

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA SOCIAL
DAS RELAÇÕES POLÍTICAS**

JÚLIA FREIRE PERINI

**HOSPITAL ADAUTO BOTELHO: CONTROLE SOCIAL
E MULHERES– VITÓRIA-ES
(JULHO/1954- DEZEMBRO/1956).**

**VITÓRIA
OUTUBRO 2013**

JÚLIA FREIRE PERINI

**HOSPITAL ADAUTO BOTELHO: CONTROLE SOCIAL
E MULHERES– VITÓRIA-ES
(JULHO/1954- DEZEMBRO/1956).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGHIS/UFES), como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em História na área de concentração em História Social das Relações Políticas.

Orientadora: Prof^aDr^a Maria Beatriz Nader.

**VITÓRIA
2013**

JÚLIA FREIRE PERINI**Hospital Aduino Botelho: controle social e mulheres- Vitória-ES. (Julho/1954-
Dezembro/1956)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em História, na área de concentração em História Social das Relações Políticas.

Aprovada em de outubro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz Nader
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Lílian Rose Margotto
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Perini, Júlia Freire, 1986-

P445h Hospital Aduino Botelho : controle social e mulheres. Vitória-ES,
(julho/1954- dezembro/1956 / Júlia Freire Perini. – 2013.

120 f. : il.

Orientador: Maria Beatriz Nader.

Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Hospital Aduino Botelho - Século XX. 2. Hospitais psiquiátricos.
3. Mulheres - Aspectos sociológicos. 4. Assistência em hospitais
psiquiátricos. 5. Mulheres. I. Nader, Maria Beatriz, 1956-. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas
e Naturais. III. Título.

CDU: 93/99

Aos meus pais, Antônio e Maria da Penha, as
pessoas mais fundamentais da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus pais, Antônio e Penha, pois eles são meus maiores incentivadores nesta caminhada. Minha família inteira é minha razão de viver e é o meu combustível para continuar seguindo em frente sempre. Vocês todos: avós, tias, primos são tudo de melhor na minha vida. Destaco um tio, Domingos da Penha Bins que me inseriu nessa problemática e foi uma fonte de inspiração intelectual.

À minha orientadora, professora Doutora Maria Beatriz Nader, que me apoiou e me amparou em todos os momentos difíceis desta empreitada acadêmica. Brincamos dizendo que a relação entre orientando(a) e orientador(a) é como um casamento: sentimos ciúmes, brigamos, choramos, rimos, cobramos umas das outras e produzimos um filho, neste caso, esta dissertação. Professora Beatriz, a minha relação com a senhora deixou de ser apenas profissional, afinal, mais dedicação a uma orientanda, impossível.

Quero agradecer também a todos da banca examinadora que, com suas críticas construtivas e seus elogios, certamente auxiliarão no aperfeiçoamento deste trabalho. Sou imensamente grata também à minha amiga, professora Rita Lima e ao professor José Guerino, que me ajudaram imensamente a compreender coisas específicas da área da saúde mental.

Aos meus amigos, grandes companheiros que sempre promovem debates enriquecedores, Alexandre Bazílio, Vitor Castro, Paula Coradi, Layli Rosado, Luis Eduardo Formentini, Marcelo Durão, Pedro Demenech, Juliane Albani, Glória Lima, um obrigado muito sincero. Agradecimentos especiais aos incentivos de Rafael Hygino e de Heloyza Hygino. Vocês me levantaram todas as vezes que estive prestes a desanimar.

Agradeço à Ivana, por me ajudar nos diversos trâmites burocráticos e por conseguir fazer valer direitos que eu nem sabia que existiam.

Agradeço à CAPES, que fomentou esta pesquisa com sua ajuda financeira, e ao Programa de Pós-Graduação em História, que cada vez mais busca amparar seus alunos durante o Mestrado.

Dedico esta dissertação à liberdade e à dignidade que todo ser humano merece ter. E que a cada dia sejamos mais livres para sermos felizes.

Carta aos diretores de asilos de loucos.

Senhores:

As leis, os costumes, concedem-lhes o direito de medir o espírito. Esta jurisdição soberana e terrível, vocês a exercem segundo seus próprios padrões de entendimento.

Não nos façam rir. A credulidade dos povos civilizados, dos especialistas, dos governantes, reveste a psiquiatria de inexplicáveis luzes sobrenaturais. A profissão que vocês exercem está julgada de antemão. Não pensamos em discutir aqui o valor dessa ciência, nem a duvidosa existência das doenças mentais. Porém para cada cem pretendidas patogenias, onde se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações, onde as mais vagas são também as únicas utilizáveis, quantas tentativas nobres se contam para conseguir melhor compreensão do mundo irreal onde vivem aqueles que vocês encarceraram?

Quantos de vocês, por exemplo, consideram que o sonho do demente precoce ou as imagens que o perseguem são algo mais que uma salada de palavras? Não nos surpreende ver até que ponto vocês estão empenhados em uma tarefa para a qual só existem muito poucos predestinados. Porém não nos rebelamos contra o direito concedido a certos homens – capazes ou não – de dar por terminadas suas investigações no campo do espírito com um veredicto de encarceramento perpétuo.

E que encerramento! Sabe-se - nunca se saberá o suficiente – que os asilos, longe de ser "asilos", são cárceres horríveis onde os reclusos fornecem mão de obra gratuita e cômoda, e onde a brutalidade é a norma. E vocês toleram tudo isso. O hospício de alienados, sob o amparo da ciência e da justiça, é comparável aos quartéis, aos cárceres, às penitenciárias. Não nos referimos aqui às internações arbitrárias, para lhes evitar o incômodo de um fácil desmentido. Afirmamos que grande parte de seus internados - completamente loucos segundo a definição oficial – estão também reclusos arbitrariamente. E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico como qualquer outra série de ideias e atos humanos. A repressão das reações antissociais, em princípio, é tão

quimérica como inaceitável. Todos os atos individuais são antissociais. Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social. E em nome dessa individualidade, que é patrimônio do homem, reclamamos a liberdade desses forçados das galés da sensibilidade, já que não se está dentro das faculdades da lei condenar à prisão a todos que pensam e trabalham. Sem insistir no caráter verdadeiramente genial das manifestações de certos loucos, na medida de nossa capacidade para avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta de sua concepção da realidade e de todos os atos que dela derivam.

Esperamos que amanhã de manhã, na hora da visita médica, recordem isto, quando tratarem de conversar sem dicionário com esses homens sobre os quais – reconheçam – só tem a superioridade da força.

Antonin Artaud

RESUMO

Esta dissertação versa sobre as internações de mulheres, ocorridas no Hospital Colônia Aduino Botelho, localizado em Cariacica, município que compõe a atual região metropolitana de Vitória, no Espírito Santo. As internações possuem um caráter intrigante, uma vez que poderiam servir para reprimir comportamentos femininos considerados antissociais perante a sociedade ou para simplesmente silenciar quem incomodava os demais. Nesse nosocômio foi encontrado um alto número de mulheres analfabetas, a maioria negras e pardas depositadas lá no momento em que a cidade de Vitória estava se consolidando como espaço urbano em desenvolvimento, ou seja, essa instituição se caracterizou como suporte auxiliar para a segregação de um grupo social de mulheres que fugiam às características da sociedade dominante. Dentre os meses de julho de 1954 a dezembro de 1956, foram internadas 704 mulheres com tais características. Pautada nos relatórios de governo do estado do Espírito Santo e monografias de médicos psiquiatras do século XX, foi possível reconstruir parte do pensamento psiquiátrico brasileiro e sua vertente punitiva às mulheres capixabas. A presente pesquisa observou os prontuários das mulheres que foram afastadas da convivência social, e constatou que a triagem não partia unicamente da perspectiva médica, mas também, de segmentos não-científicos da sociedade, tais como a família e a polícia.

Palavras-chave: Mulheres; Controle social; Hospital Colônia Aduino Botelho.

ABSTRACT

This dissertation deals with the internment of women, occurred in Aduato Botelho Psychiatric hospital, situated in Cariacica, city that integrates the metropolitan region of Vitória in the state of Espírito Santo. These internments have an intriguing character, once they might have served to repress feminine behaviors considered anti-social by society or to simply silence the ones that annoyed the others. In that asylum we could find a high number of illiterate women, mostly black and mulatto, deposited there by the time the city of Vitória was consolidating as a urban area in development, in other terms, that institution was characterized as an auxiliary support for the segregation of a social group of women that were not included in the characteristics of the dominant society. Between the months of July 1954 and December 1956, 704 women with those characteristics were hospitalized. Based on Espírito Santo state government relatories and psychiatric doctors monographs written in the twentieth century, it was possible to rebuild part of Brazilian's psychiatric thought and its punitive aspect over capixaba women. The present work observed the medical records of women separated from society, and found that this screening was not based only on a medical point of view, but also, from non-scientific segments of society such as the family and the police.

Key-words: women, social control, Aduato Botelho Psychiatric.

Sumário

INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO I	30
1 PAPEL SOCIAL E GÊNERO.....	30
1.1 PAPEL FEMININO ENTRE OS SÉCULOS XVI E XIX	33
1.2 AS TRANSFORMAÇÕES URBANAS E A MULHER NA PRIMEIRA METADE DE SÉCULO XX	40
CAPÍTULO II	49
2. MEDICINA E REPÚBLICA: O CONTROLE DA SOCIEDADE BRASILEIRA	49
2.1 A POLÍTICA SANITARISTA NO BRASIL	52
2.2 OS SABERES MÉDICOS E A FAMÍLIA	62
CAPÍTULO III	71
2 A PSIQUIATRIA INTERFERINDO NO COMPORTAMENTO FEMININO	71
3.1 SOBRE A PSIQUIATRIA NO BRASIL.....	72
3.2 A PSIQUIATRIA NO ESPÍRITO SANTO E O HOSPITAL ADAUTO BOTELHO	84
3.3 CONTROLANDO A SOCIEDADE CAPIXABA	95
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
5-REFERÊNCIAS.....	122
6-BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	127

INTRODUÇÃO

Michel Foucault, em sua obra *Microfísica do poder*¹, diz que estamos na época da gestão dos corpos. Os aparatos disciplinadores dos comportamentos foram aperfeiçoados desde o século XVIII, e as técnicas e os discursos, criados pelas disciplinas Direito, Medicina e Psiquiatria e o Estado. Vive-se uma tendência a normalizar tudo que é considerado desviante e o que desagrade um grupo dominante.

