem a identificação do fotógrafo. Estima-se que essa foto retrate um período entre os anos de 1967 a 1970. Imagens de autor desconhecido e que foram cedidas por antigos funcionários da instituição manicomial.

⁷³ Idem.

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ Idem.

permitiram a chegada de inúmeros doentes portadores de pênfigo foliáceo, que vieram buscar a hospitalização. Contudo, por faltarem recursos e acomodações, a Santa Casa de Misericórdia não poderia recebê-los até que fossem enviados para hospitais especializados. Assim, o perambular desses doentes pelas ruas da capital ainda demonstrava um quadro triste e deprimente. Era necessária, portanto, a adaptação de um prédio para isolá-los do convívio social até serem enviados a hospitais especializados⁷⁶. Nesse momento, mais uma vez, o Hospital Aauto Botelho serviu para abrigar essas pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas que nenhuma relação tinham com doença mental.

Durante os relatos, um dos entrevistados revelou que, ao remexer nas gavetas de uma das escrivatinhas no hospital, encontrou a planta de uma edificação correspondente ao hospital que fora inaugurado em 1957. No documento achado, constava que, após a inauguração do novo hospital, alterar-se-ia seu nome para Hospital Aauto Botelho, em homenagem ao coordenador do Departamento de Saúde Mental daquele período. Assim sendo, esse entrevistado procurou o Deputado Júlio de Castro Pinto pedindo a sua colaboração na criação de um Projeto de Lei que alterasse o nome da instituição. Em 13 de julho de 1967, a Lei de nº 2.755 foi sancionada, alterando a denominação do Hospital Colônia de Alienados do Coxipó da Ponte para Hospital Aauto Botelho⁷⁷. Foi necessário que se transcorrerem dez anos para a adequação do nome do hospital.

Conforme as análises elucidadas por Rezende (1987, p. 56), coube, à psiquiatria, simplesmente recolher e excluir as “sobras humanas” que cada organização social de cada momento histórico tinha produzido; foram homens livres num determinado período e os imigrantes estrangeiros num outro. Em Cuiabá, de acordo com esse enfoque da assistência psiquiátrica e da realidade local, apontavam-se como os “sobrantes” da sociedade outras categorias de indivíduos, como os alijados do processo de produção social e os excluídos socialmente. Em todas as entrevistas efetuadas, foi confirmado o fato de que muito raramente se internavam crianças no hospital. Quanto à necessidade apresentada de um espaço específico para atendimento aos doentes mentais criminosos, o problema ainda percorreu mais algumas décadas e só foi concluído no ano de 2003, com

⁷⁶ Cf. Mensagem de Governo de João Ponce de Arruda, do ano de 1957, p.83 (Arquivo Público de Mato Grosso).

⁷⁷ Cf. Leis e Decretos do Estado de Mato Grosso, 1967, arquivados no Arquivo Público do Estado de Mato Grosso.

a criação da Unidade III do Hospital Adauto Botelho, localizado no presídio Pascoal Ramos.

O hospital continuava a funcionar no sistema asilar carcerário, abarcando grupos sociais heterogêneos que tinham de se moldar ao ambiente institucional independentemente de suas necessidades e prerrogativas individuais. Vivenciando dias pontuados pela realidade cotidiana asilar e objetivados pelas práticas institucionais, os doentes mentais iam perdendo os elementos constitutivos das suas identidades.

O Governador Dr. João Ponce de Arruda, após mandar realizar uma análise cautelosa das causas do baixo rendimento dos serviços de Saúde Pública do Estado, e por meio da Lei nº 880 de 22/10/1956, deliberou a reorganização os serviços de saúde. A reestruturação se deu desde a diretoria até os distritos sanitários, postos e ambulatórios de atendimento. Os distritos sanitários de todo o estado foram sediados na capital e em cidades como Poconé, Cáceres, Rosário Oeste, Rondonópolis, Guiratinga, Alto Araguaia, Corumbá, Aquidauana, Campo Grande, Três Lagoas, Bela Vista, Pontaporã, Dourados e Paranaíba⁷⁸.

Entre as maiores dificuldades que se apresentavam na perspectiva de melhoramentos nos serviços de saúde pública, listavam a falta de recursos humanos devidamente preparados para o exercício das funções e também a falta da realização de cursos para a formação de auxiliares no processo. A Escola de Auxiliares de Enfermagem continuava a preparar as jovens para essa função. No ano de 1956, houve uma frequência de 39 alunas matriculadas.

Os diagnósticos que mais se repetiram entre os pacientes masculinos foram de esquizofrenia, oligofrenia, psicose infecciosa, psicose evolutiva, psicose heterotóxicas, psicose alcóolica, epilepsia. Entre as mulheres internadas, as patologias que mais se destacaram foram esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, psicose puerperal, psicose da decadência, psicose senil, lues nervosa. Quanto ao número de entradas no hospital, entre as idas e recidivas dos pacientes, aparecem, nos registros, casos de indivíduos que por até seis vezes voltavam ao manicômio. O fato constatava a difícil realidade e ineficácia do tratamento asilar na proposta de cura da doença mental.

Para Cunha as classificações nosográficas por meio de diagnósticos psiquiátricos de alguma forma “organizam” a loucura no interior do hospício:

⁷⁸ Cf. Mensagem de Governo apresentada pelo Governador do Estado Dr. João Ponce de Arruda no ano de 1957, p.87- 88 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso)

No uso cotidiano do hospício, estes registros nosográficos, que espelham, na construção do diagnóstico, diferentes concepções sobre a natureza e a origem da doença, longe de se excluírem mutuamente pelas incompatibilidades teóricas que pressupõem, são muitas vezes superpostos na composição do caso psiquiátrico. A presença do delírio corrobora a internação do anti-social; a “afecção”, geralmente presumida, justifica a atribuição da loucura ao comportamento desviante e reforça a exclusiva competência médica face ao indivíduo diferente (CUNHA, 1986, p. 111).

Entre os diagnósticos das patologias mentais e a terapêutica baseada no trabalho desenvolvido no espaço institucional, afiguravam-se, na história desses pacientes, mais um agravante de sérias consequências para as suas vidas: a realidade de estar inserido em um hospício. Nesse local, imantado pelas percepções do manicômio, os doentes passariam, nas palavras de Cunha (1986) quase sempre em caráter definitivo para o outro lado do espelho.

Em relação ao ano de 1959, não obstante o estado haver colocado em dia o pagamento de suas cotas nos convênios referentes ao prosseguimento da construção do Hospital dos Alienados do Coxipó da Ponte, as obras continuavam paralisadas e os recursos em posse do Ministério da Saúde. A manutenção da colônia também se achava a cargo do estado, em virtude do atraso no pagamento das verbas federais.

Quanto às produções agrícolas na instituição nesse período, a horta e a roça produziram satisfatoriamente, concorrendo para a manutenção do estabelecimento que, com uma dotação CR\$ 1.492.000,00, conseguiu a taxa de CR\$ 33,56 por despesa com doente por dia⁷⁹. A alimentação que se produzia na instituição por suas próprias atividades agrícolas e pela criação de aves e de porcos, garantia, a contento, o sustento dos asilados e dos funcionários. Nos documentos oficiais do governo estadual, foram encontrados, da década de 1930 até 1960, vários comprovantes de pagamentos destinados a Vicente Latorraca, comerciante estabelecido em Cuiabá no ramo de panificação. A princípio, eram fornecidos macarrão e pães à Cadeia Pública e ao hospital. Com o passar dos anos e com a desagregação das contas gastas com a Segurança Pública e com a Secretaria de Saúde, listavam-se apenas pães e biscoitos como mercadorias fornecidas ao Hospital Colônia de Alienados do Coxipó da Ponte⁸⁰.

⁷⁹ Cf. Mensagem do Governo de João Ponce de Arruda do ano de 1960, p. 89 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

⁸⁰ Cf. os documentos: recibo do encarregado Antonio Lisboa Santos em 1/11/1933, caixa do ano de 1933; ofício ao Interventor Federal Dr. Júlio Muller em 12/6/1934, caixa do ano de 1934; ofício da Secretaria do Interior, Justiça e Finanças em 26/8/1959, caixa do ano de 1959, antiga lata (todos no Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

No ano de 1960, ingressaram no Hospital Colônia de Alienados do Coxipó da Ponte, 101 novos pacientes que, somados aos 308 asilados, agruparam 409 internos. No Ambulatório de Higiene mental, foram realizadas 300 consultas, das quais 140 para adultos e 160 para crianças⁸¹. Pelo histórico do movimento estatístico do Hospital dos Alienados do Coxipó da Ponte, foi possível perceber que o número dos pacientes aumentava progressivamente, além da permanência de um número elevado de pacientes crônicos ou sem referências familiares que permaneciam na instituição. Como os pacientes não tinham mais para onde voltar e nem condições de retomarem suas vidas, permaneciam asilados até o final de suas vidas no hospital.

Em periódico local, foi retratado mais um problema que despontava na capital do Estado de Mato Grosso: a necessidade da criação de um serviço de assistência aos menores. O poder público precisava adotar cuidados especiais e medidas urgentes quanto à problemática em tela:

É um absurdo admitir-se o que acontece nesta Capital, onde a maioria das vezes, os menores delinquentes são trancafiados no xadrez, em promiscuidade com os criminosos comuns. Com uma escola de tal natureza, que poderá esperar desse jovem? É claro que está fazendo um curso completo de malandragem, incentivado para a chefia de uma quadrilha. Assim prolifera a delinquência (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1959, p. 4).

Em 1961, o Governo de Mato Grosso anunciava que havia assinado um convênio com o Serviço Nacional de Doenças Mentais e que a Secretaria de Educação e Saúde do Estado havia incluído um Dispensário para a cidade de Dourados, a fim de fazer o tratamento de todos os doentes mentais da área compreendida pela unidade de saúde do município (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1962).

Por ser o Hospital Colônia dos Alienados do Coxipó a única referência em todo o estado no atendimento à doença mental, havia uma necessidade de não se assoberbar com essa demanda de portadores dessa problemática, buscando-se, de uma forma inicial, montar estruturas de atendimentos ambulatoriais nos municípios. Porém, diante da grande extensão territorial do Estado de Mato Grosso, havia uma completa insuficiência de auxiliares de enfermagem, de enfermeiros, de médicos-clínicos e de médicos-psiquiatras em todo o estado.

⁸¹ Cf. Mensagem de Governo Fernando Corrêa da Costa no ano de 1962, p. 79 (Arquivo Público de Mato Grosso).

Para o desenvolvimento do Programa Integrado de Saúde da cidade de Dourados, o governo do estado conseguiu enviar dois médicos do quadro funcionalista para frequentarem escolas categorizadas de saúde pública, uma em São Paulo e a outra no Chile, além de capacitarem 25 técnicos em saúde pública para a prestação de serviços na coletividade⁸².

Os problemas apresentados no quadro da saúde pública no Estado do Mato Grosso afetavam diretamente as condições de atendimento no Hospital Colônia dos Alienados do Coxipó. A superlotação existente na instituição e os poucos recursos humanos desencadeavam dificuldades para a assistência, o tratamento, a recuperação e a alta hospitalar dos asilados. Os fatos evidenciavam que a instituição cumpria apenas o papel de os excluir socialmente.

Agravando o quadro referenciado, os vários estados vizinhos a Mato Grosso também enviavam seus doentes mentais para serem atendidos no Hospital de Alienados do Coxipó. Nessa perspectiva, e, por ser a única unidade especializada existente no estado e a referência no trato com a loucura, persistia a política de não impedimento de ingresso de novos portadores da problemática no hospital.

Em outros países, sobretudo a partir dos anos de 1950 e 1960, iniciaram as críticas e os questionamentos a respeito do manicômio. Questionavam-se os poderes estabelecidos, o ambiente de exclusão e de sujeição dos sujeitos internados, contribuindo para a negação e a desqualificação do indivíduo social, culminando na ocorrência, definida por Basaglia (1985), como a “morte civil” dos internados nos manicômios. Nesse sentido, alguns movimentos reformistas começaram a ser desenvolvidos em vários países na assistência psiquiátrica como: a Psicoterapia Institucional; as Comunidades Terapêuticas e o Movimento Antipsiquiatria, na Inglaterra; a Saúde Mental Comunitária, nos Estados Unidos; a Psiquiatria de Setor, da França; e a Psiquiatria Democrática, na Itália.

Apesar dessas novas tendências despontando mundialmente, persistia o velho modelo manicomial no Brasil. A assistência psiquiátrica brasileira denotava a falta de conhecimento do processo e as dificuldades de buscarem adaptação e interação para a transformação do ambiente asilar. No Estado de Mato Grosso, ao encerrarem-se as atividades referentes ao ano de 1962, o Governador e médico Dr. Fernando Corrêa da Costa, o qual tinha como maiores preocupações o transporte e a energia elétrica no

⁸² Cf. Mensagem do Governo de João Ponce de Arruda do ano de 1960, p. 89 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

estado enviou, à assembléia, um estudo com as devidas ponderações acerca da saúde pública em Mato Grosso. Em sua explanação, ele concluiu que era em decorrência da falta de recursos financeiros que o serviço público de saúde apresentava problemas, como a deficiência quantitativa de pessoal – entre esses, médicos, dentistas, laboratorista, visitadoras e auxiliares de saneamento –; arcaísmo estrutural que não permitia a descentralização dos serviços; condenáveis instalações, atestando contra as próprias regras de higiene; pobreza de equipamento e de material de consumo. Com todas as deficiências apontadas, era preciso haver um urgente desenvolvimento de ações de promoção e proteção de saúde: melhoramento e reforço nas ações de recuperação de saúde; organização dos serviços gerais de estatísticas vital e hospitalar; enfermagens; serviços sociais; educação sanitária; formação e adestramento de pessoal; laboratórios de diagnóstico; e organização de um serviço integrado de saúde, único, conforme já previsto na Constituição do Estado⁸³.

Quanto ao atendimento psiquiátrico no Hospital de Alienados, o governador expunha que, por força do convênio assinado com o Serviço Nacional de Doenças Mentais, já deveriam ter sido instalados 5 ambulatórios nas cidades de Corumbá, Campo grande, Três Lagoas, Dourados e Rondonópolis para as doenças mentais. Porém, os planos de economia haviam deixado as propostas de lado. Havia, ainda, um saldo a receber de Cr\$ 10.000.000,00 para o prosseguimento das obras do Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte. O governador informou também que o hospital, com uma média de 130 pacientes fora, até então, mantido, quase que exclusivamente, pelo estado, com exceção feita à verba de CR\$1.000.000,00 recebida do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Revelou, ainda, que o hospital apresentara, em 1962, a aplicação de 3.079 eletrochoques; 179 aplicações de cardiazol e 1.618 aplicações de insulina, confirmando as mesmas práticas de tratamento de antes. Quanto à praxiterapia, esta continuava a dispor de um grande pomar bem-cuidado e com aviário, suinocultura e outras atividades que contribuía na sua manutenção⁸⁴.

Em 1964, no 4º ano do mandato do Governador Fernando Corrêa da Costa, não persistiram as obras da construção do Hospital de Alienados. Foram priorizadas as obras do Hospital de Dourados, do Sanatório de Tuberculose e do Hospital Geral de Cuiabá. No livro de registros do Hospital de Alienados, deram entrada, no ano de 1963, 252

⁸³ Cf. Mensagem do Governo Fernando Corrêa da Costa do ano de 1963, p. 167-9 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

⁸⁴ Cf. Mensagem do Governo Fernando Corrêa da Costa do ano de 1963, p. 178 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

homens e 284 mulheres, totalizando 536 pacientes. Entre estes, tiveram alta hospitalar, 72 homens e 54 mulheres, totalizando 126. O diagnóstico mais frequente, nesse período, era a esquizofrenia. Foram a óbito 7 homens e 5 mulheres⁸⁵.

No mesmo ano, foram instalados 21 novos distritos sanitários em cidades do Estado de Mato Grosso, mas, em virtude da grande extensão territorial do estado, esse número foi insuficiente para atender a demanda populacional. Ainda havia muito a ser feito e a ser desenvolvido pela saúde pública no estado.

Além desses serviços, o Governador Fernando Corrêa da Costa inaugurou a Fundação de Saúde de Mato Grosso, no mês de novembro de 1964. Com uma solenidade realizada na Secretaria de Educação, Cultura e Saúde, a instalação se deu oficialmente após alguns meses de funcionamento do órgão. A obra foi apontada como uma das mais importantes desse governo (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1964a).

No ano de 1964, teve lugar o II Congresso Mato-Grossense de Educação e Saúde, com a presença do chefe da Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil. Durante a sua permanência em Cuiabá, o representante da OMS visitou a Fundação de Saúde do Estado, que contava com a colaboração desse organismo internacional (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1964b).

A Fundação de Saúde de Mato Grosso iniciou a prestação de inúmeros serviços à população do Estado, entre eles, a reforma do Hospital de Alienados e a montagem de um equipamento odontológico no Centro de Saúde. Adiantavam à população que seriam vários os benefícios a serem proporcionados pela fundação, advindos das supervisões do próprio Superintendente da Fundação de Saúde de Mato Grosso (Fusmat), do supervisor da Fundação de Serviços Especiais de Saúde (Fsesp) e de um técnico da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esses profissionais também elaborariam um relatório das necessidades do setor de saúde de Mato Grosso. Em relação ao Hospital de Alienados, com os recursos da Fundação de Saúde, reequiparariam e recuperariam o manicômio (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1964c).

Nesse período, o processo migratório que provocava um inchaço populacional era um dos dramas vivenciados pelos cidadãos cuiabanos. Essa intensa migração dava-se concomitantemente ao processo de crescimento de Cuiabá e do Estado do Mato Grosso. O jornal *Tribuna Liberal* publicou o artigo nomeado *Dramas da Cidade Aberta*, em 1966:

⁸⁵ Cf. Mensagem do Governo Fernando Corrêa da Costa do ano de 1964, p. 129 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

Uma cidade que se expande, que cresce em todos os sentidos, como não poderia deixar de ser, mais cedo ou mais tarde, tem de apresentar problemas de ordem social. Cuiabá, pela sua posição geográfica estratégica e pelo seu vertiginoso desenvolvimento nos dias que correm já conta com visíveis sinais do cancro social. [...]O poder aquisitivo do cuiabano, apesar de ter melhorado nos últimos anos, continua baixíssimo. Não há empregos para toda a população. Pelo menos empregos compensadores. É enorme o êxodo de pessoas que saem desta cidade em busca de melhores dias em centros mais adiantados. E não estamos falando só de estudantes. A nossa situação agrava-se mais quando tomamos conhecimento do grande número de mendigos que se espalham pelas ruas da cidade. Hoje vemos até crianças mendigando pelas artérias centrais. E ainda alguém diz que não temos problemas com os menores. Quem for ao Palácio Alencastro ou ao Paço Municipal, todas as tardes, constatará a surpreendente quantidade de indigentes que procuram os Poderes executivos em busca de auxílio.[...] Mas não é só o sofrimento do cuiabano que conta. Há também os nordestinos que, chegando já no fim de suas forças na procura da terra prometida, não encontram o que esperam e acabam na miséria, esmolando para não morrer de fome. Cuiabá é hoje uma cidade em franco progresso e por ser o centro mais desenvolvido da região atrai moradores dos municípios circunvizinhos (TRIBUNA LIBERAL, 1966, p. 3).

O Estado de Mato Grosso passava por um processo intenso de crescimento populacional face ao fluxo migratório. Um enorme contingente se avolumava nas ruas da capital, principalmente por Cuiabá ser corredor de passagem para outras regiões do país. O estado começou a receber os impactos de uma política de ocupação e conquistas, meta primordial do governo federal que tinha como propósito a expansão capitalista no país. As explicações para as ocorrências do fluxo migratório para a região se explicavam, em outras palavras, pelos fatores que aponta Piaia:

Até 1960, a região Centro-Oeste era escassamente povoada, durante e após a década de 1960 ocorreu um intenso processo de transformação econômica nessa região, com a incorporação desses novos espaços ao processo produtivo e ao mercado nacional. Essa região, nesse período, era considerada no cenário nacional, a fronteira capitalista recente, a merecer investimentos e a receber um intenso fluxo migratório das regiões Nordeste (que vivia um período de estagnação econômica), Sudeste e Sul (que sofriam as conseqüências do processo de modernização agrícola e expulsava os agricultores da terra) e pelas influência da construção de Brasília que deslocava os movimentos migratórios para a região Centro-Oeste do país (PIAIA apud OLIVEIRA, 2005, p. 72).

O governador anunciava, no Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria de Saúde no ano de 1967, que continuaria as obras de construção do Hospital de

Alienados de Coxipó da Ponte⁸⁶. No jornal Tribuna Liberal, eram anunciadas à comunidade cuiabana as reformas que estavam sendo executadas no Hospital Aduino Botelho:

Mais ou menos dois anos atrás, tínhamos visitado aquele Hospital. Então as condições de funcionamento eram outras. Poderíamos sintetizar: estava abaixo da crítica. Mas qual não foi nossa surpresa ao constatar os quantos melhoramentos foram feitos. [...] Camas bem arrumadas com lençóis e fronhas limpas, o chão encerado. Tínhamos curiosidade de ver tudo, especialmente as partes que já conhecíamos. Fomos até o setor que antigamente era destinado aos contribuintes de institutos e o que encontramos: oito apartamentos pintados a óleo, móveis de fórmica, tacos de madeira sendo limpados por lixadeira. Posteriormente, vimos pedido já pago do restante do mobiliário. Dentro de pouco tempo as famílias cuiabanas das classes mais abastadas já poderão utilizar o Hospital, pois esses oito apartamentos nada devem em luxo a outros hospitais congêneres. Existe até uma porta construída há poucos dias para dar passagem aos familiares das pessoas internadas que podem pagar, uma vez que, essa parte é separada do resto do Hospital. Os dementes indigentes também tiveram melhor atenção. Os pátios onde ficavam durante o dia estão sendo cimentados. As camas dos indigentes também trocaram de aparência, parecem-se com as destinadas aos pensionistas dos institutos de Previdência Social. E a cozinha? [...] Um fogão de ferro que antes não funcionava foi recuperado, um refrigerador gigante foi adquirido. [...] As moscas diminuíram bastante. Mas o que fez esse homem atual Diretor do hospital Aduino Botelho? [...] Primeiro: o Secretario de Saúde deu-lhe carta branca para agir; segundo, o Governador Pedrossian, que no início do ano visitou o Hospital, também está dando-lhe cobertura (TRIBUNA LIBERAL, 1966, p. 3).

O estado passava por uma fase de conclusão de obras do Governo Dr. Fernando Corrêa da Costa da gestão anterior, além de várias outras que estavam paralisadas há vários anos e que haviam recebido os impulsos decisivos para as suas conclusões. Entre essas edificações estavam 365 casas populares, a estação de tratamento de água, o Sanatório de Cuiabá, a linha de transmissão para a usina Rio da Casca, o Palácio Legislativo, o Hospital Geral, as escolas distritais e as obras complementares do Hospital Aduino Botelho (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1967a).

Embora persistissem no Hospital Aduino Botelho a entrada de pacientes provenientes de outras cidades localizadas dentro e fora do estado, o titular da Pasta de Segurança Pública do Estado de Mato Grosso Major Adone Collaço Sottovia declarava, em resposta às críticas sofridas em relação às deficiências existentes nas cadeias públicas

⁸⁶ Cf. Mensagem do Governo Pedro Pedrossian em 13 de junho de 1967, p. 33 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

de Mato Grosso, que a existência de loucos nos presídios não era culpa das autoridades policiais, mas, sim, dos hospícios do estado, que eram insuficientes para atender a todos os dementes. Ele ressaltou que havia casos em que as próprias famílias dos doentes buscavam a ajuda da polícia. Além da presença dos loucos, compartilhavam o espaço do presídio três tuberculosos que aguardavam vagas para suas transferências (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1967b).

Ao que tudo indica, os problemas vivenciados na década de 1930 foram reedificados no final da década de 60. Qual seria o motivo? As questões administrativas e políticas não foram solucionadas? Houve um aumento da demanda devido ao fluxo migratório estimulado pela Marcha pelo Oeste e pela construção de Brasília, ou mesmo pelos chamamentos do governo federal?

Em 1968, em detrimento ao bom trabalho que o médico diretor do Hospital Aduino Botelho vinha desenvolvendo, o Governador Pedro Pedrossian novamente o convocou. Nomeou-o Secretário Estadual de Educação de Mato Grosso, pasta que, naquele mesmo ano, havia se desdobrado da Secretaria de Saúde. Embora alterando o quadro funcional do Hospital Aduino Botelho, o governador acertou na sua decisão, pois o médico, por meio de suas ações, tornou-se o Reitor Fundador da Universidade Federal de Mato Grosso. Quanto ao hospital, outro médico-psiquiatra foi nomeado, dando prosseguimento às mudanças, cuidando da administração da instituição e continuando com as obras de edificação de um novo pavilhão que permitiria que mais 70 enfermos fossem internados.

O periódico local estampava, no ano de 1968, a seguinte manchete: “Aduino Botelho, hospital que atende todo o Estado é uma constante na luta contra a insanidade mental.”

Observa-se naquele nosocômio[...] uma dosada terapêutica que objetiva a cura através da praxiterapia...[observando-se também a possibilidade de um aprendizado profissional...]muitas máquinas de costura, para ensino e confecção de roupas e uma oficina de carpintaria para atender reparos e, em futuro próximo o fabrico de móveis[...]beneficiou aquele hospital com uma caixa d'água com 40.000 litros do precioso líquido. As quatro enfermarias para indigentes, com um total de 150 leitos, sofreram revestimento de azulejos em suas paredes, sendo que as sessões destinadas ao internamento de particulares e associados de institutos têm condições para acolher 50 pacientes. A construção de um novo pavilhão de dois andares que será inaugurado em fevereiro ou princípios de março acomodará mais 70 leitos.[...] Em rápida estatística nota-se que no período de janeiro a outubro próximo passado foram internados no Hospital Aduino Botelho 425 doentes, alcoólatras, psicóticos e neuróticos, sendo 252 do sexo masculino e 173 do sexo

feminino, dos quais já tiveram alta cerca de 155 enfermos, o que representa um alto índice de recuperação. (sic) (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1968, p. 3).



Foto 52 – Pátio e dependências da diretoria e rouparia do Hospital Adauto Botelho⁸⁷.

Nas análises efetuadas por Resende sobre as internações psiquiátricas no período de 1965 a 1970 no Brasil:

O período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. [...] as precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneciam reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender à demanda (RESENDE, 1987, p. 60-1).

Para o autor, esse período foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para hospitais da rede privada. Enquanto permaneceram estáveis os números de internações no hospital público, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000

⁸⁷ Não há uma data precisa dessa imagem e nem a identificação do fotógrafo. Estima-se que essa foto retrate um período entre os anos de 1967 a 1970. Foto cedida por antigos funcionários da instituição manicomial.

em 1965, para 30.000 em 1970. O movimento de internações, por sua vez, elevou-se de 35.000, no ano de 1965, para 90.000 em 1970.

Os hospitais do setor estatal direcionavam-se, assim, aos marginalizados, inadaptados e aos loucos. Os do sistema privado tratavam os trabalhadores contribuintes com melhor prognóstico social. Alguns obstáculos e resistências vieram se contrapor a uma perpetuação da tendência vantajosa da indústria da loucura, favorecedora de acúmulos financeiros, e a cronificação de milhares de internos nos hospitais psiquiátricos. Enquanto o estado estabelecia como limite de ação uma atenção predominantemente ambulatorial, reduzindo o tamanho de sua rede de internamento já sucateada, o sistema privado recebia o segmento da população para o convênio privado, que a subsidiava e garantia sua clientela (GUEDES, 2001).

Seguindo o dispositivo dessas análises, observa-se que, no Estado de Mato Grosso, não ocorreu o mesmo fenômeno de internações para a rede privada, posto que não havia nenhuma instituição psiquiátrica privatizada em atividade no estado. Porém, em relação às internações por convênios no Hospital Adauto Botelho, foi possível captar, pela conjuntura de melhoramentos e ampliações, a elevação do número de leitos para o internamento de particulares e conveniados, afora a nova construção erigindo mais um pavilhão para cumprir o mister da elevação de vagas.