Esse autor acredita que, no século XIX, existiu um investimento de poder sobre o homem, que pode ser chamado de estatização do ser vivo. Além disso, no século XIX, a Medicina assume o papel de responsável pela normalização das condutas, se autodenominando reguladora da vida, dos comportamentos, dos hábitos, utilizando tecnologias de regulamentação das vidas. Nas palavras de Foucault, a Medicina é uma estratégia biopolítica que não visa somente ao orgânico, mas também pretende se incumbir da higiene pública, dos investimentos em campanhas de conscientização pela boa saúde e dos processos de medicalização da população².

No século XXI, após instituição de leis a respeito das internações compulsórias em clínicas de recuperação, discute-se, geralmente, a respeito de usuários de uma droga chamada *crack*. A partir de então, algumas questões são levantadas: Internar os dependentes arbitrariamente é uma opção para recuperá-los do vício? O que fazer quando alguém está à beira da morte e não tem condições de tomar decisões sobre sua própria vida? E depois da internação, os pacientes recuperados conseguirão se manter bem? Qual o suporte que terão para viverem melhor? Como decidir o que é mais adequado para uma pessoa quando ela não tem capacidade de decidir por si mesma? Dessa maneira, as internações arbitrárias em hospitais e clínicas psiquiátricas ainda são eixo de debates polêmicos, pois envolvem discussões sobre a liberdade e os critérios estabelecidos para intervir na vida de um indivíduo. Internar uma pessoa significa limitar seu direito de ir e vir e interditar a sua capacidade de tomar decisões válidas sobre diversos assuntos. Ademais, cria-se um estigma perante a sociedade em relação ao (à) internado(a).

¹ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed., São Paulo: Graal, 2012.

² Ibid.

O que define se a pessoa deve ficar internada é algo bastante discutível, já que existem muitas formas de tratamento para as perturbações mentais. Além disso, os critérios utilizados como justificativa para a internação podem ser questionados, uma vez que, ao contrário do que o senso comum acredita, a ciência também é reflexo de um contexto político e cultural. Ela é parte de um discurso que às vezes prevalece e reforça valores.

Quando se pensa nas internações compulsórias para mulheres e homens pobres, reclusos em hospícios, as justificativas poderiam estar estreitamente ligadas à vontade dos governantes, de médicos, de juízes, de engenheiros sanitários de livrar a cidade dos tipos considerados degenerados. Essa era uma das causas para internar pessoas com problemas como alcoolismo, desemprego, mendicância e homossexualidade, como afirma Maria Clementina Pereira Cunha³. Pode-se afirmar que o hospício do início do século XX seria, além de instituição asilar terapêutica para pessoas com perturbações mentais, também era local para punir quem ignorasse os comportamentos desejados pela burguesia industrial, pelo Estado republicano ou pela Medicina.

Há também outros setores da sociedade que estão envolvidos nesse processo de internação, os quais, nesse sentido, serão abordados nesta dissertação. Em todos os casos era importante determinar os comportamentos sadios e tolhidos, pois se relacionavam diretamente ao projeto modernizador e civilizatório do Brasil. E, de acordo com esse pensamento, só um “povo saneado”, livre de doenças e maus hábitos, moralmente adequado, poderia transformar o Brasil em país do futuro.

Para a realização deste trabalho, utilizamos principalmente a obra de Maria Clementina Pereira da Cunha sobre as mulheres internadas no hospício Juquery, em São Paulo, uma vez que fizemos semelhante análise com referência ao Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, fundado em 1954, no Espírito Santo. No entanto, focamos nos motivos que levaram à internação de um determinado tipo de mulheres nesse manicômio, já que foi possível verificar a existência de muitas mulheres negras e pardas, analfabetas e casadas. Portanto, descobrir o perfil social das

³ CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo**. Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

internadas e tentar explicações para esse quadro, foram os principais objetivos deste trabalho.

Para isso, também procurou-se compreender os prontuários e suas informações. A aparência, por exemplo, é dado recorrente nos documentos dos pacientes, uma vez que é possível encontrar, por exemplo, relatos de como eles mantinham seus cabelos e se portavam vestes limpas ou sujas. Às vezes, também, encontra-se nos prontuários a seguinte descrição: “Paciente calma, não reagiu à internação e diz que foi internada por causa de uma estripulia que tem vergonha de contar, ‘foi coisa feia’”.⁴, de acordo, com o registro geral 119.

Incontáveis situações poderiam colocá-las à mercê de uma punição, tais como ocorria com as moças que sofressem violência sexual e que reclamassem à justiça sobre tal abuso poderiam ser penalizadas caso se provasse não serem “honradas”. As circunstâncias do crime eram analisadas, e se comprovado que a moça esteve na rua sozinha, à noite, esta poderia ser responsabilizada tal crime, e o homem sairia impune⁵. Nesse sentido, as práticas jurídicas, que eram amplamente influenciadas pelos valores morais da época, mostravam que as meninas que se “perdiam” com seus namorados e que buscavam a justiça para reparar tal dano eram enquadradas num discurso médico-jurídico-civilizador.

Dito isso, podemos verificar a complexidade das relações referentes às internações e ao tolhimento dos indivíduos que tinham um comportamento inadequado. Esta dissertação versa sobre os casos de mulheres internadas no período do mês de julho de 1954 a dezembro de 1956, no Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho, localizado na cidade de Cariacica, a qual atualmente compõe a Região Metropolitana de Vitória⁶. O período escolhido para realização dessa pesquisa diz respeito aos primeiros 29 meses da fundação do hospital.

⁴ Registro geral constante na ficha de uma paciente do Hospital Aduino Botelho.

⁵ Sobre o assunto, ver: ESTEVES, Martha Abreu. **Meninas perdidas**: os populares e o cotidiano do amor no Rio de Janeiro da Belle Époque. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989 e FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**: Um caso de parricídio do século XIX. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

⁶ A Região Metropolitana de Vitória é constituída pelos municípios de Vitória, Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari. Ela foi criada pela Lei Complementar estadual 58, em 21 de fevereiro de 1995. Em 2001, os municípios de Fundão e Guarapari passaram a pertencer à Região Metropolitana. Esses sete municípios abrigam 46% da população total do Estado e contêm 57% da área urbana do Espírito Santo.

É necessário frisar que a bibliografia sobre este tema no contexto do cenário pesquisado é muito restrita, havendo pouca produção a respeito. Do material levantado, é possível citar o “Livro de Entrada” dos pacientes e alguns “Relatórios de enfermagem”, disponíveis à pesquisa na empresa Promemória, que gerencia, armazena, conserva e disponibiliza, quando solicitado, documentos ao público. Esta empresa, localizada no Bairro São Diogo, no Município da Serra, Espírito Santo, armazena documentos do Governo do Estado do Espírito Santo e de empresas privadas. No que diz respeito ao Aduino Botelho, na Promemória está arquivado o primeiro livro de registro de pacientes, de documentos relacionados à enfermagem e outros documentos que tratam da parte administrativa do hospital.

Do material que foi levantado, podemos citar o trabalho de Carla Torres Carrion⁷, que versa sobre a História da Psiquiatria e Psicologia no mundo e no Brasil, chegando ao Espírito Santo, e passando a contar a história do Hospital Aduino Botelho. Por meio dessa pesquisa foi possível compreender o perfil dos pacientes e as histórias referentes àquele local, utilizando fontes ainda pouco pensadas e problematizadas, datadas de até 60 anos atrás. Para tanto, a autora utilizou a história oral, materializada pelas entrevistas dos funcionários do antigo Hospital Aduino Botelho e dos prontuários médicos.

A presente pesquisa segue uma proposta um pouco diferente da obra de Carrion, pois trabalhou apenas com os 29 primeiros meses de funcionamento do hospital psiquiátrico em questão, e somente com as mulheres internadas para desfazer algum incômodo provocado por elas. Esse recorte temporal também se deve ao fato de os dados posteriores ao ano de 1956 não estarem separados por sexo, o que dificultaria saber o que se refere às mulheres e o que se refere aos homens.

Diante disso, partimos da hipótese de que as mulheres capixabas que não se adequavam corretamente ao modelo à época de mulher recatada e educada eram punidas e, muitas vezes, internadas arbitrariamente no Hospital Aduino Botelho. Isso, da mesma forma, era recorrente em outras cidades do Brasil.

⁷ CARRION, Carla Torres. **Desalinhados**: uma história do Hospital Aduino Botelho e das memórias que ali habitam. 2011. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

De acordo com as regras implícitas de convivência social à época as mulheres, de modo geral, devem se comportar de forma a manter um padrão moral de relação entre os indivíduos que compõem a comunidade. Nos anos 1950, segundo estudiosos do assunto, as mulheres que não se adequavam ao padrão comportamental estipulado sofriam reprimendas, e algumas delas eram retiradas compulsoriamente do convívio social, com anuência da ciência, da justiça e da família. Essa prática, no Brasil, remonta aos tempos coloniais, quando muitas mulheres eram enviadas aos recolhimentos, e grande parte delas permanecia internada até faleceram.

Nas primeiras décadas do século XX, os recolhimentos deram lugar aos colégios, que atuavam como “Internatos”, e aos Hospitais Psiquiátricos, que se formavam no período. Diante desse quadro, esta dissertação analisa, por meio dos relatórios de enfermagem e do “Livro de entrada” das pacientes internadas no Hospital Adauto Botelho, as internações de mulheres. O intuito é verificar se as internações foram realmente arbitrárias e se tinham caráter punitivo com relação aos comportamentos considerados antissociais à época da admissão ou se estavam lá no hospício para livrar os espaços públicos dos tipos considerados indesejáveis.

O primeiro capítulo deste trabalho enfoca o debate teórico a respeito do papel social desempenhando por cada indivíduo, ou seja, o que esperar de cada pessoa, de acordo com o sexo biológico, e como esse aspecto interfere no desempenho perante a sociedade. Além disso, a fim de conhecer mais de perto o discurso hegemônico da Igreja Católica em relação aos comportamentos e aos códigos de conduta por ela estabelecidos e fiscalizados, buscamos observar, nas pesquisas bibliográficas a respeito desse tema, as punições indicadas e pensar na relação entre o discurso da Igreja, o qual trata das regras de comportamento, e os padrões estabelecidos e cristalizados na sociedade patriarcal brasileira.