Cabe aqui a ressalva de que, nesse período, foram internados, para desintoxicação, muitos pacientes que faziam uso abusivo de bebidas alcoólica. Houve também exacerbada porcentagem de internação de pacientes que, face ao alcoolismo continuado, já haviam desenvolvido os transtornos psíquicos acarretados pela doença mental. Esses fatos corroboram, complementam e demonstram a realidade de Cuiabá em equivalência ao restante do país, conforme os dados apontados por Resende (1987, p.72): no Brasil dos anos 1970, houve um aumento de aproximadamente 50% das internações psiquiátricas masculinas motivadas pelo alcoolismo. Entre as mulheres, nos primeiros anos da década, a taxa atingia uma margem de 20%.

Em 1969, no tocante aos internos do Hospital Adauto Botelho, atingiu-se o número de 639 pacientes⁸⁸, dados que correspondem ao maior número de internados que a instituição já havia recebido em toda a sua história. Nos livros de registros dos pacientes que deram entrada nesse hospital, em relação às décadas de 1940 até 1975, observou-se que o maior fluxo de entrada na instituição deu-se de forma espantosa nos

⁸⁸ Cf. Mensagem do Governo Pedro Pedrossian em 15 de março de 1970, p. 22 (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso).

anos de 1968 a 1970. Em termos comparativos, até o dia 31 de dezembro de 1967 haviam dado entrada no hospital 2.032 homens e 1.788 mulheres. Somente no período entre 1968 a 1970, ingressaram 2.219 pacientes masculinos e 1.634 femininos. Essa clientela asilar era proveniente de vários estados do país. Nela, predominavam os indivíduos de cor parda. Em relação aos diagnósticos mais apresentados entre os homens, constava a esquizofrenia e um número elevadíssimo de alcoólatras. Entre as mulheres, o diagnóstico mais comum era a esquizofrenia, a oligofrenia, a epilepsia e muitos casos de tuberculose. Este último dado referenciado confirmava que o hospital, ainda nos anos de 1970, atendia a portadores de patologias distintas da doença mental. No período em tela, havia um número considerável da população indigente ingressante no hospital, mas, a grande predominância de novas entradas se dava em relação a pacientes conveniados.

Em 1972, o Ministério da Saúde, por meio de documento elaborado em conjunto com os demais países latino-americanos em Santiago no Chile, lançou os princípios básicos que deveriam nortear os rumos da assistência psiquiátrica no país. Em linhas gerais, recomendava a diversificação da oferta de serviços e sua regionalização; condenava o macro-hospital; propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação dos crônicos, visando à pronta reintegração social do indivíduo (RESENDE, 1987, p.65).

O titular da Segunda Vara Criminal e de Menores da capital, Juiz de Direito Mauro José Pereira, em nota à imprensa, comunicou que oficiaria, ao Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, quanto às necessidades prementes de se criar, em Cuiabá, um manicômio judiciário, em razão do número de psicopatas que eram enviados ao Aduito Botelho. Por este hospital não dispor, em suas instalações, de meios adequados, esses doentes eram devolvidos ao Juízo. Outro problema paralelo apontado pelo magistrado na cidade de Cuiabá era a ausência de uma casa de recuperação de menores, pois já eram muitos os delinquentes juvenis que apresentavam um alto grau de periculosidade (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1972a).

Como solução para o problema do recolhimento dos psicopatas, a presidência do poder legislativo do estado, por meio do plano prioritário de obras da Secretaria de Viação e Obras Públicas de Mato Grosso, autorizou a ampliação do próprio espaço do hospital psiquiátrico.

Em meados de 1972, anunciou-se à sociedade cuiabana que seriam iniciadas as obras da unidade de isolamento do Hospital Aduito Botelho, destinado a acomodações de doentes mentais que se mostravam perigosos e agressivos. O pavilhão teria oito

alojamentos e ficaria anexo ao prédio do hospital. A inauguração da unidade de isolamento seria de extrema necessidade e urgência para a Secretaria de Justiça, pois se destinava a atender os loucos criminosos que, quando não eram enviados ao Hospital Aduino Botelho, por muitas vezes também eram mantidos pela polícia na própria penitenciária. Contudo, conforme foi dito anteriormente, isto apenas se realizou em 2003. O diretor do manicômio também informou da urgência da construção de mais um pavilhão com capacidade para mais 100 leitos, pois os 350 pacientes ora internados lotavam completamente as dependências do hospital (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1972b).

O que pode ser concluído deste longo discurso sobre o processo de reordenamento da assistência à loucura é que, desde os idos anos 1931, os documentos relatam sempre uma constante dissonância entre a demanda populacional e a capacidade do estado em ofertar atendimento e serviços condizentes. Há uma constante disparidade entre o crescimento vegetativo de necessitados e a possibilidade efetiva do estado em suprir essas carências.

Se a história da implementação do Asilo dos Alienados, iniciada na década de 1930, foi um processo de adaptação da estrutura já existente, esta história retomaria, doravante, as necessidades frequentes de readaptações do espaço físico hospitalar. Este espaço, por sua vez, aos poucos tornava-se muito pequeno frente às necessidades crescentes das demandas geradas em Mato Grosso e fora dele, e que eram trazidas de estados vizinhos.

A partir do ano de 1973, a história do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho se desdobrou em novo viés, emergindo novos acontecimentos propiciadores de outras intervenções no campo do alcoolismo, cuja problemática vinha sobejando a instituição. Em relação às políticas públicas de saúde mental e a assistência psiquiátrica, Amarante nos informa que:

A década de 70 inicia-se com a transformação da denominação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), o que denota a influência do preventivismo. Assim, os primeiros anos da década de 70 são marcados pelas tentativas, tanto no Ministério da Saúde, quanto na Previdência Social, principal orçamento público no setor saúde, de introduzir planos e programas de caráter preventivista. Neste sentido, destacam-se os programas de psiquiatria comunitária, sob a orientação de Luiz Cerqueira que, contudo, não são minimamente implantados. Em 1971, é lançada a primeira versão do Manual de Assistência Psiquiátrica com referencial preventivo-comunitário, posteriormente conhecido como o

manual do Cerqueirinha, em alusão ao seu principal mentor (AMARANTE, 1995, p. 100).

O autor reitera que, em 1973, por uma ordem de serviço, foi aprovado o Manual de Serviços para a Assistência Psiquiátrica, reorientando a assistência psiquiátrica do Instituto Nacional de Previdência Social (Inamps), dando maior ênfase à assistência extra-hospitalar, à readaptação do doente e à equipe multidisciplinar. Em 1974, foi lançada uma nova versão do manual. Embora não se dando a aplicação efetiva desse conteúdo, estes manuais acabaram por influenciar o pensamento crítico nacional, assim como a formação do campo ideológico público em saúde mental.

De acordo com as análises desenvolvidas por Resende sobre a assistência psiquiátrica no Brasil:

Em consonância com as recomendações ministeriais, os hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM,) dirigida por Hamilton Sequeira são melhorados em sua condição de hotelaria e dinamizados em sua estrutura funcional (até onde lhe permitem os recursos disponíveis e a inércia secular do asilo). Embora de alcance nacional limitado, firma convênios de assistência com os Estados, visando interiorizar as ações de saúde mental nos Estados mais pobres da federação (RESENDE, 1987, p. 65).

Um médico cuiabano formado na Faculdade Nacional de Medicina, atuante na equipe de Hamilton Sequeira, que fazia parte da elite da medicina psiquiátrica do Rio de Janeiro prestando serviços na implantação de estruturas do Serviço de Saúde Mental, foi quem inaugurou uma política de interiorização de serviços no Estado de Mato Grosso. Também atuante na coordenação de equipes de assistência psiquiátrica na Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem), esse médico foi convidado, pelo Governador do Estado Dr. Garcia Neto, a prestar serviços em sua terra natal. Habilitado com as transformações em ocorrência na assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro, o médico chegou a Cuiabá buscando implantar uma nova política de atendimento à saúde mental.

No mês de novembro de 1975, a imprensa local anunciou que, por solicitação do governo estadual, o Ministério da Saúde enviou, a Mato Grosso, um médico-psiquiatra que implantaria o Serviço de Saúde Mental. Até então, Mato Grosso era um dos poucos estados da Federação que não haviam instalado esses serviços.

A meta imediata do Serviço de Saúde Mental era reestruturar o Hospital Aduato Botelho em um trabalho conjunto com sua diretoria, buscando criar a primeira Unidade

de Saúde Mental do Estado. Posteriormente, seriam criadas unidades em áreas de densidade demográfica mais acentuada como Dourados, Corumbá, Rondonópolis e Cáceres. Em Campo Grande, onde havia uma unidade ambulatorial, esta deveria ser dinamizada e melhor aparelhada e, em um prazo mais longo, previa-se implantar Unidades de Saúde Mental próximas a leitos de apoio em áreas comunitárias com mais de 100 mil habitantes. Em relação à prevenção da doença mental, o Serviço de Saúde Mental se entrosaria com as secretarias de educação, de planejamento e outras instituições para desenvolver projetos e programas nas áreas materno-infantil, pré-escolar, escolar, do adolescente, geriátrica e, ao mesmo tempo, apoiar os centros comunitários em programas de lazer, em atividades grupais (famílias, empresas, centros rurais, associações) e levar, ainda, dados epidemiológicos e estatísticos para estabelecer os verdadeiros indicadores de saúde mental no estado (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1975). Reforça-se aqui que a preocupação não é mais com a doença mental, mas com a saúde mental, o que é muito significativo porque demonstra uma orientação sobre a ação assistencial direcionada à prevenção.

Conforme os dados de um minucioso Relatório do Serviço de Saúde Mental do ano de 1975, elaborado e encaminhado ao Ministro da Saúde, o médico-psiquiatra e coordenador do Serviço de Saúde Mental considerava que, embora os problemas de saúde mental não se constituíssem em prioridades na área de saúde, eles surgiam em decorrência das deficiências do sistema assistencial, do aumento da clientela e do desenvolvimento socioeconômico que vivenciava o estado. O médico tinha como intuito captar recursos federais para executar o Plano Integrado de Saúde Mental com a perspectiva de construir um sistema de saúde mental em todo o Estado do Mato Grosso, inclusive com as unidades operacionais que atuassem na rede privada (BRASIL, 1975).

Esse relatório de 1975 estava consubstanciado de uma documentação fotográfica da situação e do ambiente do Hospital Adauto Botelho e destacava que havia 250 leitos disponibilizados, mas que a sua lotação era de 500 pacientes e que a instituição mantinha convênio com vários institutos. A unidade, nesse período, contava com o trabalho de cinco psiquiatras e duas assistentes sociais. O trabalho desenvolvido com os asilados se constituía em termos puramente custodiais, não atendendo a contento e por questão de deficiência de recursos humanos e técnicos ao número de internados. O critério de internação não respeitava a um sistema de triagem com opções para um tratamento ambulatorial. Quanto às altas hospitalares, estas eram difíceis de ocorrer devido às longas distâncias das cidades de origem dos pacientes, o que originava uma

falta de comunicação com as famílias que, por sua vez, apresentavam sérios problemas econômicos e sociais.



Foto 53 – Pacientes da ala feminina do Hospital Aداuto Botelho⁸⁹.
Fonte: BRASIL, 1975b.

Nesse período, Mato Grosso tinha uma população estimada de 2.168.667 habitantes, uma extensão territorial de 1.231.459 km², 360 médicos atuantes no estado, dos quais 70% se concentravam nas cidades de Cuiabá e de Campo Grande. A demanda de pacientes de Mato Grosso não correspondia às ofertas de serviços de saúde. Havia uma deficiência quantitativa e qualitativa de pessoal na área de saúde mental. Em todo o estado, estavam inscritos no Conselho Regional de Medicina apenas 8 psiquiatras, com uma ausência de técnicos e de outros profissionais que compõem a área de saúde: enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, praxiterapeutas e pedagogos. Não havia, em Mato Grosso, uma política global de saúde mental em consonância com a Política Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Havia também um déficit de leitos especializados em psiquiatria e um número de unidades de saúde mental insuficientes em todo o estado.

⁸⁹ Pacientes deitadas no chão e outras abrigadas em um galpão.



Foto 54 – Ala de pacientes masculinos do Hospital Aduino Botelho⁹⁰.
Fonte: BRASIL, 1975c.

Em um Plano Básico de Saúde Mental, a proposta que estava embasada no relatório de 1975 era que, em um curto prazo, pretendia-se capacitar o Hospital Aduino Botelho a abrigar 250 pacientes. Tal capacitação dar-se-ia por: ampliar suas instalações em forma de anexo; realizar levantamento de um censo hospitalar, pois existiam 100 pacientes crônicos, sem identidade, sem prontuários médicos e sem vínculo possível com a família e a sociedade; desenvolver trabalho de equipe multiprofissional no sentido de encaminhar os egressos para as suas comunidades a fim de receberem tratamento ambulatorial; e também equipar as unidades de saúde mental com médicos-generalistas, assistentes sociais e enfermeiros para uma assistência psiquiátrica em nível ambulatorial.

No ano de 1975, o Hospital Aduino Botelho contava com uma equipe técnica de 123 funcionários: 4 médicos-psiquiatras, 1 médico-neurologista, 1 médico-cardiologista, 1 farmacêutico, 2 dentistas, um laboratorista, 2 enfermeiras de alto padrão, 2 assistentes sociais, 1 administrador, 19 auxiliares de enfermagem, etc⁹¹.

O Secretário de Saúde do Estado de Mato Grosso, Antônio Alves Duarte, anunciava à sociedade que o Programa de Saúde Mental a ser desenvolvido em Mato

⁹⁰ Espaço exíguo, sem vegetação e sem atividade ocupacional ou recreativa.

⁹¹ Cf. Relatório do Serviço de Saúde Mental do ano de 1975 (Arquivo Geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso).