Dessa maneira, o inferno descrito pela Igreja Católica e o escárnio da sociedade, ao qual poderia ser submetido o transgressor dos códigos de conduta, contribuíam para a manutenção da ordem e dos bons costumes definidos para o contexto do Brasil durante o período em que este país foi colônia de Portugal e durante o Império, no século XIX. Para tanto, foi realizado um estudo sobre as mulheres e seus comportamentos adequados. Para a elucidação das práticas cotidianas e ideias a

respeito do corpo feminino, além da demarcação das regras sobre sexualidade, maternidade, domesticação no interior da família, buscou-se observar os discursos que emanavam da Igreja – uma das instituições protagonistas no processo de colonização.

No segundo capítulo, desenvolvemos um estudo sobre a relação entre as reformas urbanas que aconteceram no Brasil em algumas capitais no início do século XX, tais quais Rio de Janeiro, São Paulo e Florianópolis. Também verificamos como essas mudanças interferiram nas transformações dos comportamentos das pessoas nos espaços públicos, até chegar às mudanças de hábitos no espaço privado.

No Brasil República, inicia-se um processo de suplantação do discurso religioso, que não desaparece, mas perde espaço para a suposta verdade produzida pela ciência médica. Esta, imbuída de um estatuto científico, de métodos empíricos e do alvorecer de instrumentos e técnicas mais sofisticadas, mostra-se como nova guardiã da verdade e, junto ao Estado, reformadora do espaço urbano brasileiro, em fins do século XIX. A medicina pretende intervir nos comportamentos tidos como indesejáveis e modificá-los para adequá-los ao novo momento vivido pelo Brasil. O Estado e os brasileiros deveriam modernizar-se para entrar de vez no mundo capitalista industrializado, e isso passava por higienizar as cidades e retirar delas os desviantes dessa nova norma estabelecida.

No terceiro capítulo, partimos de uma análise a respeito da trajetória da história dos hospícios no mundo. O caráter repressivo dessas instituições asilares é um pressuposto fundamental para o presente trabalho. São duas peças importantes que se encaixam neste momento da dissertação: a repressão e o caráter punitivo que essas instituições representariam e suas funções como aliadas para reforçar o papel social feminino estipulado pelo patriarcalismo ainda presente no Brasil da década de 1950.

Destarte, os prontuários e as tabelas contendo informações das pacientes internadas no Hospício Adauto Botelho nos anos de 1954, 1955 e 1956 forneceram os dados que faltavam para comprovar como esse manicômio serviu como forma de repressão e contenção para os comportamentos transgressores. A análise foi feita sob orientação do método monográfico, o qual é o mais indicado para trabalhar com

os dados que se baseiam em estudos de casos. Ou seja, é possível constatar padrões sobre um tema a partir de um estudo exaustivo de alguns eventos emblemáticos.

É válido esclarecer que a ciência médica e os médicos não podem ser destacados da sua conjuntura histórica. Não se pretende julgar a atitude de uma categoria profissional com referência aos valores do século XXI, tampouco deixar de pensar as perspectivas humanitárias de algumas ações individuais ou de ações coordenadas pelo Estado (as políticas públicas). As fontes e os textos usados na bibliografia relacionada permitem compreender a lógica interna das atitudes tomadas naqueles contextos do século XX, bem como discutir, a partir dos debates iniciados pelos contemporâneos, o caráter repressor e reforçador dos valores e costumes da época.

Portanto, não é o objetivo deste trabalho fazer uma análise que vitimize os pacientes internados no hospital psiquiátrico ou que vilanize os médicos e a estrutura que dá suporte a eles. O que pretendemos discutir é que pode haver uma complexidade de desdobramentos que vão além da internação e do tratamento de um paciente em surto e, como ressalta Madel Luz: “um dos objetivos deste trabalho é exatamente colocar a impossibilidade de se fazer uma análise de propostas da Medicina desvinculando o científico do político”⁸.

⁸ LUZ, Madel T. **Medicina e a ordem política brasileira**: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

CAPÍTULO I

1 PAPEL SOCIAL E GÊNERO

O papel social é um construto pautado na ciência social moderna, considerado como ponto que incide sobre as pessoas como uma força central na construção de comportamentos que confirmam ou mudam as estruturas sociais. Os estudos sobre o papel social estão presentes em todas as áreas das ciências sociais e humanas, notadamente naquelas que apontam seus estudos para as pesquisas que envolvem o comportamento humano.

Embora seu conceito seja amplo, para efeito da presente pesquisa, tomamos emprestados os estudos realizados por Maria Beatriz Nader⁹, publicados no artigo *A condição masculina na sociedade*, no qual a autora utiliza uma metáfora bastante elucidativa para compreendermos o que é o papel social. Segundo ela, no teatro, cada ator desempenha um papel seguindo um roteiro já pensado, que se desenrola de forma harmônica, e na sociedade acontece algo similar, ou seja, os indivíduos são educados para representarem papéis de acordo com o sexo biológico com o qual eles nascem. Também a maneira como cada indivíduo desempenha seu papel dentro da sociedade, além de seu sexo, pode estar relacionada ao grupo social ao qual ele pertence, ou seja, é possível criar uma expectativa de comportamento que corresponde a um grupo de determinada classe econômica, origem cultural em comum, religião, entre outras características. Assim, o conceito de papel social relaciona-se ao comportamento do indivíduo mais ou menos de acordo com o seu sexo e sua posição social.

Para a “interpretação” dos papéis esperados pela sociedade na qual o indivíduo se insere, existem expectativas quanto ao desempenho dele, quais sejam, os comportamentos esperados e os efetivamente realizados. O primeiro ocorre de acordo com a posição social do indivíduo e, o segundo, pela maneira como o indivíduo se comporta de fato dentro da sociedade e como ele se relaciona com o *status* que lhe é atribuído. Ou seja, o comportamento esperado é a expectativa de desempenho, de forma que o que se espera de um indivíduo tem que estar de

⁹ NADER, Maria Beatriz. A condição masculina na sociedade. *Dimensões*, Vitória, n. 14, p. 461-480, 2002.

acordo com a posição social ocupada, e o desempenho efetivo se refere ao comportamento que relacionado com os dados observáveis nas ações do indivíduo, isto é, o seu comportamento na prática.

Ainda de acordo com os estudos de Nader (2002)¹⁰, observa-se que cada cultura molda os papéis sociais dos indivíduos que a compõem e cria as expectativas de seu desempenho. No mundo ocidental, pode-se afirmar que os papéis sociais pautaram-se além da diferenciação biológica dos sexos, no conjunto de capacidades legais do indivíduo, seus poderes e a capacidade calculadora, deliberativa e manipuladora, e talvez, por essas características, sempre foram muito bem delineados e diferenciados.

Em relação ao desempenho do papel social que tem como característica a diferenciação biológica, que é a que interessa ao presente estudo, as expectativas que dizem respeito ao comportamento do homem plasmam sua masculinidade e esperam que ele a desempenhe com coragem, firmeza e racionalidade. E em relação à mulher as expectativas se mostram completamente diferentes, ou seja, espera-se que o seu desempenho seja emotivo, respeitoso e obediente.

Assim, as características tidas como essenciais para homens e mulheres são importantes para a manutenção da ordem de diferenças hierárquicas e sociais, que passam a ser naturalizadas de modo a compor a educação de cada sexo. Desta forma, existem maneiras diferenciadas para educar as crianças para que, posteriormente, elas saibam assumir os papéis sociais cabíveis ao seu sexo.

Na obra *Mulher: do destino biológico ao destino social*, Nader¹¹ explicita que a divisão dos papéis sociais acontece na vida das pessoas antes mesmo de seu nascimento. Ainda na fase uterina, o feto recebe influência das sensações da mãe e de quem convive com ela. Depois, nos três primeiros anos de vida, por depender da sociedade para sobreviver, o pequeno ser humano começa a perceber como o seu grupo familiar funciona e isso contribui para moldar seus hábitos de vida e sua identidade sexual. Os comportamentos dos adultos próximos à criança são muitas vezes imitados, e elas também ficam atentas às diferenças entre os modelos masculino e feminino a que sua família dá ênfase. É nesse momento que

¹⁰ NADER, 2002.

¹¹ Id. **Mulher**: do destino biológico ao destino social. Vitória: EDUFES, 2001.

costumeiramente as crianças aprendem as disparidades entre ser homem e ser mulher. Isso quer dizer que os fatores biológicos que influenciam os papéis a serem realizados na vida dos indivíduos vão determinar sua maneira de se portar, de vestir, de falar e de agir, tornando-se regras sociais que serão inculcadas pela família no indivíduo, reforçando as diferenças de cada sexo, estimulando ou reprimindo comportamentos e expectativas desse ser humano. Nader (2002)¹² afirma ainda que, nesse momento da vida, os indivíduos definem as semelhanças com determinadas pessoas e as diferenças com outras, formando sua identidade sexual, e a matriz básica do gênero está presente no interior da formação do sentimento da identidade do homem e da mulher.

Diante desse fenômeno, é importante compreender a diferenciação dos conceitos de sexo e gênero. O primeiro pode ser compreendido numa dimensão mais ligada à biologia e o segundo, ao comportamento que se espera de cada um. Além disso, Nader¹³ afirma que o gênero rejeita a ideia de um determinismo biológico, contido no termo sexo, e que se liga à construção social do ser masculino e feminino. Logo, sexo remete à condição de macho e fêmea, que são distinguidos pelos órgãos genitais, e gênero pelo comportamento de cada um.

Dos estudos que tratam do termo gênero, Joan Wallach Scott¹⁴, pioneira no assunto, reforça que o gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos, além de ser utilizado como forma de classificar fenômenos, objetos e indivíduos com características comuns. Dessa forma, o termo gênero contribui para evitar que os estudos de homens e mulheres sejam isolados. Scott reforça ainda a ideia de que não vivemos em esferas separadas, e o estudo de gênero pode ser utilizado para analisar as relações sociais existentes entre os sexos.

Sendo assim, o gênero deve ser pensado de maneira distinta da prática sexual dos papéis que normalmente são vinculados aos homens e às mulheres. Além disso, o conceito de gênero pode mudar de acordo com o tempo, o local, a sociedade, o grupo étnico, a camada social, entre outros. Logo, essa é uma concepção bastante

¹² NADER, 2002.

¹³ Ibid.

¹⁴ SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez., p. 71-99, 1995.

fluida e que soma as construções sociais que se foram cristalizando por anos a fio na história da humanidade, utilizando explicações biológicas para dar suporte ao destino social de cada indivíduo.

1.1 PAPEL FEMININO ENTRE OS SÉCULOS XVI E XIX

No Brasil, os papéis sociais são claramente definidos entre os sexos, pois desde o início de sua colonização, a sociedade estabelecida pelos portugueses definiu marcadamente o que cada indivíduo deveria fazer para bem representar sua condição sexual ou jurídica. Delimitando o que se esperava que cada pessoa fizesse e de acordo com o seu sexo, a sociedade portuguesa na América delimitou os espaços de atuação dos homens e das mulheres, constituindo dentro dessa delimitação espacial a identidade sexual de cada um.

Pautada na ideologia patriarcalista e no código de valores e de comportamento importado da metrópole portuguesa, mantendo forte influência de um discurso normatizador proferido pela Contrarreforma, após o Concílio de Trento, essa sociedade marcou com profundas diferenças os relacionamentos entre os homens e as mulheres e entre as pessoas brancas e negras. Ou seja, o modelo de comportamento que deveria ser desenvolvido no Brasil foi importado de Portugal e contribuiu para moldar a vida na Colônia, definindo como cada um deveria se comportar dentro dessa sociedade.

Muito embora definido o do homem com certo rigor nos gestos e no na atitude de sua atuação na vida pública, é no papel a ser pela mulher que a sociedade se concentra, no intuito de adestrá-la, conferindo-lhe uma situação específica de alteridade¹⁵.

Como a colônia portuguesa na América obedecia aos preceitos conservadores da ideologia patriarcal da sociedade portuguesa, aos homens cabia o trabalho de desbravar as terras inóspitas deste território, adaptando-se à realidade local, e o controle sobre suas vidas seguia uma regra social de menor rigor. Para os homens, que, na maioria das vezes, passavam anos longe de suas famílias, lidando com a

¹⁵ DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

abertura de frentes de trabalho ou mesmo lutando contra outros homens que os impediam de realizar esse referido trabalho, a honra e a virtude tinham a ver com sua labuta e com o que ele fazia para concretizá-la.

Por seu turno, as mulheres, com outras atividades a desempenhar nesta mesma sociedade, deveriam seguir as normas do código de valores e de comportamento longe das lidas masculinas. Para elas, a honra e a virtude, por determinação de uma lógica também baseada na ideologia patriarcalista, determinavam que o trabalho a ser desempenhado devesse estar enquadrado no espaço geográfico doméstico e com as atividades que nele deveriam ser desenvolvidas, ou seja, todas as atividades relacionadas à maternidade e ao casamento. Por isso, cabia às mulheres viverem longe das ruas e seguir rigorosamente um comportamento recatado e honesto¹⁶.

Chama atenção o fato de Del Priore¹⁷, ao sublinhar a condição feminina no Brasil até o século XVIII, mostrar que era o modelo escravista de exportação que marcava as relações entre os homens e as mulheres, pois para ela a tradição machista da cultura ibérica e o propósito da empreitada colonial estimulavam os homens a determinarem como as mulheres deveriam se comportar. Completando tal raciocínio, Nader¹⁸ afirma que o Código Manuelino do século XVI e depois o Filipino do século XVII regularam o comportamento daquela sociedade, obrigando a todos que viviam sujeitados à Coroa portuguesa a seguirem à risca suas leis. Assim, aqueles que, independentemente de sua condição jurídica ou sexo, deixassem de obedecer as leis eram punidos.

Para Del Priore¹⁹, os discursos moralizadores, religiosos e médicos, traçaram os padrões ideais de comportamento das mulheres no Brasil, pulverizando sobre elas ecos de opiniões montadas sobre uma rede de tabus que venceram séculos e traçaram o adestramento da mulher pautado na sexualidade feminina. Esta mesma autora afirma que a mulher, na concepção desses discursos, sempre feitos por homens, herdeiros dos valores portugueses patriarcais e machistas, era um indivíduo inferior e, por isso, deveria ser adestrada por meio de “musculosos

¹⁶ NADER, 2001.

¹⁷ SOBRE O ASSUNTO VER DEL PRIORE, 1993; DEL PRIORE, Mary. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORE, Mary (Org.); BASSANEZI, Carla (Coord. de textos). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001, p. 78-114.

¹⁸ NADER, op. cit., nota 17.

¹⁹ DEL PRIORE, 1993.

instrumentos” de ação – no caso, os homens. Afirma ainda que nesse contexto as instituições, as quais conjuntamente e de modo significativo estabeleceram o sentido e o lugar da mulher, foram a Igreja e a Medicina.

Para Del Priore, o instrumento mais utilizado para adaptar a mulher aos interesses da Igreja e da Medicina foi o discurso normativo médico sobre o funcionamento do corpo feminino. Além disso, a autora afirma que “ [...] Esse discurso dava caução ao religioso na medida em que asseverava cientificamente que a função natural da mulher era a procriação”²⁰. E todas as mulheres que se comportavam fora do “território” da maternidade eram condenadas à luxúria e, por conseguinte, à exclusão. Assim, a autora assevera que o discurso médico que sustentava o religioso, naturalizava a condição da mulher como mãe e se inseria nas questões da família, legitimando cientificamente o patriarcalismo.

No artigo “Magia e Medicina na colônia: o corpo feminino”, Del Priore²¹ reforça tal raciocínio quando afirma que, ao se lançar sobre a mulher, o olhar médico a tratava como objeto sexual de mera reprodução e só captava o que servia à compreensão dos mecanismos de fecundação, de tal modo que a mulher que não procriasse seria considerada como um ser do Demônio.

A maternidade tinha um significado profundo e fazia do corpo feminino um santuário singular ao mesmo tempo em que era considerado misterioso. A mulher, capaz de atrair o homem e ao mesmo tempo o repelir, por seus cheiros, seu ciclo menstrual e expulsões do parto, era estigmatizada como um ser incapaz de se satisfazer. Por isso, considerada dona de uma atitude horrenda ao mesmo tempo em que fascinante, seria impossível ao homem conviver com essa mulher perigosa sem adestrá-la.

Desta forma, textos bíblicos, textos jurídicos, textos médicos, dentre outros, entendiam ser de grande valia reforçar a menoridade da mulher, explicar a demência de seu cérebro, a fragilidade de seu corpo, a incapacidade de seu intelecto, além de a Igreja afirmar em sermões que a mulher era diabólica. De todos os pensamentos, chama atenção a Medicina, que ainda no século XIX não havia abandonado as concepções antigas que Platão e Aristóteles faziam da mulher. Para os gregos, a

²⁰ DEL PRIORE, 1993, p. 27.

²¹ Id., 1997.

mulher era um ser débil, que exalava calores e cheiros que as faziam sempre doentes e frágeis. A Medicina reforçava o pensamento misógino da Igreja, que entendia ser a mulher inferior ao homem, porque Deus assim quisera e a modelara.

Esses discursos foram fundamentais para domesticar as mulheres e por isso para que elas pudessem contemporizar as normas e sobreviver no contexto cultural que criava regras que lhes impunham constrangimentos naturais, refugiavam-se na maternidade. E, aquelas que viviam sem a presença masculina em sua residência ficavam à deriva dos humores comunitários e às acusações de que eram desonestas.

Segundo Del Priore²², o Concílio de Trento estimulou a produção e divulgação de um discurso direcionado à mulher, fazendo-se presente no campo da organização familiar. Para a Igreja, a mulher deveria ser severamente vigiada e orientada a manter os costumes nos moldes da tradição europeia, e para isso instituiu regras de comportamento feminino, responsabilizando a mulher pela família, pelo casamento e pela procriação. Viver sem cumprir essas obrigações não era uma opção para a mulher honesta, e a Igreja então se esforçava, via discursos normativos, para provar a todo custo os problemas decorrentes do não cumprimento desse papel.

Tal discurso organizador chegou ao século XIX, período em que a Igreja continuou exercendo severa vigilância dos costumes, reorganizando as funções dos corpos, gestos e hábitos, pelos sermões e pelas devassas. Embora fosse um personagem importante da fé no lar e na educação dos filhos, a mulher ainda vivia em um espaço de realização muito restrito. Mesmo as mulheres de classe alta tinham pouca instrução e ainda permaneciam estreitamente ligadas à honra familiar, da qual dependia a certificação da paternidade de seus filhos para efeito de herança e transmissão de patrimônio. Por isso, seu espaço de atuação era restrito à esfera privada.

Com poucas opções de vida disponíveis e tendo a Igreja como aliada da família na fiscalização de seu comportamento, muitas mulheres foram desencorajadas de participarem do mundo político e do trabalho fora do lar. Elas eram estimuladas a

²² DEL PRIORE, 1993.

aceitar a hierarquia existente entre homens e mulheres e a manter o papel social de mãe e esposa, além de se conformar com a reclusão feminina no espaço doméstico.

Na sociedade oitocentista se entendia que o casamento e a maternidade resguardavam a mulher da anarquia do seu espírito e distúrbios decorrentes deste. Ainda considerada porta de entrada do pecado, a mulher deveria evitar a aparência sensual que pudesse impelir o homem ao erro, desviando-o do comportamento tido como ideal para ele. Dessa forma, o discurso da Igreja mantém o controle da sexualidade feminina, uma vez que a mulher continua sendo “demonizada” e confundida com o mal, o pecado, a traição.

Assim, a educação das mulheres de classe abastada centrava-se em sua preparação para ser a guardiã do lar e da família, ou seja, era centrada na preparação das mulheres para o seu destino de esposa e mãe. Sendo assim, vários conselhos eram dados às mulheres nos sermões religiosos, para que elas tivessem compostura na vida social, incluindo o controle sobre suas vestes, sua exposição pública e no trato com os homens e as outras mulheres.

Chama atenção o fato de ainda na sociedade brasileira do século XIX a reclusão feminina não se dar somente no espaço doméstico, pois mesmo sendo o casamento o destino social que se esperava que as mulheres cumprissem, muitas permaneciam solteiras. E dentre os diversos motivos que levavam muitas mulheres de classe alta a não realizarem tal destino era o fato de a família, para evitar um casamento desigual, impedir que suas filhas se casassem com homens que não fosse de sua classe, chegando a condená-las ao confinamento nos recolhimentos, onde na maioria das vezes ficavam até a morte²³.