Grosso teria ajuda financeira do Ministério da Saúde por meio da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam). A negociação havia sido acertada entre os representantes do Estado de Mato Grosso e da União em reunião realizada no Rio de Janeiro com todos os secretários de saúde dos estados e todos os chefes dos serviços de saúde mental das secretarias com a direção da Dinsam (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1976a).

O Governador Garcia Neto inaugurou, em 30 de julho de 1976, a primeira Unidade Ambulatorial de Saúde Mental em Cuiabá conforme recomendava a Política Nacional de Saúde da Dinsam do Ministério da Saúde. Acentuou no seu discurso que outros centros de saúde seriam implantados nas cidades de Campo Grande, Corumbá e Dourados, Rondonópolis, Três Lagoas, Aquidauana, Barra do Garças e, paulatinamente, em todos os municípios de Mato Grosso (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1976b).

No ano de 1977, o Ministério da Saúde encaminhou ao Conselho de Desenvolvimento Social a proposta da nova Política de Saúde Mental elaborada como o Plano Integrado de Saúde Mental (Pisam), que enfatizava a necessidade de tratamento dos doentes mentais em ambulatórios gerais, em contato com outros doentes, pondo fim à prática de internamento que vigorava no Brasil. Buscariam recuperar o doente sem afastá-lo de sua família e do convívio com a comunidade, conforme a orientação da psiquiatria social da OMS, que recomendava o atendimento ambulatorial em unidades gerais de saúde e a recuperação dos pacientes sem retirá-lo de seu meio social de origem (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1977a).

Existiam dados que revelavam um aumento da incidência de doenças mentais nas capitais brasileiras, além do crescimento anual em média de 20% das internações hospitalares custeadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (Inamps) e, ainda, as neuroses sendo apontadas como a causa principal dos afastamentos do trabalho autorizados pela previdência social.

O Programa do Ministério da Saúde elaborado para a Saúde Mental levava em conta os estudos que comprovavam haver redução automática do número de internações quando instalada uma rede ambulatorial bem-estruturada. Dessa forma, nas áreas onde não havia profissionais de nível superior para o atendimento, o tratamento das psicoses poderia ser conduzido por auxiliares de enfermagem treinados e supervisionados. A execução do novo programa ficaria a cargo das secretarias estaduais de saúde, às quais o Ministério da Saúde transferiria os recursos técnicos e financeiros por meio de convênio.

No Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, realizado em Curitiba no mês de outubro de 1977, discutiu-se, entre outros temas, o levantamento

nacional que fora feito sobre o número de psiquiatras no Brasil e, segundo o qual, contabilizou-se um número de 3.500 médicos-psiquiatras atuantes. Com esses dados, constatou-se que, diante das necessidades reais da população brasileira em relação a essa especialidade médica, e para dar vazão ao atendimento necessário à população no campo da doença mental, seriam necessários 10.000 psiquiatras. Nessas discussões, levou-se em conta que existiam vastas regiões de grande porte no Brasil em que a assistência especializada estava na estaca zero. Entre esses e outros problemas, havia um número de médicos que exerciam a psiquiatria sem serem titulados para a especialidade (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1977b).

No ano de 1977, foi assinado o Termo de Convênio celebrado entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado de Mato Grosso. Com recursos e esforços conjugados, seriam executados programas, projetos e atividades relacionadas à Saúde Mental. Esse convênio vigeu até 31 de dezembro de 1979. Entre as atribuições a serem desenvolvidas pela Secretaria do Estado, estaria o apoio por meio de supervisão local, treinamento e capacitação de pessoal técnico e auxiliar, assessoria técnica especializada, cursos de curta duração e assistência supletiva com o fornecimento de material permanente, de equipamentos, de material impresso padronizado⁹².

O 1º Curso Integrado de Saúde Mental promovido pela Secretaria de Saúde de Mato Grosso, pelo Serviço de Saúde Mental e pelo o Ministério da Saúde por meio de sua Dinsam, aconteceu em Cuiabá. Reuniram-se 40 técnicos de nível superior como psiquiatras, clínicos, assistentes sociais e enfermeiras dos municípios de Cuiabá, Campo Grande, Corumbá, Três Lagoas, Paranaíba, Dourados, Rondonópolis, Cáceres e Barra do Garças. O coordenador do Serviço de Saúde Mental havia convidado professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Estado de São Paulo. As aulas teóricas se davam em um estabelecimento de ensino da capital, e as aulas práticas, no Hospital Adauto Botelho (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1977c).

A Secretaria de Saúde anunciou que encerrou o exercício do ano de 1977 com um total de 112 unidades sanitárias em funcionamento, 60 das quais haviam sido instaladas no Governo de Garcia Neto. Logrou-se a aprovação, pela Dinsam, do Projeto Especial de Saúde Mental do Estado de Mato Grosso⁹³.

⁹² Cf. documentos do Arquivo Geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Coordenação de Serviço de Saúde Mental, 1975.

⁹³ Cf. Mensagem à Assembléia Legislativa de Mato Grosso do Governo Garcia Neto no ano de 1977, p. 5 (Arquivo Público de Mato Grosso).

O Curso Integrado em Saúde Mental, também chamado de Curso de Treinamento Integrado em Psiquiatria, teve continuidade, sob a supervisão do médico e coordenador de Saúde Mental no estado, reunindo os funcionários do Serviço de Saúde Mental provenientes de Cuiabá, Campo Grande, Aquidauana, Paranaíba, Dourados, Cáceres, Três Lagoas, Rondonópolis, Corumbá, Diamantino e Sinop. O treinamento, desta feita, seria ministrado por professores dos estados de São Paulo, do Rio Grande do Sul, do Distrito Federal e de Mato Grosso, sob a coordenação do Departamento de Saúde Mental do Estado (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1977d).

O Estado de Mato Grosso, com dimensões geográficas extensas e pouca, ou quase inexistente, cobertura na área psiquiátrica, apontava na direção de parcerias com as unidades hospitalares existentes, não apenas aquelas de caráter público, mas também as de caráter privado. Desde a elaboração do relatório desenvolvido pelo Serviço de Saúde Mental em 1975, já estava sendo realizado um processo de contatos com as equipes de saúde e mapeamento de todo o estado, inclusive com todas as informações que subsidiaram o levantamento do sistema assistencial à saúde no em Mato Grosso. Para a execução do convênio entre Ministério da Saúde e Estado de Mato Grosso, os passos iniciais da proposta já haviam sido dados e com vistas de êxito para a sua consolidação.

Em 11 de outubro de 1977, o Estado de Mato Grosso foi desmembrado. A partir da data de 1º de janeiro de 1979, foi instalado o Estado de Mato Grosso do Sul. Buscando adequar-se à nova realidade pós-divisão do estado, a Coordenação de Saúde Mental do Estado de Mato Grosso visava estruturar os novos serviços de assistência psiquiátrica, com perspectivas de realizar a materialização de uma gestão diferenciada no tocante ao ingresso de novos pacientes no Hospital Aduino Botelho, bem como de propiciar alta hospitalar àqueles que tinham condições de recebê-la.

Para que ocorressem as mudanças programadas, alguns interesses seriam feridos e surgiram, como consequência, alguns adeptos contra a nova proposta de se reestruturar o hospital criando critérios para novas internações e número de vagas e de se conceder alta hospitalar àqueles internos que tinham condições físicas e psíquicas restabelecidas para voltarem às suas casas. Foram necessárias adesões, articulações e conciliações entre os atores que compunham o cenário da prestação de serviços da saúde mental no estado. Embora não omitindo as dificuldades que surgiram frente às perspectivas da mudança, não se constitui enfoque desta pesquisa abordá-los.

No arquivo geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, localizou-se documento datado de 1978, na pasta da Coordenação de Saúde Mental de Mato Grosso,

que traz a relação de pacientes indigentes do Hospital Aduino Botelho. Segundo esse documento, haviam 204 pacientes. Para 184 deles, constavam informações das cidades de origem. Sobre os 20 restantes, essa informação era ignorada.

Conforme a fundamentação histórica desse período contida na proposta de Política de Saúde Mental para o Município de Cuiabá, em Julho de 1995:

Àquela época, atendendo-se à recomendação nacional já referida, foi dada ênfase a uma política de interiorização de serviços e, após um trabalho tenaz de um grupo de profissionais do Hospital Aduino Botelho que atuava intra e extra-hospital, reduziu-se para aproximadamente 150 o número de pacientes, com a criação de uma rede de serviços hierarquizada e articulada com a rede básica principalmente do interior do Estado, uma vez que aí é que residia a maioria dos pacientes internados (sic) (BRASIL, 1995, p. 1).

No trabalho de interiorização realizado pela equipe de trabalho da Coordenação de Serviços de Saúde Mental, as chances de reencontro com as famílias dos internos do Aduino Botelho foram coroadas de êxito e classificadas como muito satisfatórias. Muitos pacientes foram devolvidos às suas famílias e aos seus lugares de origem. Lembremos que, até a primeira metade do século XX, as famílias se recusavam a reconhecer seus doentes devolvidos por ocasião de alta médica.

Repercutindo as transformações ocorridas no Hospital Aduino Botelho e informando a toda a sociedade, o periódico da capital anunciou:

Internamento Psiquiátrico: Novas Exigências.

Para assegurar assistência psiquiátrica àqueles que realmente necessitam deste tipo de tratamento, doravante as internações no Hospital “Aduino Botelho” só poderão ser efetivadas, após obedecidas as exigências preliminares para tal fim, quais sejam, requerimento endereçado ao Diretor daquela Instituição, acompanhado de Guia de Encaminhamento para Admissão devidamente preenchida pelo médico da Unidade Sanitária da localidade onde reside o paciente, na qual, justificando a internação. A decisão da Secretaria Estadual de Saúde decorre da necessidade de se controlar e obedecer a sistemática de internação, evitando-se, em decorrência, a superlotação naquela instituição destinada ao tratamento de pacientes com deficiências mentais. A medida visa, portanto, evitar a ocorrência de internações desnecessárias e que vinham acarretando um “déficit” de leitos no Hospital “Aduino Botelho” (sic) (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1978a, p. 4).

Em notícia nacional, foi informado que a regionalização da assistência ao doente mental, pela mobilização de recursos extra-hospitalares, de ambulatorios, de serviços de emergência e de hospitais-dia, constituir-se-ia em um dos principais temas do

III Encontro Nacional de Assessores de Psiquiatria do Instituto Nacional de Previdência Social. Também seria enfatizada a recomendação da OMS no sentido de que a participação da família e da comunidade fosse incorporada ao processo de prevenção, de tratamento e de reintegração socioprofissional do doente. As expectativas na psicoterapia, aliadas a outras formas terapêuticas com a participação do grupo familiar eram elevadas. A internação integral somente seria recomendada quando as técnicas extra-hospitalares não alcançassem um equilíbrio vivencial (saúde mental) e socioprofissional do doente (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1978b).

Continuaram a ser inauguradas várias unidades de atendimento em saúde mental no interior do estado. Persistia-se nas capacitações do Programa Integrado de Saúde Mental com a perspectiva de treinar e de orientar os funcionários para que pudessem contribuir com os serviços de saúde mental nos níveis de prevenção primária e secundária. Em etapas de avaliação do referido programa, participavam também coordenadores de Saúde Mental de outros estados da Federação (O ESTADO DE MATO GROSSO, 1978c).

No ano de 1979, o Governador Cássio Leite de Barros, em relatório das atividades do Serviço de Saúde Mental apresentava os seguintes dados, referenciando os trabalhos iniciados em 1975, com o objetivo de atender portadores de doença mental em regime ambulatorial: integrar as ações de saúde e de assistência psiquiátrica; interiorizar a assistência psiquiátrica, agregando leitos especiais em instituições hospitalares locais; treinar pessoal para agilização de um programa especial de saúde mental (haviam conseguido abranger todo o Estado de Mato Grosso, levando-se em consideração os aspectos socioeconômico, geográfico, populacional e político). Esse relatório informou também que a assistência ambulatorial implantada e implementada, enfatizando a triagem de todos os pacientes, o atendimento individual, a orientação e o tratamento familiar; os grupos operativos de gestante; os grupos de espera; os contatos como obras e lideranças locais; as visitas domiciliares; os acompanhamentos dos casos ambulatoriais e egressos e encaminhamento para hospitais especializados totalizavam 19.631 atendimentos ambulatoriais e 22.000 consultas. O Serviço de Saúde Mental também controlou a distribuição de medicamentos para as unidades sanitárias conforme as prescrições médicas. Quanto aos treinamentos e capacitações às equipes de atendimento,

havia sido treinados 414 técnicos em 86 municípios com um número de 13 cursos com duração de 90 horas⁹⁴.

As propostas preventivistas no atendimento à saúde mental eram o enfoque dado em todos os estados da Federação. Em Mato Grosso, conforme as condições em que foram implantadas, tais propostas trouxeram avanços significativos. Segundo as análises de Amarante:

Apesar da implantação do Plano Integrado de Saúde Mental em muitos estados e em muitos serviços, em pouco tempo, este plano entra em processo de desativação. De qualquer forma, o PISAM recebe duras críticas, oriundas tanto de segmentos do próprio Ministério da Saúde, comprometidos com a psiquiatria biológica e/ou com o setor privado, quanto deste último, por estar em desacordo com os seus interesses. O PISAM só é defendido por aqueles que lutam pela definição de uma política pública de saúde mental (AMARANTE, 1995, p. 102).

Em relação aos pacientes do Hospital Adauto Botelho, depois do movimento intenso de ingresso na instituição asilar, iniciava-se um novo tempo, intercorrente nas práticas e nas permanências incidentes desde o ano de 1931.

Visualizamos as ações de interiorização pautadas nas propostas preventivistas e demarcadas no final da década de 1970 como o marco inicial para as propostas de mudanças a serem executadas nas formas de assistência e de atendimento à saúde mental em Mato Grosso. Historicamente, destacamos e assinalamos como o período em que, pela primeira vez, foi implantado um programa específico de atendimento à Saúde Mental no estado. Nesta referência, pontuamos o marco final da proposta da história do asilo manicomial de Cuiabá, que envidamos esforços para narrar.