O Código Filipino, que fora compilado em 1603, em Portugal, manteve-se efetivo no Brasil até a promulgação do Código Civil de 1916, e facultava aos homens o enclausuramento de suas esposas e filhas em recolhimentos e em instituições que tinham como objetivo primário abrigar mulheres para prepará-las para o casamento, ou mesmo aquelas que engravidavam sem estarem casadas, prostitutas, dentre

²³ HAHNER, June E. **A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas: 1850-1937**. São Paulo: Contexto, 2012, p. 43-64.

outras, conforme falado anteriormente. Segundo Nader e Lima²⁴, a internação compulsória de mulheres nos recolhimentos assumia também um caráter punitivo ao adultério e às meninas que tinham casos amorosos que desagradavam às famílias, além disso, serviam para afastar as meninas mais novas do parcelamento de heranças e dotes. Os recolhimentos serviram como verdadeiras prisões femininas, afirmam as autoras.

O confinamento de mulheres nos recolhimentos chegou ao ponto de D. Pedro I, em 1825, por considerar ser este um costume prejudicial ao próprio recolhimento e contrário à indissolubilidade do matrimônio, proibir a entrada de mulheres casadas nos recolhimentos dos Perdões na Bahia.

Segundo Leila Mezan Algranti²⁵, não somente os recolhimentos serviram como locais de clausura para as mulheres, mas também os conventos adquiriam a conotação de encerramento de mulheres que rompiam as normas impostas pelos códigos morais da sociedade. Esta autora afirma ainda que muitas vezes para fugir do destino que a sociedade, fortemente baseada no ideal patriarcalista, impunha às mulheres, estas optavam pela clausura e seguiam a vida religiosa. Contudo, outras mulheres foram enviadas para os claustros justamente por renegarem este mesmo ideal.

De acordo com Jurandir Freire Costa²⁶, foi durante o século XIX que transformações políticas e socioeconômicas foram gradativamente minando as bases daquela sociedade rigidamente hierárquica, e a Medicina foi desenvolvendo uma nova moral da vida e do corpo, inserindo-se na política de transformação familiar. Contudo, a Medicina social manteve a mulher numa condição inferior aos homens, pois entendia que, por razões biológicas, as características femininas eram frágeis, uma vez que predominavam as faculdades afetivas sobrepondo-se às intelectuais, e por isso as mulheres deviam se manter em condições de subordinação à sexualidade, reforçando com isso a ideia de que a mulher nasceu para ser mãe.

²⁴ NADER, Maria Beatriz; LIMA, Lana Lage da Gama. Violência contra a mulher: da legitimação à condenação social. In: PINSKY, Carla B.; PEDRO, Joana M. **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2012.

²⁵ ALGRANTI, Leila Mezan. **Honradas e devotas**: mulheres da colônia. Condição feminina nos conventos e recolhimentos do sudeste do Brasil, 1750-1822. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

²⁶ COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

Sendo assim, as características arrogadas às mulheres foram suficientes para impeli-las ao casamento e, por conseguinte, restringi-las ao ambiente doméstico. O médico italiano Cesare Lombroso, com base no pressuposto de que a mulher nascera para a maternidade, argumentava que a mulher dotada de forte inteligência e de relativo amor sensual era vazia do sentimento de maternidade, e por isso muito perigosa. Àquela época, as mulheres eram mulheres consideradas criminosas por natureza, loucas e prostitutas, devendo ser banidas do convívio social²⁷.

Neste sentido, a sociedade apoiava-se no Código Criminal do Império, de 1830, e no Código penal de 1890, para disciplinar, controlar e estabelecer normas para as mulheres. A ação policial, muitas vezes, utilizava-se desses instrumentos para punir com violência mulheres de classes populares que não se enquadravam nas regras sociais de comportamento “sadio” e correto.

Nas últimas décadas do século XIX, embora tivesse ocorrido um rompimento entre a República e a Igreja, a formação cristã das mulheres persistia moralizando a educação feminina que apontava a dicotomia entre Maria e Eva, o que apelava para a missão feminina de ser mãe e esposa. O símbolo cristão do feminino perseverando no ideal de recato e pudor, mesmo o país se abrindo à modernização da higienização e construção da cidadania.

Ainda que a República se abrisse à urbanização e, por conseguinte, ao mercado de trabalho feminino, mesmo que incipiente, a incompatibilidade do casamento e a maternidade com a vida profissional era efetivamente contrária àquele e a esta. Os discursos religiosos e médicos responsabilizavam a mulher pela manutenção da família, do casamento e educação dos filhos. Guacira Lopes Louro²⁸ mostra que a esses discursos veio se juntar os novos conhecimentos da Psicologia, que reforçava ser de responsabilidade da mulher o desenvolvimento físico e emocional da criança, ou seja, nada deveria impedir o afastamento da mulher do convívio familiar.

²⁷ SOIETH, Rachel. Mulheres pobres e violência no Brasil urbano. In: DEL PRIORE; Mary (Org.); BASSANEZI, Carla (Coord. de Textos). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001. p. 362-400.

²⁸ LOURO, Guacira Lopes. Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORE, Mary (Org.); BASSANEZI, Carla (Coord. de Textos). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001.

Na realidade, reforçava-se a ideia de que a verdadeira carreira da mulher era o casamento e a maternidade. E tudo que a afastasse desse destino seria percebido como um desvio da norma, devendo a punição ser o caminho da volta.

1.2 AS TRANSFORMAÇÕES URBANAS E A MULHER NA PRIMEIRA METADE DE SÉCULO XX

A expansão urbana do Brasil determinou o ritmo de crescimento das cidades, e nelas a vida das pessoas, seus temperamentos e suas condutas dependiam das relações dinâmicas, criando, desse modo, laços de solidariedade e sobrevivência. Durante o século XIX, a sociedade brasileira sofreu uma série de transformações que se consolidaram no decorrer da primeira metade século XX. A modernização e a higienização do país provocaram mudança dos hábitos populares, a partir do momento em que tais hábitos se tornaram alvo de especial atenção da Medicina e de medidas públicas, que almejavam o incremento de uma nova mentalidade reorganizadora das vivências familiares e domésticas. De acordo com Nísia Lima, Cristina Fonseca e Gilberto Hochman²⁹, entre os anos de 1910 e 1930, houve um crescimento de consciência das elites e uma tomada de responsabilidade por parte do Estado em relação aos graves problemas sanitários que o país enfrentava.

A busca pela modernização das cidades decorreu da política econômica implementada por volta dos anos de 1889, quando foi promulgada a Proclamação da República no Brasil, e das transformações tanto da estrutura das cidades, quanto do comportamento das pessoas que nela habitavam. Tais transformações visavam adequar as cidades ao crescimento do comércio e das atividades industriais de exportação. Era a tentativa de o Estado e a elite inserir o Brasil nas redes internacionais de comércio, consolidando o setor exportador, além de iniciativas para se adotar práticas culturais próprias do mundo civilizado³⁰.

²⁹ LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica.** In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

³⁰ Maria da Conceição Francisca Pires cita um cronista do início do século XX estudado por José Teixeira de Oliveira em seu livro *História do Espírito Santo*, 2006. Disponível em: <http://www.ape.es.gov.br/pdf/Livro_Historia_ES.pdf>. Acesso em jun. 2012.

Os modelos de progresso e de civilidade copiados das antigas metrópoles europeias, notadamente da reforma urbana de Paris, levada a cabo pelo Barão de Haussmann, foram transplantados para o Rio de Janeiro, então capital da República, acelerando a urbanização e provocando um progressivo movimento das populações pobres para a cidade. Nela as pessoas ocupavam habitações coletivas ou cortiços, misturando-se de forma desordenada e anti-higiênica. Mas, com o objetivo de *afrancesar* a cidade, criando grandes avenidas no centro da capital administrativa do Brasil, o Prefeito Pereira Passos (1904-1906) expulsou os pobres que “estragavam a paisagem” do centro administrativo do país.

Outras cidades do Brasil, também no início do XX, testemunharam diversas medidas de remodelação, tanto no tocante ao desenho urbano quanto ao desenvolvimento de uma nova arquitetura. Dentre elas, a cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, foi remodelada e seus espaços, saneados para melhor atender às necessidades econômicas de um novo tempo higiênico.

As modificações realizadas na estrutura urbana capixaba interferiram na nova visão de convivência urbana, rompendo com a antiga sociedade agrária para adotar posturas “civilizadas”, melhorar o paisagismo e “higienizar” os costumes sociais. Era a “febre” da reestruturação urbana que visava alcançar os ideais da economia moderna brasileira³¹.

Logo no começo da República, o governador Afonso Cláudio (1889-1890) iniciou o desenvolvimento e a modernização de Vitória, incorporando novas técnicas de construção na capital. Para evitar o aumento das epidemias que afloravam incessantemente, o governo buscou ampliar as áreas de ocupação, evitando a concentração de habitantes no centro da capital.

À frente do governo do Estado do Espírito Santo, durante o período de 1892-1896, o governador Muniz Freire continuou a reforma de Vitória ajudado pelo aumento da receita estadual propiciado pela boa fase das lavouras de café. Ruas foram ampliadas, prédios e sobrados foram enquadrados na noção de salubridade e becos foram extintos por serem considerados proliferadores de enfermidades. Além dessa

³¹ PIRES, Maria da Conceição Francisca. Vitória no começo do século XX: modernidade e modernização na construção da capital capixaba. **Revista de História Saeculum**, João Pessoa, v. 1, jan./jun., p. 94-106, 2006.

justificativa pautada na higienização da cidade, os projetos modernizadores de Muniz Freire visavam preparar a cidade para o desenvolvimento. Freire acreditava que era necessário reorganizar a infraestrutura, não somente da cidade de Vitória, mas também de todo o Espírito Santo para atingir progresso econômico.

Segundo Gilton Luis Ferreira³², nesse momento, a preocupação do Estado com a cidade de Vitória era solucionar os problemas típicos das cidades coloniais, tais como abrir ruas estreitas e sinuosas, que dificultavam a circulação de pessoas e de mercadorias, havendo também a necessidade de canalizar e drenar as águas pluviais e de esgoto da cidade. As obras de alargamento das avenidas e ruas demandaram desapropriações e demolição de prédios. Além disso, no Código de Posturas Municipal de 1892, existia a preocupação em ordenar as construções particulares, tornando-as mais adequadas aos padrões arquitetônicos e de salubridade, e a partir desse ano, era preciso pedir autorização da prefeitura para executar alguma obra. Vitória passou, portanto, por várias modificações em seu espaço físico.