Simultaneamente à ocorrência da interiorização dos serviços e da implantação de um programa específico de atendimento à saúde mental em Mato Grosso, emergiam, em nível nacional, uma inflexão política do regime militar e novos acontecimentos políticos, econômicos, sociais, assim como uma reorganização da sociedade civil, infundindo novos aspectos na conjuntura e no cenário da história brasileira. Coexistentes a esse processo, novas reflexões e experiências na área da saúde pública foram gestadas no setor da saúde mental.

Nessa conjuntura, o processo de asilamento como prática de assistência e de atendimento aos doentes mentais passou a ser condenado de forma mais efetiva, inicialmente, por alguns setores ligados à área de atendimento à saúde mental, depois,

⁹⁴ Cf. Mensagem de governo enviada à Assembléia Legislativa pelo Governador Cássio Leite de Barros, 1979, p. 16-20 (Arquivo Público de Mato Grosso).

por um movimento que se expandiu para a sociedade civil e veio a incidir em alterações de documentos oficiais. Finalmente, culminou na reforma psiquiátrica, consolidada pela Lei no. 10.216, que prevê a progressiva extinção dos manicômios, deflagrando novos dispositivos técnicos normativos em relação à assistência psiquiátrica.

As mudanças, preconizadas pela reforma psiquiátrica, não se objetivaram no Estado de Mato Grosso no período enfocado neste estudo. O movimento que iria desencadear o processo ainda se retardaria, apenas ganhando contornos mais definidos a partir da década de 1990. Novos eixos discursivos passaram a permear as práticas que preconizam a desinstitucionalização dos doentes mentais. Além do médico-psiquiatra, novos atores compuseram a equipe multiprofissional, dividindo o cenário institucional nas novas práticas adotadas para com os pacientes. Estes, por sua vez, não deveriam permanecer no asilo manicomial, exceção feita aos períodos em que o doente mental estiver em crises agudas da patologia.

Doravante, os pacientes da saúde mental deveriam ser assistidos por uma rede de serviços diversificados e regionalizados, buscando a efetiva recontextualização e reabilitação psicossocial na família, no trabalho, na sociedade. Os mesmos agentes sociais que conjugaram as forças para as práticas do asilamento e da exclusão social dos doentes mentais preconizaram o discurso para que ele voltasse ao convívio social, mas essa é uma outra e longa história, para ser vista em diferente narrativa, em momento posterior.

Quanto ao Hospital Adauto Botelho, o fluxo e o influxo dos acontecimentos prosseguem nas suas permanências e rupturas no trato com a loucura, num processo dinâmico movendo a ampulheta do tempo.



Foto 55 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁹⁵.

⁹⁵ Imagem cedida por antigos funcionários que prestaram serviços na instituição manicomial. Autor desconhecido.

CONCLUSÕES

Chegando ao espaço conclusivo e nas palavras finais desta tese, buscamos, com uma retrospectiva, averiguar se atingimos os objetivos que nos inquietaram e nos moveram na proposta para esta narrativa e, ainda, sistematizar alguns apontamentos que julgamos procedentes.

Ao buscarmos compreender o processo que institucionalizou a loucura em Cuiabá, conseguimos apreender que os sentidos motivadores para tal gesto se deram pelas práticas discursivas pautadas no higienismo e na eugenia, preconizadas em ações saneadoras da medicina e constituídas em uma forma de intervenção do estado no social, visando atenuar a insalubridade e extinguir os perigos sanitários e as desordens urbanas que ameaçavam deteriorar o avanço material da burguesia. Essas ações alcançaram ressonâncias em todo o território nacional definindo, nos moldes do projeto civilizatório, a edificação e a consolidação de cidades higienizadas, pautadas na ordem com vistas ao progresso em uma formatação ideal da nação brasileira.

Partícipes desse conjunto de interesses, os movimentos políticos, jurídicos e médicos se articularam, propalando as ideias higienistas e eugênicas que culminaram influenciando, a princípio, a elite e as autoridades cuiabanas, para que se ajustassem a um novo modelo de cenário urbano que contemplaria os requisitos necessários à cidade que visava se tornar moderna.

Os desafios a serem enfrentados pelo poder público implicavam na tomada de medidas que alcançassem a proposição de sanear, de disciplinar e de moralizar a cidade. No apoio a essa empreitada, somaram-se ações da caridade e da filantropia. De forma objetiva, não foram apenas os loucos os excluídos do meio social. Em um processo de assepsia do mundo urbano, foram alijados todos os indivíduos que rompiam com os padrões de “normalidade” física e moral e que maculavam a imagem da cidade que se queria higiênica e disciplinada. Os mecanismos e os padrões reguladores da moral e da civilidade passaram a compor a realidade cotidiana das relações sociais. Embasados pela diretriz da norma, o que não se adequava era anormal e, nessa condição, passível de se tornar excluído da vida em sociedade.

Com os discursos e as práticas dos sujeitos disciplinares, definiram-se as transformações no mundo social. Com a aquiescência da sociedade e da família, os desajustados e os loucos, que até então conviviam socialmente, tornaram-se incômodos no espaço urbano, sendo conduzidos e recolhidos à instituição. A ação do internamento

desses indivíduos, bem como o funcionamento de uma estrutura organizacional específica para esse fim podem ser compreendidos como estratégias de poder, centrados em um discurso de proteção, de amparo e de disciplinamento dos corpos, legitimando a sua exclusão social. Nesse contexto, no que se refere à assistência e ao isolamento da loucura em Cuiabá, na sua singularidade histórica, inferimos que as ações de asilamento e de exclusão social estiveram fundamentalmente conectadas ao projeto eugênico nacional, que visava ao saneamento e à modernização das cidades.

Com a monopolização discursiva sobre a loucura e com a hegemonia dos poderes instituidores dessas práticas, que haviam sido propostas desde o final do século XVIII na França e incorporadas à psiquiatria brasileira a partir da segunda metade do século XIX, foi necessária uma reestruturação na forma de atendimento aos loucos. Se, na primeira década de atendimento no espaço institucional em Cuiabá, sob o comando da Força Pública do Estado, a ação de asilar e de excluir se fez pautada no dispositivo de poder, essa “assistência prestada” teve de ser adequada ao processo de um saber médico.

Nessa disposição, houve a necessidade de se instituir, no espaço asilar, o saber psiquiátrico como forma de tratamento modificando as práticas institucionais e, ao mesmo tempo, de se atender a imposição da esfera federal divisada no Governo de Getúlio Vargas, que impunha a consolidação de uma estrutura de atendimento à saúde pública no país. Concomitantemente, estabeleceu-se um arcabouço jurídico e material que conformaria a proteção social brasileira. Instalada a redefinição, aconteceu a transferência da atenção prestada pela Força Pública do Estado de Mato Grosso para a saúde pública, transformando a loucura em doença mental.

Pela reorientação da política de saúde no país nos anos 30, aconteceu uma centralização e interiorização dos serviços. Nessa conjuntura, o Estado, por meio de várias ações, buscou dar um novo sentido à saúde pública, promovendo uma padronização dos serviços estaduais em concordância com as orientações e a coordenação, em última instância, do governo federal. O Departamento de Saúde do Estado foi regulamentado e conjugado ao novo Departamento do Ministério da Educação e Saúde Federal.

Os regulamentos sanitários do Estado de Mato Grosso buscavam, a princípio, copiar o modelo e as práticas de intervenção do Distrito Federal, mas estes estabeleciam prioridades no campo da saúde pública que não se adequavam à realidade sanitária de Mato Grosso. Como consequência, a constituição desses serviços esteve desvinculada da

realidade econômica e política do estado devido aos requisitos técnicos e financeiros para a sua concretização.

O processo de assistência à loucura em Cuiabá compôs-se de forma lenta e de modo heterogêneo em relação às demais realidades históricas e geográficas processadas no Brasil. Foram registradas diferentes questões que envolveram uma diversidade de forças e de interesses políticos, econômicos, estruturais, alternando entre avanços e recuos desse processo de assistência à loucura, oriundos das conjunturas que se estabeleciam em cada contexto, demonstrando uma clara contradição entre o discurso que era anunciado à sociedade e a prática efetivada entre os internos.

No aspecto referente às medidas de transformações e de alterações de práticas no atendimento à saúde pública em geral e à saúde mental em particular, podemos evidenciar que as medidas enunciadas como norteadoras e verticalizadas que partiam das esferas e das normas federais foram sendo conectadas e ajustadas às ações estaduais, mas que, muitas vezes, elas ocorreram em um processo desarticulado da realidade local. Porém isso não significa que essas ações foram pontuais, ou seja, que tenham tido lugar apenas no período elucidado, pois ainda emergem como condição implícita na contemporaneidade, tanto assim que, na sua objetividade, apontam-se falhas no sistema porque faltam as configurações e as articulações devidas para o atendimento do real.

Desde a sua formatação original, o espaço asilar se constituiu de forma precária. Grande parte de sua trajetória de assistência à doença mental desenvolveu-se em meio a outra história de adaptações prediais, sanitárias, gerenciais, administrativas e de conformação de recursos humanos não capacitados para tal empreendimento. Consagrado como único espaço de atendimento à saúde mental o asilo, historicamente, apresentou-se deficitário diante da grande demanda atendida e do fluxo contínuo de pacientes provenientes de outras localidades para além do Estado de Mato Grosso.

Por longas décadas, o espaço asilar foi considerado, pela normatividade social estabelecida, o espaço preferencial para recolher, excluir e tratar aqueles indivíduos para os quais as autoridades e a sociedade local não dispunham de recursos racionais para resolver os seus problemas e nem de estabelecimentos específicos para atender às suas problemáticas. Com farta e diversificada clientela e, por vezes, com recursos de pequena monta, a instituição sempre acolheu e prestou atendimento àqueles que se dirigiam ou eram designados para a internação. Várias facetas institucionais lhe foram atribuídas para além daquelas das de um manicômio, sendo por vezes, hospital, asilo de idosos, hospital de isolamento de doenças infecciosas, manicômio judiciário. Esses são indicativos de que

o asilo serviu para depositar todo tipo de doente, de deficiente, de pobre, de inadequado, de louco, que a sociedade não desejava, mas aos quais não havia provido de espaços específicos de acolhimento.

Diante da defasagem que ocorria em relação ao grande volume de internos e o pequeno número de colaboradores da instituição, foi exaltado e requerido o trabalho dos pacientes que apresentavam melhor estado de saúde para o auxílio no atendimento e no cuidado dos demais. Esse estímulo para a cooperação no trabalho dentro da instituição se realizava indiferentemente ao processo que foi imposto e regido pelo sistema capitalista e mercado produtivo, visando recuperar o homem para o trabalho, principalmente em hospitais colônias.

Na análise dos comportamentos familiares em relação aos entes internados na instituição, ficou claro que, na grande maioria das vezes, o processo de institucionalização do doente mental caminhou concomitante a um processo de abandono familiar. Por mais que a instituição se delongasse na adoção de medidas necessárias e pertinentes para o retorno familiar, não se tornava possível uma recomposição desse quadro. Inevitavelmente, o abandono da família assoberbou o espaço manicomial, acarretando a superlotação, realidade premente na sua trajetória histórica.

Há, em todos os personagens que passaram por hospitais psiquiátricos, histórias de abandono, de segregação, de estigma e de preconceito. Poucos podem contá-las, pois o regime imposto na instituição asilar, que se apropriou do gesto e do modo de ser do doente mental, utilizando-se dos diversos mecanismos de tratamento lesivos à sua estrutura psíquica, originou os doentes mentais crônicos que, atualmente, moram em residências terapêuticas mantidas pelas esferas governamentais a título de substituição do modelo segregador. Assim, o asilo teve como função servir de estrutura de recepção para os anormais e um instrumento para a defesa da sociedade até meados da década de noventa do século XX, quando a instituição asilar foi reformulada, tendo suas velhas práticas abolidas e substituídas por uma nova forma de atendimento, agora, preconizada pela desinstitucionalização.

No que se refere à Força Pública e ao Departamento de Saúde do Estado de Mato Grosso, instâncias que se agregaram na composição das forças governamentais para o atendimento aos casos de loucura no início da institucionalização dos doentes mentais em Cuiabá, percebemos que a saúde e a segurança pública, no decorrer da história, continuaram congregadas, posto que a doença mental passou a suscitar, na

imaginação do corpo social, o perigo, a ameaça à tranquilidade e à segurança pública, necessitando de forma objetiva da intervenção contumaz da polícia.

Em relação às práticas institucionais, verificamos que os processos de tratamento que eram infundidos e utilizados nos espaços manicomiais nas várias formas de sua aplicabilidade se deram também em Cuiabá em um panorama de experimentações, motivados pelo discurso psiquiátrico definidor dessas medidas.

Entre os profissionais que prestaram atendimento na instituição, no período abordado, houve, tanto atuações de médicos-generalistas à frente do trabalho institucional, assim como de servidores sem a formação necessária para a prestação da assistência e do atendimento asilar. A falta de critérios técnicos e profissionais exigidos para tais desempenhos se deu pela escassez de mão de obra qualificada em todo Estado de Mato Grosso. Denota-se que muitas atuações se fixaram na construção de aprendizagem técnica para a realidade cotidiana, não garantindo as condições de trabalho específicas e requeridas para tal atendimento. Destarte a esse enfoque, pudemos destacar alguns profissionais que se tornaram figuras honrosas e memoráveis na história da instituição, consagrando àqueles excluídos menções de um tratamento mais humanizado.

Diferentemente das outras esferas estaduais, que partilharam da inauguração de um grande número de hospitais psiquiátricos particulares ou mesmo da aquisição de leitos no setor privado, a partir dos anos 70, período chamado por alguns estudiosos de “indústria da loucura”, Cuiabá não se ateve e não se deu a esses empreendimentos. O Hospital Aduino Botelho foi a única unidade de atendimento psiquiátrico até o final dos anos 90. As interpretações para a permanência de apenas um hospital psiquiátrico público podem se dar sob duas vertentes. Por um lado, crer-se que os recursos estaduais despendidos na estrutura da assistência psiquiátrica nutriam a carência da demanda. Por outro, suscitar-se que os empresários que poderiam montar tal estrutura hospitalar em Cuiabá não acreditaram que poderiam obter ganhos e lucros significativos no empreendimento. Ressalvas feitas, à distância entre Mato Grosso e as regiões proliferadoras dessas iniciativas, somava-se a pouca visibilidade do estado na conjuntura nacional. Até esse momento, não se havia concretizado o grande *boom* de crescimento para a equivalência de desenvolvimento aos outros entes da Federação, fenômeno que foi registrado nos períodos posteriores a essa década.

As práticas institucionais demarcadas no final do período em tela ilustram a preocupação da psiquiatria centrada apenas na doença e na elevação da demanda asilar em uma proposição de medidas descentralizadoras anunciadas no enfoque preventivista,

como uma nova abordagem à problemática da doença mental. Em relação ao paciente já internado no manicômio, continuava o tratamento pautado no modelo biomédico, substrato das práticas manicomialistas. Contudo, essas medidas foram analisadas como um novo marco referencial, pois, pela primeira vez, foram disseminados conhecimentos em um processo de capacitação dos agentes de saúde no estado, sendo implantado um programa específico para o atendimento à saúde mental.

A constituição do sistema asilar em Cuiabá foi um misto de muito trabalho, de embates políticos e de experimentação de métodos de ação, tendo por referência uma estrutura de saber que lhe era desconhecida. Foi sob essa perspectiva que desenvolvemos esta tese no âmbito da temática do objeto privilegiado, qual seja, o desencadear das práticas e das representações que se instauraram no cotidiano e na cultura das instituições que foram sendo formatadas no Brasil, considerando seus desdobramentos para o caso específico de Cuiabá como resultado do sonho da construção de uma nação civilizada e uma cidade moderna, e que esteve o tempo todo percorrendo as páginas deste estudo. A atenção voltou-se ao objetivo central, do qual não poderíamos descuidar, sob o risco de nos distanciar, perdendo o fio da meada, uma vez que a problemática da instituição asilar dialoga, para sua compreensão, com outros fatores de natureza, médica, política e pedagógica, além, é claro, do profundo caráter filosófico e hermenêutico no qual o trabalho se articulou dialogando com Foucault.

A produção de um discurso como dispositivo de poder que tinha domínio sobre o corpo e a vida dos internos foi explorado pela hipótese de que houve uma monopolização discursiva sobre a loucura coroada pela hegemonia dos poderes instituidores das práticas de exclusão e subjugação do louco. Eis aí a confirmação dessa tendência que eleva a provisoriedade de uma resposta ao status de uma tese de confirmação realizada por meio de farto material investigado que, diluído e estilhaçado, foi constituindo a tessitura da tese que se conformou pela sua relação dialógica com Foucault. Como pôde ser percebido na introdução que, ao anunciar os capítulos, o fez já indicando o objetivo que os sustenta, veremos que as partes que compuseram a tese foram articuladas de modo a atender ao objetivo de evidenciar uma história silenciada por muito tempo.

Somente em um período posterior, não abarcado nessa narrativa, é que foram adotadas novas propostas e novas práticas para o atendimento à saúde mental, permeadas por inovadoras práticas discursivas, nas quais o enfoque deixa de ser a doença e se propõe a concepção de sofrimento-existência do doente mental, de onde se articularam

iniciativas de resgate da sua cidadania e de reinserção social. A partir de então, vislumbra-se a produção de mudanças no campo sociocultural pela criação de serviços substitutivos ao modelo asilar, primando por ações que visam redimensionar o lugar do louco na sociedade com o intuito de refazer a imagem cultural sobre o sofrimento mental. Nessa nova proposta de atendimento, que teve como importante inspiração o modelo de atendimento desenvolvido na Itália, surgiu a Reforma Psiquiátrica.

Culmina no novo projeto a prática da desinstitucionalização dos doentes mentais visando desconstruir as práticas de atendimento instituídas, em uma perspectiva de envolver a família e a comunidade no atendimento que preconiza a reinserção, a reintegração e a reabilitação sociais. Nessa conjuntura, ocorre um deslocamento, uma ruptura, uma descontinuidade nas práticas, nos saberes, nos discursos. Sinaliza-se uma nova época para a loucura? Ficamos instigados nesse novo questionamento, que estimula novas perguntas, ressignificando velhos problemas com propostas criativas e originais.

Como último destaque, e conforme foi demonstrado ao longo deste estudo, passou a ocorrer, de forma mais premente na sociedade, um processo de intervenção da psiquiatria como um fenômeno que pode ser visto como um alongamento de atuação profissional para fora dos muros manicomiais em um contexto de prevenção da doença mental dirigida aos indivíduos “normais”. Nesse sentido, podemos inferir que, muitas vezes, os estados de tristeza, de ansiedade e de sofrimento ocasionados pelos insucessos e frustrações que temos na vida, resultados inerentes das condições humanas, podem ser confundidos com depressão, com vistas a desencadear os transtornos psíquicos.

Como reflexão da conjuntura e do sistema capitalista em que estamos inseridos, as relações sociais se pautam em critérios de lucro e de consumo, em uma sociedade que preconiza o ter em detrimento do ser e nos impõe, cada vez mais, a ditadura da beleza, da busca de satisfações e de realizações, demonstrando um estado de sucesso pleno na vida. Torna-se, assim, cada vez mais difícil alcançar todas as determinações emanadas da sociedade competitiva e individualista. Muitas vezes, os indivíduos que não alcançam um padrão de sucesso. Na perspectiva de aplacar e de amainar esse sofrer, são tratados com remédios ansiolíticos que os conduzem a um embotamento, mascarando as emoções negativas, impedindo que consigam achar soluções racionais para as suas problemáticas e encetando a processos de fuga de si mesmos.



Foto 56 – Imagem que circula entre os trabalhadores da saúde mental em Cuiabá⁹⁶.

⁹⁶ Autor desconhecido.

REFERÊNCIAS

A CRUZ, Mato Grosso, 17 jul. 1938 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____, Mato Grosso, 4 mar 1945 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____, Mato Grosso, 7 dez. 1947 (Arquivo Público de Mato Grosso).

A PLEBE, Mato Grosso, 18. out. 1931 (Arquivo Público de Mato Grosso).

A VIOLETA, Mato Grosso, out. 1938, p. 8-9 (Arquivo Público de Mato Grosso).

ALBERTI, Verena. Manual de História Oral. 3. Ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

ARTAUD, Antonin. Carta aos médicos-chefes dos manicômios. Disponível em: <www.caleidoscopio.art.br> e <www.revistaagulha.com.br>. Acesso em: 6 mai. 2009.

BARRETO, Francisco Paes. Reforma psiquiátrica & movimento lacaniano. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARRETO, Afonso Henrique Lima. O cemitério dos vivos. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2004.

_____. Diário Íntimo. Fragmentos. 2. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2001.

BARROS, José D' Assunção. O campo da História: especialidades e abordagens. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BASAGLIA, Franco. A Instituição negada. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BRESCIANI, Maria Stella M. Londres e Paris no Século XIX: o espetáculo da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde do Estado de Mato Grosso. Ofício. 18/12/1937 (Arquivo Público do Mato Grosso, Delegacia Federal de Saúde, caixa do ano de 1937).

_____. Relatório. 1942 (Arquivo Público do Mato Grosso, estante 12).

_____. Relatório. 1944a (Arquivo Público do Mato Grosso, estante 12).

_____. Relatório. 1944b (Arquivo Público do Mato Grosso).

_____. Relatório do Governo do Estado. 1948. (Arquivo Público do Mato Grosso).

BRASIL. Asilo de Alienados de Caxipó da Ponte (Cuiabá). Registro de pacientes e de seus diagnósticos. 1 imagem escaneada. 1945 (Arquivo Público do Mato Grosso).

BRASIL Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Educação e Saúde. Ofício nº 359, de 27 mai. 1950 (Documento do Arquivo Geral da Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, caixa da coordenação de saúde mental do ano de 1975).

BRASIL. Relatório do Governo Júlio Muller. 1939 (Arquivo Público do Mato Grosso).

_____. Relatório da chefatura de polícia. 1940 (Arquivo Público do Mato Grosso, estante 3).

_____. Regulamento Sanitário. 1938 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, 17/7/1935 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, 4/2/1934 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso. Decreto-Lei nº 378, 13 jan. 1937.

BRASIL. Força Pública do Estado de Mato Grosso. Atestado, 14 jun. 1936. (Arquivo Público de Mato Grosso, caixa do ano de 1937).

BRASIL. Arquivo Público de Mato Grosso. Leis. 1890.

_____. Mensagem do Diretor de Estatística do Distrito Federal, Sr. Teixeira de Freitas. 1940 (documentos avulsos).

_____. [Sem título]. [Década de 1940]a. 1 fotografia, p&b. Avenida Getúlio e vista do Grande Hotel de Mato Grosso, Cuiabá. Fundo: Adelaide de Almeida Orro.

_____. [Sem título]. [Década de 1940]b. 1 fotografia, p&b. Avenida XV de Novembro e vista parcial da Igreja São Gonçalo, Cuiabá. Fundo: Adelaide de Almeida Orro.

_____. [Sem título]. [Década de 1940]c. 1 fotografia, p&b. Ponte Júlio Muller e vista do cais do Porto e da Avenida XV de Novembro, Cuiabá. Fundo: Adelaide de Almeida Orro.

_____. [Sem título]. [Década de 1940]d. 1 fotografia, p&b. Rua 13 de Junho e prédio dos Correios e Telégrafos, Cuiabá. Fundo: Adelaide de Almeida Orro.

_____. [Sem título]. [Década de 1940]e. 1 fotografia, p&b. Avenida Getúlio Vargas com vista parcial da Igreja Matriz, Cuiabá. Fundo: Adelaide de Almeida Orro.

_____. Mapa demonstrativo dos presos de Cuiabá no ano de 1930. 1 imagem escaneada. Delegacia de Polícia da Capital, 19/8/2008.

_____. Ofício/Delegacia de Polícia, 14/4/1930. (Caixa do ano de 1930).

_____. Relatório de Governo do Estado de Mato Grosso, 1929.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Criminologia e Orientação Profissional. Ofício no. 14 de 14 jun. 1943. (Arquivo Público do Estado de Mato Grosso, caixa do ano de 1943).

CANOVA, Loiva. A loucura é uma loucura: as representações sobre o louco e a ordenação do espaço urbano em Cuiabá (1889-1931). Monografia. In: Curso de Especialização em Metodologia de Pesquisa em História à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), 2000.

CARVALHAL Lazara. O pensamento de Juliano Moreira: uma abordagem histórica. In: VENANCIO, A. T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G.(orgs). O Campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

CARVALHO, Anelise Maria Muller; FLÓRIO, Marcelo. Memórias de uma sociedade higienizada: cultura, valores e práticas. São Paulo, anos 20/30/40. Revista Unicastelo, III(4): 209 a 213, Nov. 2000.

CARVALHO, José Murilo. A formação das almas: o imaginário da República no Brasil. São Paulo: Cia das Letras, 1990.

CARVALHO, M.M.C. Notas para a reavaliação do Movimento Educacional Brasileiro (1920-1930). Revista de Estudos e Pesquisas em Educação, n. 66, São Paulo: Cortez/Fundação Carlos Chagas, 1989.

CASTEL, Robert. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978

CASTRO, Edgardo. Vocabulário de Foucault. Tradução: Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2009

CHALHOUB, Sidney. Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHARTIER, Roger. À beira da falésia: a história entre incertezas e inquietude. Trad.Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Ed.Universidade/UFRGS, 2002.

CHARTIER, Roger. A História Cultural. Entre práticas e representações. Tradução: Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Difel, Bertrand Brasil, 1990

CHARTIER, Roger. Entrevista concedida ao Jornal Extraclasse do Sindicato de Professores de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Ano 12, 2007

CHARTIER, Roger. A visão do historiador modernista In: FERREIRA, Marieta M. & AMADO, Janaína(orgs.) Usos e abusos da História Oral. Rio de Janeiro: FGV,1996

CORREIO DA SEMANA, Mato Grosso, 27 jul. 1939.

COSTA, Jurandir Freire. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5.ed. Rio de Janeiro: Xenon, 2007.

_____. Ordem médica e norma familiar. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

COSTA, Nilson do Rosário & TUNDIS, Silvério Almeida. Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DIWAN, Pietra. Eugenia, a biologia como farsa. 2007. Disponível em: <www.wikipedia.com.br>. Acesso em: 12 set. 2009.

DOURADO, Nileide Souza . Entre caminhos e memórias: narrativas e cotidiano de itinerantes rumo a Poxoréo: MT (primeira metade do século XX). Dissertação de Mestrado – Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Mato Grosso, 2003.

ELIAS, Norbert. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. O Processo Civilizador . Uma história dos costumes. 2. ed.. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. História, Ciências , Saúde. v. 3, 1999.

_____. A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências. Tese de Doutorado – Departamento de História de Campinas-UNICAMP, 1995.

_____. Os Delírios da Razão: Médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

_____. Meretrizes e Doutores. São Paulo: Brasiliense, 2004.

FARGE, Arlete. O sabor do arquivo. Tradução de Fátima Murad. São Paulo: Ed. USP, 2009.

FERLA, Luís. Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo. São Paulo: Alameda, 2009.

FERRAZ, Maria Cristina Franco. Percepção, tecnologias e subjetividade moderna. Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação, 2005. Disponível em: <www.compos.com.br>. Acesso em: 12 de ago. 2009.

FIRMINO, Hiran. Nos porões da loucura. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1982.

FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. A história da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. A ordem do discurso. 4.ed.São Paulo: Loyola, 1998

_____. As palavras e as coisas: uma arqueologia das Ciências Humanas. São Paulo: Martins, 1981.

_____. Estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Coleção Ditos e Escritos IV).

_____. Microfísica do Poder. 22. ed. São Paulo: Graal, 1979.

_____. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. Doença mental e Psicologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. O nascimento da clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

_____. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise . Coleção Ditos e Escritos I. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, 1987.

GAZETA OFICIAL, Mato Grosso, 8 ago. 1933.

_____. Mato Grosso, 12. fev. 1938.

GOFFMAN, Erving. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988.