Graciliano dos Santos Neves (1896-1897) assumiu o cargo de Presidente de Estado e teve que enfrentar um desequilíbrio das receitas públicas, por isso cortar gastos. A situação econômica do país era desfavorável a grandes investimentos, pois se asseverava a crise vivida pelos cafeicultores. O estado do Espírito Santo foi bastante afetado já que esse era o carro-chefe de sua economia. Para sanar as dívidas, o governo, devido à grave crise econômica e às dívidas contraídas pelo Estado, paralisou obras já em andamento.

Ao retornar ao cargo, em 1900, Muniz Freire encontrou um contexto econômico desfavorável às realizações de novas obras, que aos poucos foram retomadas.

Contudo, foi Jerônimo Monteiro (1908-1912) o qual, ao assumir o poder estadual, acreditou que para alavancar a economia do Estado precisava promover a diversificação da mesma, incentivando investimentos em outros campos que não fossem ligados ao café. Contando com ajuda do governo federal, criou um fundo para intentos modernizadores, empreendendo mudanças na infraestrutura, com

³² FERREIRA, Gilton Luis. **Um desejo chamado metrópole**: a modernização urbana de Vitória no limiar do século XX, 2009. 175 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2009.

melhoramento dos serviços de água, luz e transportes, além de reformular o sistema de ensino.

Desde o início de seu governo, Jerônimo Monteiro pretendeu higienizar a cidade de Vitória seguindo os moldes das cidades europeias. O governador contava com a colaboração do engenheiro Augusto Ramos para ajudar no processo urbano, tendo respaldo também no saber médico higienista, que associava aglomerados urbanos às enfermidades de massa. Dessa forma, com medidas sanitárias enérgicas, o governo repensou o planejamento urbano, procurando disciplinar a sociedade com dispositivos legais e organizar a cidade conforme a necessidade de seus bairros, segundo a predominância das atividades ali estabelecidas³³.

Novos lugares passaram a absorver, caracterizando-os, marcas dos grupos que ali se instalavam, tais como bairros operários, bairros das elites e bairros de classe média e populares. Para o Estado modernizador não bastava apenas mudar o cenário e a infraestrutura da cidade, precisava também mudar os hábitos de vida das pessoas que não se encaixavam no modelo burguês de cidade limpa e organizada.

Com tal objetivo, o governo de Monteiro investiu em cartazes, palestras e trabalhos educativos para ampliar a educação sanitária. O Estado passou a interferir nas condutas comportamentais cotidianas das pessoas, com base nos padrões definidos por médicos sanitaristas. As restrições higiênicas e morais dirigiam-se a determinados tipos sociais – loucos, bêbados, capoeiristas e mendigos, por exemplo – considerados nocivos à sociedade por exercerem atitudes contrárias ao desenvolvimento da cidade, cujo aumento demográfico demandava urgentemente reorganização. Os habitantes de Vitória se amontavam em casas sem estrutura sanitária, expondo-se a doenças e epidemias, promovendo a proliferação de enfermidades tais como tuberculose, “bexiga” e febre amarela. Com o fim de sanear a cidade, então, o governo afastou do cenário urbano a população que não se adequava à higienização proposta pelo discurso médico higienista que associava as doenças aos aglomerados urbanos³⁴.

³³ PIRES, 2006.

³⁴ PIRES, 2006.

As camadas populares, contudo, manifestaram-se contra as medidas disciplinadoras e foram reprimidas e controladas pelas autoridades locais. Além disso, essa população também sofreu reprimendas em seu hábito de viver, pois a pequena elite vitoriana buscou, segundo Pires³⁵, coibir o lazer e suas manifestações culturais, tentando mudar o comportamento dessas pessoas, para que elas se adequassem ao projeto de cidade civilizada, ordenada e moderna.

Segundo Ferreira³⁶, a modernização urbana de algumas partes do Velho Continente era vista como uma das causas de seu desenvolvimento e, por isso, um modelo a seguir. No entanto, assevera o autor, uma faceta importante desse processo de transplantação de mentalidade a ser analisada é a exclusão dos pobres promovida por essa modernização brutal e verticalizada, que produziu na prática uma segregação socioespacial da cidade. A exclusão de pessoas consideradas nocivas ao progresso e à higienização das cidades deveu-se a uma transposição mal adaptada e que não levou em conta a existência de diferenças dos contextos históricos, promovendo assim a transposição anacrônica do modelo europeu de cidade. Todas essas mudanças ocorreram para dar respostas ao novo contexto histórico que se desenhava no capitalismo mundial do início do século XX, sendo, portanto, fruto de uma reorganização da mentalidade e da economia mundiais.

Confirmando tal pensamento, Wanderlei Machado e Joana Pedro³⁷ afirmam que a historiografia recente tem mostrado como as reformas urbanas reconfiguraram na reorganização do espaço na cidade, o comportamento das pessoas de acordo com o seu sexo. Do homem reforçava-se o ideal de ser o provedor e o pensante do lar, uma vez que tinha a inteligência, a força e a capacidade de decisão, características necessárias ao progresso que se avizinhava naquele momento de desenvolvimento do país.

Especificamente em relação à mulher, o tradicional papel feminino de pouca exposição pública na sociedade, também foi reforçado. A imagem que se esperava da mulher ainda implicava na manutenção de características que a mantivesse frágil, bonita, sedutora e submissa. O ideal era que ela permanecesse no lar, cuidando das

³⁵ Ibid.

³⁶ FERREIRA, 2009.

³⁷ MACHADO, Wanderlei; PEDRO, Joana Maria. Relações de gênero na cidade. Florianópolis, 1900-1930. **Dimensões**, Vitória, v. 23, 2009.

atividades domésticas e dos filhos, pois ser esposa, mãe e dona de casa era o destino feminino.

Mas, nem todas as mulheres atendiam ao preceito feminino de comportamento que se esperava, pois muitas delas não ficavam somente em casa desenvolvendo apenas as tarefas domésticas, já que precisavam trabalhar para complementar a renda familiar. Machado e Pedro³⁸, a respeito da necessidade de a mulher trabalhar fora do espaço doméstico afirma que

Em relação aos papéis desempenhados pelas mulheres de diferentes classes sociais, nas camadas populares um trabalho remunerado fora de casa, embora pudesse ser aceito como complementação de rendimento familiar, era encarado como exceção, e temporário, visto que o marido ideal era aquele cujos rendimentos poderiam manter a família sem a ajuda “complementar” feminina.³⁹

Com os preços de moradia encarecendo, as mulheres precisavam contribuir para o sustento da casa ou mesmo sustentá-la sozinha, na reposição diária da força de trabalho de seus companheiros. Muitas faziam das atividades domésticas seu ganha-pão: lavavam, engomavam e bordavam roupas de pessoas de classe alta, além de fazerem e venderem doces nas ruas. Essas mulheres tinham acesso aos espaços públicos, nos quais, além de trabalharem, também se divertiam e circulavam livremente, sendo a todo momento abordadas pela polícia.

Numa sociedade pequena, na qual o rígido preceito de comportamentos diferenciados entre pessoas de cada sexo deveria prevalecer, essas mulheres não se enquadravam, uma vez que para sobreviver, saíam de casa para trabalhar e circulavam pela cidade sem nenhuma companhia. Soihet⁴⁰ afirma que, em várias cidades do Brasil, muitas vezes o trabalho dessas mulheres implicava em um “circuito ativo de informações, bate-papos, leva-e-traz, [e] contatos verbais”, além do que “neste contexto acentuava-se a repressão contra as mulheres” das camadas populares.

Na realidade, o que fica claro é que havia empenho das autoridades em impedir a presença de populares em locais nos quais as camadas mais altas da sociedade

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid., p. 95.

⁴⁰ SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. **Revista Brasileira História**, São Paulo, v. 27, n. 54, p. 281-300, dez. 2007.

frequentavam. O afastamento de populares, principalmente de mulheres que comercializavam e circulavam à toa, dava um ar de “civilização” a esses locais.

O preconceito contra a presença de mulheres nas ruas muitas vezes era bem aparente quando elas se prostituíam ou arrumavam brigas nas praças e chafarizes. “Sua condição de classe e gênero acentuava a incidência de violência”, afirma Soihet⁴¹ ao analisar que as condições dessas mulheres levavam a polícia a agredi-las física e moralmente, e tudo isso com a anuência das autoridades que queriam “afrancesar” a cidade.

Vistas na condição de ser que misturava os atributos negativos e positivos, cujas atitudes nem mesmo os mais avançados recursos científicos poderiam prever, naquela primeira metade do século XX, a mulher continuava a ser compreendida enquanto ser moral e socialmente perigoso, que deveria ser submetido a um conjunto de normas rígidas de forma a assegurar o cumprimento de seu papel social de esposa e mãe, garantindo a vitória da Maria sobre Eva.

A violência aplicada às mulheres com posturas desviantes, ou seja, que não correspondiam ao papel social criado para elas, se dava mais no sentido de coerção do que de direção moral, afirma Soihet⁴². Para esta autora, a violência incidia mais sobre as mulheres pobres e tinha forte conotação de discriminação de gênero, uma vez que as formas de violência aplicadas se traduziam em violência específica de desmoralização das mulheres, como por exemplo, chamá-las de “prostitutas” e não permitir sua presença em locais frequentados por mulheres de classe abastada.

Joana Maria Pedro⁴³, na obra *Mulheres honestas e mulheres faladas: uma questão de classe*, reforça tal assertiva quando mostra que no início do século XX era nas ruas de Florianópolis que as mulheres encontravam espaço para buscar o alimento para si e para seus filhos. Mas isso não ocorria, como vimos anteriormente, somente nas ruas da capital catarinense, pois em vários outros lugares do Brasil as mulheres de classes populares também sofriam violência e repressão ao buscarem seus espaços no mundo urbano. Era nas ruas que elas conversavam, brigavam e se

⁴¹ Ibid., p. 366

⁴² Ibid.

⁴³ PEDRO, Joana Maria. **Mulheres honestas e mulheres faladas**: uma questão de classe. Florianópolis: UFSC, 1994.

divertiam, além do que eram também as ruas que muitas vezes assumiam conotações de espaço de lar onde as mulheres comiam, dormiam e, forjando laços de sociabilidade, improvisavam papéis informais de trabalhadoras.

Contudo, nem todas as mulheres que circulavam pelas ruas dependiam dela. O setor industrial em expansão arregimentou um número significativo de mulheres e crianças para trabalharem em fábricas que manufaturavam vestuários, tamancos, chapéus, tabaco, velas e sabão, dentre outros produtos que eram largamente consumidos pela população que não parava de crescer. O emprego fabril, embora pagasse muito pouco às mulheres, em torno de 65% do salário dos homens, era uma alternativa de sobrevivência feminina ao trabalho das ruas, nas quais comercializavam desde verduras, flores e outras produções caseiras, até o próprio corpo.