_____. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GONÇALVES, Monique de Siqueira; EDLER, Flávio Coelho. Os caminhos da loucura na corte imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospital Pedro II de 1850 a 1889. São Paulo, v. 12, p. 393 a 410. Disponível em: <www.rev.latinoamericana.psicopatol.fund>. Acesso em: 05 mai. 2009

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO. Relatório de Governo do Dr. Arnaldo Estevão de Figueiredo. 1947, p.47- 48.

_____. Mensagem do Governo do Estado de Mato Grosso: Dr. Arnaldo Estevão de Figueiredo. 1948, p.76-78. (Arquivo Público de Mato Grosso).

GUEDES, Simone Cordeiro C. A Chácara dos loucos e o imaginário sobre a loucura. XXIX Simpósio Nacional de História, São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: Associação Nacional de História, <http://snh2007.anpuh.org/2007>

_____. As práticas da exclusão da loucura em Cuiabá: de caso de polícia a saúde pública. IV Simpósio Internacional de História. Cultura e identidades. Goiânia, Goiás, 2009.

_____. O Pensamento sobre a loucura no Brasil nos séculos XIX e XX. II Congreso Internacional del Conocimiento. Ciências, Tecnologia y Culturas. Santiago, Chile, 2010.

_____. O Processo de Desinstitucionalização no Atendimento à Saúde Mental em Cuiabá/ MT. Dissertação de Mestrado em Políticas Sociais apresentada a Universidade de Brasília – UnB, 2001.

GUTIERREZ, Juan. [Sem título]. [Final do século XIX]. 1 fotografia, p&b. Rio de Janeiro, Mercado Popular do Rio Antigo. Disponível em: <www.rio.fot.br/rioantigo/tartget14.html>. Acesso em: 11 jul. 2010.

HALL, Stuart. Quem precisa da identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org). Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

IMNS. [Sem título]. 1 fotografia, p&b. Camisa-de-força. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 11 jul. 2010.

INSTITUTO PHILIPPE PINEL. [Sem título]. 1 fotografia, p&b. Colônia de Alienados, Rio de Janeiro: trabalho agrícola. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 11 jul. 2010.

_____. [Sem título]. 1 fotografia, p&b. Dependência de Mulheres do Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte, Cuiabá. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 11 jul. 2010.

_____. [Sem título]. 1 fotografia, p&b. Hospital de Alienados do Coxipó da Ponte (cozinha e refeitório), Cuiabá. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 11 jul. 2010.

_____. [Sem título]. 1 fotografia, p&b. Dependência para eletrochoque. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 12 jun. 2010.

IPHAN. [Sem título]. 1 fotografia, p&b. Hospital de Alienados no Rio de Janeiro. Vista parcial da Av. Wenceslau Brás. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: < www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 23 jul. 2010a.

IPHAN. [Sem título]. 1 fotografia, p&b. Formas de tratamento: hidroterapia. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: < www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 23 jul. 2010b.

IPHAN. [Sem título]. 1 fotografia, p&b . Superlotação e caos no Hospital de Alienados, Rio de Janeiro. Foto extraída da Mostra Memórias da Loucura. Disponível em: <www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 23 jul. 2010c.

JABERT, Alexander. Da nau dos loucos ao trem de doido. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz - ENSP. Rio de Janeiro, 2001.

JACCARD, Roland. A loucura . Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LAMBERTY, Áurea Assis; OLIVEIRA, Sueli. História do atendimento ao doente mental no Estado de Mato Grosso até 1970. Monografia. In: I Curso de Especialização em Saúde Mental a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), 1995 .

LE GOFF, Jacques. A História Nova. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

LENHARO, Alcir. Colonização e trabalho no Brasil: Amazônia, nordeste e centro-oeste. Campinas: Unicamp, 1986.

LUZ, Therezinha Madel. Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: edições Graal, 1982.

MACIEL, Laura Antunes. A constituição dos serviços de saúde pública em Mato Grosso – 1880/1940. Monografia (Especialização em Pesquisa em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso, 1985.

_____. A Capital de Mato Grosso. Dissertação de Mestrado em História – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), 1992.

MACHADO, Roberto. Ciência e saber: A trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, Roberto. et al. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTA, Augusto. [Sem título]. [Início do século XX]. 1 fotografia, p&b. Rio de Janeiro, Passeio Público. Disponível em: <www.rio.fot.br/rioantigo/geral/target33html>. Acesso em: 13 jul. 2010a.

_____. [Sem título]. [Início do século XX]. 1 fotografia, p&b. Rio de Janeiro, Avenida Rio Branco. Foto apresentada no jornal O País. Disponível em: <www.rio.fot.br/rioantigogeral/target48.html>. Acesso em: 12 jul. 2010b.

MARCILIO, Humberto. História do Ensino em Mato Grosso. Cuiabá: Secretaria de Educação, Cultura e Saúde, 1963.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. A medicalização das raças: médicos, educadores e discurso eugênico. São Paulo: Unicamp, 1994.

MEDEIROS, Tácito. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: RUSSO, Jane; SILVA FILHO, João Ferreira (Orgs). Duzentos Anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MÉDICO Nina Rodrigues. 1 fotografia, p&b. Disponível em: <www.wikipedia.org.br>. Acesso em: 10 ago. 2009.

MÉDICO Psiquiatra Cesare Lombroso. 1 fotografia, p&b. Disponível em: <www.cerebromente.org.br>. Acesso em: 12 jul. 2009

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Manual de História Oral. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005

MOFFATT, Alfredo. Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1981.

NEEDEL, Jeffrey D. Belle époque tropical: sociedade e cultura de elite no Rio de Janeiro na virada do século. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

NEVES, Margarida de Souza; HEIZER, Alda. A ordem é o progresso: o Brasil de 1870 a 1910. 14. ed. São Paulo: Atual, 1991.

O FERRÃO, Mato Grosso, 10 ago. 1930 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____, 1930b. Matéria sobre o álcool e o alcoolismo. 1 imagem escaneada. (Arquivo Público de Mato Grosso).

O ESTADO DE MATO GROSSO, Mato Grosso, 23 nov. 1939a. (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 28 dez. 1939b (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 10 jan. 1941 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 1 jul. 1943a (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 30 nov. 1943b (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 11. jul. 1943c, p. 3-5 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 28 abr. 1950 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 23 jul.1953 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 26 fev. 1958 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 10 jun 1959 (Arquivo Público de Mato Grosso).

_____. 8 jul. 1962 (Arquivo Público de Mato Grosso).

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA, Alice Bottaro & ALESSI, Neiry Primo. Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá, Editora UFMT, 2005

OLIVEIRA, Jane Souto. Brasil, mostra a tua cara: imagens da população brasileira nos censos demográficos de 1872 a 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Textos para discussão número 6, 2003.

PECHMAN, Robert Moses. Cidades estreitamente vigiadas: o detetive e o urbanista. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2002.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio. Saúde e loucura 2. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida (Org). Cidadania e loucura. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1987.

ROLNIK, Raquel. O que é cidade. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

PEREIRA, Maria de Fátima. A psiquiatria brasileira nos anos de 1930 a 1950. Dissertação de Mestrado (não concluída). Rio de Janeiro:IMS/UERJ, 1992. In: VENÂNCIO, Ana Tereza; CASSILIA, Janis Alessandra. História da política assistencial à doença mental (1941-1956): o caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. XXIV Simpósio Nacional de História, São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: Associação Nacional de História. Disponível em: <<http://snh2007.anpuh.org/2007>>. Acesso em: 12 ago. 2008.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. O Mundo da imagem: território da história cultural In: SANTOS, Nádia Maria Weber; PESAVENTO, Sandra Jatahy; ROSSINI, Miriam de Souza (orgs). Narrativas, Imagens e Práticas Sociais. Percursos em história cultural. Porto Alegre, RS: Asterisco, 2008.

_____. Visões do Cárcere. Porto Alegre, RS:Zouk, 2009

PESSOTTI, Isaias. A loucura e as épocas. São Paulo: Ed. 34, 1994.

_____. O Século dos Manicômios. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PIAIA, I. I. Geografia de Mato Grosso. In: Oliveira, Alice G. Bottaro & ALESSI, Neiry Primo. Superando o Manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: Editora UFMT, 2005

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

PORTOCARRERO, Vera. Juliano Moreira e a metamorfose da psiquiatria brasileira. Conceito. Revista de Filosofia e Ciência do Homem . Loucura e Desrazão, 2005.

RAGO, Margareth. Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

REVEL, Jacques & PETER, Jean-Pierre. O Corpo. In: LE GOFF, Jacques & NORA, Pierre. História: Novos Objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

ROSA, Lúcia Regina dos Santos. Transtorno Mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2003.

SAMPAIO, José Jackson. Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da Uerj, Rio de Janeiro, 1988 apud PAULIN, Luiz Fernando & TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. Hist. ciencias. saude-Manguinhos [online]. 2004, vol.11, n.2, p. 241-258. Disponível em www.scielo.br/scielo.php acessado em 10/02/2008

SCWARCZ, Lilia Moritz. O Espetáculo das Raças. São Paulo: Cia das letras, 1993.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. [Sem título]. [s.d]. 1 fotografia, p&b . Dr. Manoel Vargas. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. [s.d]. 1 fotografia, p&b . Imagem do antigo cemitério do Hospital de Alienados, Cuiabá. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. 1938. 1 fotografia, p&b. Pedra Fundamental do Ministério da Educação e Saúde, Cuiabá. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. [Década de 1940]. 1 fotografia, p&b. Delegacia Federal de Saúde. 8ª Região, Cuiabá. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. 1951. 1 fotografia, p&b. Visita do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Aduino Botelho, às obras de edificação do novo Hospital de Alienados de Cuiabá. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. 4 set. 1969. 1 fotografia, p&b. Imagem do antigo cemitério do Hospital de Alienados, Cuiabá. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. 5. set. 1969. 1 fotografia, p&b. Paredes remanescentes da construção da Chácara dos Loucos, Cuiabá. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. 1975a. 1 fotografia, p&b. Hospital Aduino Botelho, Cuiabá. Foto apresentada no Relatório Anual do Serviço de Saúde Mental. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. 1975b. 1 fotografia, p&b. Pacientes não assistidos por entidade previdenciária. Foto apresentada no Relatório Anual do Serviço de Saúde Mental. (Arquivo Geral).

_____. [Sem título]. 1975c. 1 fotografia, p&b. Quarto de pacientes masculinos do Hospital Aduino Botelho. Quarto de pacientes masculinos do Hospital Aduino Botelho. (Arquivo Geral).

SENRA, Nelson. História das estatísticas brasileiras: estatísticas desejadas. v. 1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

SILVA, Mary Cristina Barros. Repensando os porões da loucura. um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena –Belo Horizonte, MG: Argumentvm, 2008.

SILVA, Tomaz Tadeu (org.). Identidade e diferença. A perspectiva dos estudos culturais. 4. ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2005

SOUZA CAMPOS, Paulo Fernando. Os Enfermos da razão: cidade planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980) . São Paulo:Annablume; Fapesp, 2004.

TEIXEIRA, Manoel Olavo. Nascimento da psiquiatria no Brasil. In VENÂNCIO, A.T. A.; LEAL, E.M.; DELGADO, P.G.G.(orgs). O campo da atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá/IFB, 1997.

TRAVERSINI, Clarice Salette; BELLO, Samuel Edmundo López. O numerável, o mensurável e o auditável: estatística como tecnologia para governar. Educação e realidade, n 34, p. 135-152, 2009. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade>. Acesso em: 5 jul. 2010.

VENÂNCIO, Ana Teresa. A Colônia Juliano Moreira na década de 40: política assistencial, exclusão e vida social. www.fundamentalpsychopathology.org. Acesso em 12 de abril de 2009.

VENÂNCIO, Ana Tereza. A ciência psiquiátrica na Universidade do Brasil (1938-1958). XI Encontro Regional de História. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2003.

VENÂNCIO, Ana Tereza & CASSILIA, Janis Alessandra. História da política assistencial à doença mental (1941-1956): o caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de

Janeiro. XXIV Simpósio Nacional de História, São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: Associação Nacional de História, <http://snh2007.anpuh.org/2007>.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

VILLAS BOAS, Crisoston Tertio. Para ler Michel Foucault. www.scribd.org. acesso em 10/09/2009; www.desenvolvimentoemquestão.world.press acesso em 12/09/2010.

WIKIPÉDIA. Lista de Governantes de Mato Grosso. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_governadores_de_Mato_Grosso>. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. Lima Barreto. Disponível em: <www.wikipedia.com.br>. Acesso em: 2 dez. 2008.

FONTES PRIMÁRIAS

PERIÓDICOS CONSULTADOS NO ARQUIVO PÚBLICO DE MATO GROSSO: APMT

Jornal “PENNA EVANGÉLICA” de abril de 1930

Jornal “A PLEBE” de 18 de outubro de 1931

Jornal “A CRUZ” de 17/07/1938

Jornal “CORREIO DA SEMANA” de 27 de julho de 1939

Jornal “CORREIO DA SEMANA” 07 de agosto de 1939

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” 09 de setembro de 1939

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 23 de novembro de 1939

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 28 de dezembro de 1939

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” 8 de janeiro de 1941

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 04 de abril de 1941

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 11 de junho de 1943

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 1º de julho de 1943

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 30 de novembro de 1943

Jornal “A CRUZ” de 04 de março de 1945

Jornal “A CRUZ” de 07 de dezembro de 1947

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 05 de março de 1947

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 28 de abril de 1950

Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 23 de julho de 1953
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 10 de junho de 1959
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de julho de 1962
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 29 de outubro de 1964
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 15 de novembro de 1964
Jornal “TRIBUNA LIBERAL” de 23 de Outubro de 1966
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 18 de outubro de 1967
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 06 de novembro de 1967
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 13 de outubro de 1968
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de dezembro de 1971
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 15 de março de 1972
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 13 de julho de 1972
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 21 de julho de 1972
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 31 de agosto de 1972
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 13 de novembro de 1975
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 15 de maio de 1976
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 30 de julho de 1976
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 08 de julho de 1977
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 04 de dezembro de 1977
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 07 de dezembro de 1977
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 16 de dezembro de 1977
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 30 de abril de 1978
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 22 de outubro de 1978
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 15 de agosto de 1978
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 09 de novembro de 1978
Jornal “O ESTADO DE MATO GROSSO” de 18 de novembro de 1978

GAZETAS E DIÁRIOS OFICIAIS DO ESTADO DE MATO GROSSO: APMT

Gazeta Oficial do Estado do mês de março do ano de 1931
Gazeta Oficial do Estado do mês de dezembro do ano de 1931
Gazeta Oficial do Estado de Mato Grosso de 11 de fevereiro de 1932.
Gazeta Oficial do Estado de junho do ano de 1932
Gazeta Oficial do Estado de agosto do ano de 1933

Gazeta Oficial do Estado do mês de fevereiro do ano de 1934

Gazeta Oficial do Estado de 17 de julho do ano de 1935

Gazeta Oficial do Estado de 15 de agosto do ano de 1936

Diário Oficial do Estado de 05 de janeiro do ano de 1938

Diário Oficial do Estado de 12 de fevereiro do ano de 1938

Diário Oficial do Estado de 13 de setembro do ano de 1938

Diário Oficial do Estado de 12 de novembro do ano de 1938

MENSAGENS DE GOVERNADORES ENVIADAS À ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE MATO GROSSO: APMT

Relatório do Presidente do Estado Pedro Celestino Correa da Costa, ano de 1923.