Apesar da necessidade de trabalhar para sobreviver, muitas mulheres sofreram oposição por parte de diferentes grupos sociais que entendiam que elas deveriam dedica-se exclusivamente às tarefas do lar e da maternidade. O trabalho feminino, embora ainda vinculado à carga de degradação que lhe era associada por causa da escravidão, precisava ser vinculado à “ordem e progresso”, e para isso era necessário que as mulheres das classes populares fossem arregimentadas a uma vida honesta, ordeira e asseada. Para Louro⁴⁴, o interesse dos “condutores da sociedade” era educar mulheres para que elas controlassem seus homens, afastando-os dos distúrbios e das perturbações do mundo público.

Após o término da Primeira Guerra Mundial, a volta dos homens ao trabalho provocou a demissão em massa das mulheres, e o trabalho feminino fora do lar passou a ser condenado socialmente, principalmente os desenvolvidos nas ruas e nas fábricas; nas primeiras, pelo perigo que as mulheres “mundanas” traziam à moralidade das “famílias de bem”, e nas últimas, por causa das precárias condições de trabalho, tais como insalubridade, falta de higiene, violência da disciplina, umidade e ruído, além do que algumas mulheres eram obrigadas a dar a luz seus filhos e no mesmo dia voltar ao trabalho. Tudo isso levou algumas instituições, que

⁴⁴ LOURO, 2001.

se revestiam de preocupações morais, religiosas e higienizadoras, associarem o trabalho feminino fora de casa à “perdição moral” e até à prostituição”⁴⁵.

O imaginário dessa sociedade tinha a esfera doméstica como o refúgio moral da mulher, e aquelas que convivessem nos espaços públicos seriam corrompidas, sujeitando-se assim a perder as qualidades de pureza e ingenuidade tão características da esfera privado-doméstica. No entanto, contraditoriamente, as oportunidades de trabalho assalariado cresciam, de certa forma articuladas às oportunidades de escolarização, fazendo com que mais mulheres conseguissem empregos em escritórios, lojas de departamentos e escolas onde pudessem lecionar. Tais oportunidades levaram às ruas as meninas de família, que circulavam em praças e nas avenidas largas das cidades.

Ao mesmo tempo em que as mulheres operárias foram sendo substituídas por trabalhadores masculinos nas fábricas, as novas oportunidades de trabalho feminino foram sendo criticadas pelos higienistas, que viam perigo nessa mobilidade feminina. Nos julgamentos de políticos, juristas e médicos, os advogados dos “bons costumes” afirmavam que as mulheres que fugiam do papel social feminino de esposa e mãe, eram “descaradas”, “escandalosas”, “mundanas”, e por isso havia necessidade de se redobrar a vigilância sobre elas. Nesse momento em que a modernização das cidades ancorava-se no desenvolvimento urbano, toda a população de mulheres pobres, trabalhadoras, migrantes, negras e mulatas passou a ter seu comportamento fiscalizado, criticado e, na medida do possível, submetido a intervenções por parte de autoridades.

⁴⁵ Sobre o assunto ver MATOS, Maria Izilda e BORELLI, Andrea. Espaço feminino no mercado produtivo. In: PINSKY, Carla; PEDRO, Joana Maria. **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2012, p. 126-147.

CAPÍTULO II

2. MEDICINA E REPÚBLICA: O CONTROLE DA SOCIEDADE BRASILEIRA

Acreditando que as doenças do corpo eram remédios para os desregramentos do espírito, pregadores e padres constituíram um saber que, durante a colonização do Brasil, orientou a Medicina e supriu provisoriamente a lacuna de seus conhecimentos. O pequeno número de médicos na Colônia e o fato de a Medicina ainda ser ciência frágil, com poucos resultados perante os males do corpo, reforçava o valor terapêutico da crença nos poderes dos santos. A Igreja, desde seus primórdios, elegia santos e santas para intercederem pelos males do corpo, como por exemplo, pelos partos e pelas doenças dos olhos.⁴⁶

Naquele período, em Portugal, no tocante ao corpo feminino, a ciência médica e sua fisiológica que misturava doença e culpa estava impregnada pelo imaginário diabólico de que a mulher era um ser inferior aberto às vicissitudes do pecado. Estudos como anatomia e patologia da mulher tentavam não só compreender as especificidades do corpo feminino, mas também entender a natureza feminina, necessariamente oposta à masculina. E, para isso, era necessário conceituar uma função para a mulher dentro de parâmetros que associassem o metafísico com os saberes sobre a biologia feminina e o moral social. Assim, a Medicina classificou alguns parâmetros como *normais*, que exprimiram e determinaram o destino biológico da mulher na sociedade: ser esposa e mãe⁴⁷.

Tais preceitos cristalizaram-se na sociedade colonial brasileira enchendo-a de estereótipos contrários à mulher, ao ponto de, não somente para os padres da Igreja, mas também para os médicos e para toda a sociedade, o corpo feminino deveria ser considerado a casa do demônio. Por conta disso, a mulher deveria ser constantemente vigiada, e seus conhecimentos, seu comportamento e sua sexualidade controlados de perto pela família e pela sociedade.

⁴⁶ FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves . A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. 2. ed. Belo Horizonte: ARGUMENTVM, 2008. v. 1.

⁴⁷ DEL PRIORE, Mary, 1997.

É interessante notar que, ao entender que as mulheres tinham destino traçado por seu corpo biológico, a Medicina voltava-se para curá-las das doenças não pelo fato de curar o corpo feminino e devolver a saúde à mulher, mas para que ela estivesse pronta para procriar e para que os homens pudessem continuar usufruindo de seus corpos, mantendo uma representação idealizada do corpo feminino⁴⁸. Além disso, os poucos conhecimentos do corpo da mulher por parte da Medicina contribuíram para que os médicos se inscrevessem no discurso da Igreja, que chegava a condenar pessoas que tinham opiniões discordantes do fervor ortodoxo da Inquisição, a qual acusava de curandeirismo as mulheres que possuíam saberes que escapavam ao controle dos padres e dos médicos. Desta forma, a opinião sobre a mulher emitida pela Igreja repercutia na visão que a Medicina detinha sobre o corpo feminino.

No século XIX, a prática médica sofreu mudanças, e cientistas e médicos fizeram descobertas que revolucionaram os saberes da Medicina. O aperfeiçoamento no uso do microscópio possibilitou estudos pioneiros das células, abrindo caminho para a ampliação das práticas científicas. Os novos estudos biomédicos proporcionaram outros caminhos às crenças médicas, que, aos poucos, foram se afastando do entendimento divino das doenças, muito embora as crenças populares de cura das enfermidades desenvolvidas ao longo da história da humanidade continuassem a ser utilizadas⁴⁹. Sob outros olhares de se produzir conhecimentos médicos, o caráter especulativo e espiritualista foi progressivamente substituído pelo olhar empírico e experimental da Ciência.

Por seu turno, a hegemonia do pensamento positivista⁵⁰ que se firmava no Brasil ajudou muito a romper a imaginação e a argumentação pela experimentação e observação, ao contribuir com o combate de ideias de que o subdesenvolvimento do Brasil vinculava-se ao clima, ao temperamento passivo e sensual do brasileiro, condições favoráveis a endemias. A população que era vista enquanto portadora de

⁴⁸ Sobre o assunto ver DEL PRIORE, 1997.

⁴⁹ Sobre o assunto ver MARGOTTO, SELMA Blom. **Terapias alternativas & Medicina científica: encontro ou confronto**. Vitória: Edufes, 1998.

⁵⁰ O positivismo, segundo o livro *As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento*, 1994, pode ser resumido em três axiomas principais: 1) a sociedade é regida por leis naturais que não variam: independentemente das ações humanas, na vida social reina uma harmonia natural; 2) a sociedade pode ser estudada pelos métodos das ciências da natureza; 3) as ciências da sociedade, bem como as da natureza, devem limitar-se à observação e à explicação causal dos fenômenos, de maneira objetiva, neutra e livre do julgamento de valor ou ideologias, afastando preconceitos.

hábitos perigosos para a saúde, devido ao desregramento moral, à prostituição, à falta de saneamento básico, à moradia em cortiços não planejados e/ou em casas mal ventiladas e à pouca informação sobre hábitos de higiene formavam um conjunto de características a serem combatidas pelos médicos em prol do funcionamento ordenado da cidade.

Estimulando a confiança em um Brasil próspero e limpo, a filosofia positivista utilizou-se da ciência médica para extinguir o sentimento ou ideia de inferioridade tecnológica, política e racial. O positivismo, produto de sociedade tecnoindustrial da segunda metade do século XIX, fundava-se na devoção à Ciência, vista como único fenômeno capaz de guiar a vida humana ao desenvolvimento, à ordem e ao progresso.

Desta forma, o controle médico sobre a sociedade inclinou-se à centralização, buscando a uniformidade e a concentração de poder. Foram criadas práticas de controle dos corpos e medidas preventivas pela perspectiva de um Estado sanitarista que procurava universalizar novos valores, com a convicção de que o Estado importava mais do que o indivíduo. Limpar a cidade de pessoas que a tornavam menos saudável era a meta. Loucos, vagabundos, criminosos, alcoólatras, ladrões, devassos, homossexuais, suicidas e tantos outros foram considerados “anormais”. Foram descritos na condição de infames que precisavam ser identificados, curados e regenerados para o bem de toda a sociedade. Assim, mesmo não sendo unânime a aceitação do pensamento positivista no setor médico, este pensar filosófico e político coadunava-se bem com os escopos do Estado em fins do século XIX⁵¹.

A partir desse período, a relação entre Estado, Medicina, movimentos sociais e políticas sociais vinculam-se a vários acontecimentos políticos, tais como o fim da escravidão, a República, os interesses das correntes filosóficas europeias em ebulição, colocando-se na vanguarda do combate ao desregramento moral, tornando-o problema de saúde. Dentre eles, porém, a Medicina, enquanto agente responsável por parte das transformações políticas, sociais e econômicas do Brasil,

⁵¹ LOPES, Fabio Henrique. Análise Historiográfica da Medicina brasileira. **Locus**: Revista de História, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, 2003. p. 99-115.

tornou-se fundamental para a compreensão dos estudos que perpassam as relações de gênero e a exclusão de indivíduos que não coadunam com regras sociais⁵².