Relatório do Presidente do Estado Pedro Celestino Correa da Costa ano de 1928.

Relatório do Governo do Dr. Mário Correa do ano de 1929. APMT.

Mensagem de Governo do Dr Arnaldo Estevão de Arruda do ano de 1947. APMT

Mensagem de Governo do Dr Arnaldo Estevão de Arruda do ano de 1948. APMT

Mensagem de Governo do Dr Arnaldo Estevão de Arruda do ano de 1950. APMT

Mensagem de Governo do Dr Fernando Correa da Costa do ano de 1952. APMT

Mensagem de Governo do Dr Fernando Correa da Costa do ano de 1954. APMT

Mensagem de Governo de João Ponce de Arruda no ano de 1956. APMT

Mensagem de Governo de João Ponce de Arruda no ano de 1957. APMT

Mensagem de Governo de João Ponce de Arruda no ano de 1960. APMT

Mensagem de Governo do Dr Fernando Correa da Costa no ano de 1962. APMT

Mensagem de Governo do Dr Fernando Correa da Costa no ano de 1963. APMT

Mensagem de Governo do Dr Fernando Correa da Costa no ano de 1964. APMT

Mensagem de Governo de Pedro Pedrossian do ano de 1967. APMT

Mensagem de Governo de Pedro Pedrossian do ano de 1970. APMT

Mensagem de Governo de Garcia Neto do ano de 1977. APMT

Mensagem de Governo de Garcia Neto do ano de 1978. APMT

Mensagem de Governo de Cássio Leite de Barros no ano de 1979. APMT

DOCUMENTOS AVULSOS EM ESTANTES, CAIXAS E ANTIGAS LATAS: APMT

Mapa Demonstrativo de detentos de Cuiabá do ano de 1930- Delegacia de Polícia da Capital. Caixa do ano de 1930.

Ofício Nº 76 de 03/06/1930, Secretario do Interior do Estado de Mato Grosso.
Relatório do Diretor de Saúde Pública caixa do ano de 1937.
Ofício de 18/12/1937 da Delegacia Nacional Saúde – Caixa do ano de 1937.
Documentos da Delegacia Federal de Saúde.
Relatório do Governo de Júlio Muller do ano de 1939/40 apresentado a Getúlio Vargas
Relatório do Departamento de Saúde de Mato Grosso do ano de 1938.
Relatório do Chefe de Polícia do ano de 1940, estante 3.
Relatório do Departamento de Saúde de Mato Grosso do ano de 1942
Relatório do Departamento de Saúde de Mato Grosso do ano de 1944, Estante 12.
Relatório do Departamento de Saúde de Mato Grosso do ano de 1948.
Folha de Pagamento aos diaristas - Repartição de Obras Públicas de Mato Grosso-Caixa do ano de 1931- 8 m.
Atestado de trabalho emitido ao Sargento da Força Pública e encarregado dos trabalhos na Chácara dos Alienados - Força Pública do Estado de Mato Grosso - caixa do ano de 1937.
Decreto Lei nº 171 publicado no Diário Oficial do Estado Mato Grosso de 07 de junho de 1938.
Atestado da Diretoria do Tesouro Estadual de Mato Grosso. Sessão de Patrimônio e Estatísticas de Cuiabá, Caixa do ano de 1932.
Decreto Lei nº 378 publicado no Diário Oficial de 13 de janeiro de 1937
Decreto Lei nº 171 publicado no Diário Oficial de 07 de junho de 1938
Decreto Lei nº 183 publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso de 23 de julho de 1938.
Pasta de telegramas - Documentos avulsos do Departamento de Saúde, 1940
Decreto 3.171 de 02/04/1941 criando o Serviço de Higiene Mental - Relatório do Departamento de Saúde do ano de 1944
Ofício do Instituto de Criminologia datado de 14 de junho de 1943 para o Governo do Estado de Mato Grosso. Caixa do ano de 1943.
Relação de Médicos do Estado de Mato Grosso Caixa do ano de 1945, Caixa C.
Lei 2.755 de 13/07/1967 alterando a denominação do Hospital Colônia de Alienados do Coxipó da Ponte para Hospital Aduino Botelho. Livro de Leis e Decretos estaduais, p.17.

ARQUIVO GERAL DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO

Regulamento Sanitário de 1938 – Arquivo Geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Livro de registros de pacientes do sexo feminino e seus diagnósticos dos anos de 1941 a 1978. Estante 51, caixa 368

Livro de registros de pacientes do sexo masculino e seus diagnósticos dos anos de 1943 a 1975. Estante 51, caixa 372

Ofício do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr Adauto Botelho do ano de 1950. Caixa de Coordenação de Saúde Mental do ano de 1975. Arquivo Geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Relatório da Coordenação de Saúde Mental do ano de 1975. Caixa de Coordenação de Saúde Mental do ano de 1975.

Carta de uma paciente ao médico psiquiatra- Caixa de Coordenação de Saúde Mental do ano de 1975. Arquivo Geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Lista dos pacientes indigentes internados no Hospital Adauto Botelho. Ano de 1978. Arquivo Geral da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

ARQUIVO DO BATALHÃO DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE MATO GROSSO.

Boletim 269- Livro do 1º semestre de 1932. Arquivo do Batalhão da Polícia Militar do Estado de Mato Grosso.

REVISTAS

Revista CULT. Dossiê a Herança de Michel Foucault. São Paulo, Ano 12, n. 134, abril de 2009.

Revista Época . A luta do poeta Ferreira Gullar . 1º de junho de 200

SITES CONSULTADOS

www.caleidoscopio.art.br/cultural/artescenicassiteatroscontemporaneos

www.caleidoscopio.art.br/

www.conass.org.br/

www.ccs.gov.br/

www.desenvolvimentoemquestão.world.press

www.fundacaomonfort.org.br/

www.investidura.com.br

www.rev.latinoamericana.psicopatol.fund.

www.nellic.com.br/site/textos/artoninartaud

www.rev.latinoamericana.psicopatol.fundam

www.saude.org.br/

www.saudemental.org.br/

www.seer.ufrgrs.br/index.ph/educacaoesociedade

www.scielo.br/scielo.phd

www.scribd.org/

www.wikipedia.org.br/

BIBLIOGRAFIA

ALBERTI, Verena. A vocação totalizante da História oral e o exemplo da formação do acervo de entrevistas do CPDOC. In: International Oral History Conference, Rio de Janeiro: CPDOC/FGV/Fiocruz, 1998, V. 1, p. 509-515.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BALTRUSAITIS, Jurgis. Aberrações. Ensaio sobre a lenda das formas. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1999.

BARROS, José D' Assunção. A construção social da cor: diferença e desigualdade na formação da sociedade brasileira. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

_____. O Projeto de Pesquisa em História. 3.ed. Petrópolis, RJ:Vozes ,2007

_____. Cidade e História. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BURKE, Peter. O que é História Cultural? Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004

CAMARGO, Aspásia. Quinze anos de história oral: documentação e metodologia. In: ALBERTI, Verena. Apresentação da Primeira Edição. Manual de História Oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.

CAMARGO, Aspásia. Os usos da História Oral e da História de vida: trabalhando com elites políticas. In: revista Dados, vol 27. nº 01, 1984

CAMARGO, Aspásia. Programa de História Oral . Catálogo de Depoimentos. Rio de Janeiro: FGV, 1981

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. Os Enfermos da Razão: cidade planejada, exclusão e doença mental. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2004.

CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPEZ, Fernando. Curso de Direito Penal. Parte geral. Vol I. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

CARDOSO, Ciro Flamarion & VAINFAS, Ronaldo. Domínios da História. Ensaio de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1997.

CERQUEIRA, Roberta Cardoso. Lima Barreto e os caminhos da loucura. Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX. Dissertação de Mestrado em História Social da Cultura. PUC, Rio de Janeiro, 2002.

CODO, Wanderley & SAMPAIO, José Jackson & HITOMI, Alberto Haruyoshi. Indivíduo, trabalho e sofrimento – uma abordagem transdisciplinar. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CONASS. Conselho de Secretários de Saúde, 2007, www.conass.org.br/. acesso em 13 de maio de 2009

CORBIN, Alain. Saberes e Odores. São Paulo: Cia das Letras, 1987.

FACCHINETTI, Cristiana. O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnósticos. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo & CARVALHO, Diana Maul (orgs). Uma história Brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004.

FARIAS JÚNIOR, João. Manual de Criminologia. 3. ed. Curitiba: Juruá, 2001.

FERRAZ, Flávio Carvalho. O louco de rua visto através da literatura. Psicol. USP(online).2000, vol.11, n.2, pp 117 a 152. www.scielo.br/scielo acesso em 10/02/2008.

FERREIRA, Marieta de Moraes & AMADO, Janaína. Usos e Abusos da História Oral. 6. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

FIGUEIREDO, Gabriel. SÉRGIO CARRARA. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Revista Antropologia(online) 1998, Vol. 41, n. 2 , p.227 a 233.

GOMES, Ângela de Castro. Capanema: o Ministro e seu Ministério. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000

HOCHMAN, Gilberto. A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.

HOCHMAN, Gilberto & FONSECA, Cristina . A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo In CASTRO, Ângela(ORG). Capanema: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro, FGV, 2000

HUNT, Lynn. A Nova História Cultural. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

JENKINS, Keith. A História Repensada. São Paulo: Contexto, 2001.

LALANDE, André. Vocabulário Técnico e Crítico de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LEITE, Gisele. Breve relato sobre a história da criminologia. Investidura Portal Jurídico. Disponível em www.investidura.com.br acessado em 18/11/2009.

MIRABETE, Júlio Fabrini. Manual de Direito Penal. Parte geral. São Paulo: Atlas, 2002.

MORA, José Ferrater. Dicionário de Filosofia, Tomo I. São Paulo: Loyola, 1994

NASCIMENTO, Heleno Braz. A Lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar(1924-1941). Dissertação de Mestrado em História apresentada a Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT, 2001.

NORONHA, E. M. Direito Penal. Vol I. São Paulo: Saraiva, 1991

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso- Princípios e Procedimentos*. Campinas, São Paulo: Pontes, 2000.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso. Conceitos básicos em lingüística*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

PACHECO, Juliana Garcia. *Cultura e Loucura: a história de uma experiência*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Psicologia da Universidade de Brasília, 2005.

PEREIRA, João Frayze. *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1994

PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas*. São Paulo: Cortez ed, 2000.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Lugar de louco é no Hospício?! Um estudo sobre representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica*. In VENÂNCIO, Ana Tereza & LEAL, Erotildes Maria & DELGADO, Pedro Gabriel (orgs). *O Campo da Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, Te Corá, 1997

PÊCHEAUX, Michel. *O Discurso. Estrutura ou acontecimento*. Tradução Eni Puccinelli Orlandi. 3.ed. campinas. São Paulo: Pontes, 2002

PERUSSI, Artur. *Imagens da Loucura*. Rio de Janeiro: Cortez, 1995

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *História & história Cultural*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

PINHO, Rachel Tegen. *Cidade e Loucura: entre o censo de 1890 e a inauguração do Pavilhão de Alienados em Cuiabá*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT, 2006.

RÊGO, Carolina de Moraes. *Da Loucura ao sofrimento mental: O instituto de saúde mental do Distrito Federal*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em História/PPGHIS, 2002

ROSEN, George. *Da polícia médica á medicina social*. São Paulo: UNESP. Hucitec/Abrasco, 1994.

RUSSO, Jane. *O Mundo Psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2002.

RUSSO, Jane & SILVA FILHO, João Ferreira (Orgs). *Duzentos Anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: 1993

SANTOS, Nádia Maria weber. *Histórias de vidas ausentes: a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental*. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Editora UPF, 2005

SCWARCZ, Lilia Moritz. *Quando a desigualdade é diferença: Reflexões sobre Antropologia Criminal e Mestiçagem na obra de Nina Rodrigues*. *Gazeta Médica, Bahia; Suplemento 2, p. 47 a 53, 2006*

SILVA, Mozart Linhares. História, Medicina e Sociedade no Brasil. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003

TOMASINI, Maristela Bleggi. O Homem Delinqüente . O livro que mudou o direito Penal. www.scribd.com.br acessado em 12 de dezembro de 2009

THOMPSON, Paul. A voz do passado: História Oral. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992

VAN GOHG, Vincent Van. Cartas a Théo. Porto Alegre: L & PM Pocket, 1987.

VENÂNCIO, Ana Tereza . Doença Mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, 2004

VENÂNCIO, Ana Tereza . As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, nº 36, p. 59-73, 2005.

VENÂNCIO, Ana Tereza & LEAL, Erotildes Maria & DELGADO, Pedro Gabriel (orgs). O Campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro, Te Corá, 1997.

VIEIRA, Evaldo. Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.