2.1 A POLÍTICA SANITARISTA NO BRASIL

No contexto do fim do século XIX e início do século XX, os médicos⁵³ assumiram, junto com o Estado e com outras instituições e profissões, a responsabilidade de higienizar a sociedade dos males dos conglomerados urbanos. Assim, a sociedade seria medicada e ordenada⁵⁴.

Os médicos, principalmente os sanitaristas, ocuparam-se bastante com a divulgação dos hábitos de vida saudáveis para que a sociedade brasileira alcançasse um patamar de civilização. Ou seja, imbuíram-se da responsabilidade de combater os considerados degenerados, pois estes eram tidos como entrave ao desenvolvimento brasileiro. Sanear o país, para os higienistas, significava avanço e regeneração. Sua ajuda importaria para fazer do Brasil nação civilizada, já que as grandes endemias condenavam o país ao atraso.

A Medicina não só vai interferir no corpo político, com seus anseios, como também passará a integrar o Estado. Os médicos, segundo várias pesquisas realizadas

⁵² LUZ MADEL, 1982.

⁵³ Os médicos no início do século XX eram identificados com a condição de portadores de conhecimento abrangente sobre o doente e a doença. A identidade médica possuía três categorias de profissionais: os generalistas, os especialistas e os sanitaristas ou higienistas. O médico generalista buscava organizar a vida das pessoas, desde seus hábitos de higiene mais íntimos até as intervenções cirúrgicas de riscos elevados. A relação era individualizada e direta, pois o doente não contava com a ajuda de outro profissional da saúde. A prática, a sensibilidade e a experiência eram os requisitos principais na perspectiva da Medicina generalista do início do século XX. Aliás, defendiam a Medicina tradicional e se opunham aos avanços tecnológicos da profissão. São os chamados médicos de família que, mais do que curar, preocupam-se em consolar e amparar emocionalmente a família do moribundo. Os médicos especialistas pregavam a soberania da técnica e da racionalidade científica na prática médica. Entendiam que a atividade deveria ser desenvolvida em equipe, cada um com sua especialidade. E, os médicos sanitaristas ou higienistas apresentava-se como normatizadores de hábitos e costumes, preventivistas, orientados pela eugenia. Muitos médicos com este último perfil profissional atuavam no Poder Público, vinculados à gestão de serviços de profilaxia, educação ou ação higiênica. Sobre o assunto ver CARVALHO, Keila Auxiliadora. **A saúde pelo progresso: médicos e saúde pública em Minas Gerais**. 2008. 160 f. Dissertação (Mestrado em História – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008. PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

⁵⁴ ENGEL, Magali. **Os delírios da razão: médicos, loucos, e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

sobre o tema⁵⁵, não se preocupavam somente com a saúde dos indivíduos separadamente, mas com a da população e com o bem-estar coletivo das cidades. A proposta dos médicos era tornarem-se parte da estratégia da hegemonia dominante que se fazia com a República, afirma Luz Madel⁵⁶.

Tal assertiva encontra respaldo no discurso do médico José Baeta Vianna, paraninfo dos formandos em Medicina, de 1939, da Universidade Federal de Minas Gerais, ao afirmar que sentia “[...] de longa data, que a Medicina no Brasil, adquiriu para os médicos um sentido novo além do social e humano que todos lhe reconhecemos – o sentido cívico⁵⁷”. O discurso, além de demonstrar bem o propósito de alguns médicos, lançava bases para as ideias modernizadoras do século XX, pois mostra o quanto se pretendia romper com as teorias baseadas no determinismo biológico da raça brasileira. O que se pensava como alternativa a esse destino trágico era um país higienizado, cujo povo educado poderia corrigir e regenerar seus defeitos e se aperfeiçoar como ser humano, permitindo a modernização nacional.

Durante a Primeira República, o papel da saúde estava ligado à construção da autoridade estatal sobre o território e à consolidação de uma nacionalidade ainda nascente, pois o governo republicano e os médicos entendiam que, por meio do combate às doenças, eles afastariam do povo brasileiro a imagem negativa adquirida devido ao clima tropical do país e à origem racial que lhe dava a pecha de povo inferior. Os intelectuais desse período tinham como preocupação construir a identidade brasileira e esboçar projetos que fortalecessem a presença do Estado em todo o território nacional⁵⁸.

Carvalho⁵⁹, por sua vez, afirma que aos médicos interessava se associarem ao Estado para obter o poder de intervir politicamente no corpo social e que as relações históricas entre a Medicina e a constituição do Estado Nacional brasileiro, em linhas gerais, eram de cumplicidade e colaboração. Dessa forma, os médicos procuravam obter o seu lugar na sociedade, bem como legitimar o discurso do Estado sobre a

⁵⁵ Dentre outras, cita-se LUZ MADEL, 1982; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; CARVALHO, 2008; PATTO, Maria Helena Souza. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan./abr., 1999.

⁵⁶ Luz, 1982.

⁵⁷ Apud CARVALHO, 2008. p. 37.

⁵⁸ LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005.

⁵⁹ CARVALHO, 2008.

modernidade, a industrialização, a urbanização, apregoando a ordem necessária ao progresso do país.

Por outro lado, também o Estado queria incorporar o prestígio da Ciência enquanto produtora de conhecimento confiável, neutro, abstrato e universal, e assim usufruir dos saberes médicos para intervir na vida social. Ilustra-se essa relação ciência-Estado com as intervenções racionais na produção e nas tentativas de organizar/racionalizar os hábitos da população em geral⁶⁰.

Preocupando-se com a saúde da população em consonância com o restante do mundo, o Estado brasileiro, percebendo o quão interessante seria um povo saudável na civilização do Brasil, como etapa de sua transformação em país desenvolvido como ocorreu na Inglaterra ou França, duas das maiores potências do início do século XX, buscou, portanto, sanear os males sociais para consumir o desenvolvimento nacional⁶¹. O governo utilizava os serviços e as concepções sobre saúde coletiva dos médicos para estabelecer novas normas de conduta dentro dos comportamentos considerados higiênicos, cumprindo assim seu ideal desenvolvimentista. Era uma simbiose mutuamente benéfica.

Desta forma, os médicos, junto com o Estado, tentaram habilitar a população para atividades úteis à nação e à economia e criar um tipo de harmonia social forjada para questões maiores, como o ideal desenvolvimentista vigente nesse período.

Apesar de se colocarem na condição de pessoas isentas e imparciais, os médicos não conseguiram desvincular-se dos elementos políticos, culturais e econômicos vigentes, pois junto à profissionalização da Medicina, que era estratégia para angariar influência e respeito, buscavam em outra frente converter a saúde em bem público no Brasil. Um dos argumentos era o fato de as doenças contagiosas poderem afetar o bem-estar de muitos, tornando o doente uma ameaça ao coletivo.

⁶⁰ É o caso, por exemplo, da campanha de vacinação em massa no Rio de Janeiro, em 1904, que culminou na Revolta da Vacina. As instituições de ensino de Medicina e as sociedades médicas tentaram tornar o país um lugar próspero, civilizado e progressista, mesmo invadindo a privacidade das famílias e dos corpos ao tentar inocular um produto, no caso, a vacina, nas pessoas, sem informação suficiente para a maioria. Foram necessárias, então, campanhas que tornassem as pessoas mais dóceis a esse tipo de política pública na área da saúde. Sobre o assunto ver LUZ MADEL, 1982.

⁶¹ PIRES, 2006.

A carência, a falta de higiene da maioria da população brasileira, a urbanização e a industrialização dos anos subsequentes e seus aspectos sociais e espaciais praticamente impossibilitaram as elites econômicas e sociais de se isentarem totalmente dos efeitos dessas mudanças e da precariedade de vida de grande parte dos pobres. Políticas públicas procuraram, então, melhorar as condições de vida das camadas mais baixas da população e, conseqüentemente, a convivência nos espaços públicos.

Os higienistas constataram a situação e apresentaram ao Estado as necessidades de se implementar a saúde social. Muitas informações, hoje básicas, eram desconhecidas da população, e os médicos sanitaristas precisaram falar sobre o destino do lixo, os hábitos alimentares, o consumo de álcool, além das noções de higiene pessoal⁶². Problemas como verminose, febre amarela, tuberculose, frequentes no Brasil, associavam-se às dificuldades econômicas nacionais, como se esses males físicos impedissem a nação brasileira de se desenvolver do mesmo modo que as europeias. Combater as enfermidades que assolavam a população era sinônimo de progresso social e econômico para um povo.

A maioria dos brasileiros não tinha acesso a médicos e ainda recorriam, em casos de doença, a curandeiros, chás de ervas, rezas, médicos práticos, barbeiros-cirurgiões e benzedadeiras. Assim, interferir nesses costumes era muito difícil, pois entrar na intimidade do lar, orientar a mudança e fiscalizar hábitos considerados errôneos foi, muitas vezes, encarado como desrespeito e desconfiança. Diante desses costumes, os médicos precisavam firmar-se na condição de autoridade competente e único profissional cientificamente habilitado para curar as enfermidades do corpo.

Para a Medicina sanitarista, o termo civilização tinha significado especificamente voltado para o combate às endemias e epidemias, que assolavam o interior e as cidades brasileiras, impedindo seu povo de desenvolver-se. Portanto, para alcançar o progresso nacional, era preciso mudar esse quadro.

Os médicos sanitaristas não se conformavam com a ideia de que a natureza tropical do Brasil o condenasse à falta de desenvolvimento, ao fracasso. Para modificar esse

⁶² CARVALHO, 2008.

quadro os médicos do Instituto Oswaldo Cruz saíram pelo país realizando diagnósticos, pesquisas e promovendo campanhas sanitárias⁶³.

A imagem construída pelos médicos que viajaram pelo interior oscilava entre avaliações positivas e negativas, mas os relatos concentravam-se mesmo em dizer que o homem do campo era um indivíduo à margem do processo civilizatório pelo qual passava a Nação.

O sertão estava abandonado e era necessário ser incorporado ao movimento progressista e, para isso, as doenças curáveis no Brasil foram identificadas e mapeadas. Para os médicos, o atraso ligava-se não às condições climáticas ou à origem racial, mas no abandono em que a população, principalmente o sertanejo, vivia. Bom exemplo do pensamento corrente entre os intelectuais está expresso no personagem Jeca Tatu, criado por Monteiro Lobato. Jeca Tatu protagonizava campanha sanitária e refletia certas mudanças no pensamento dos profissionais da saúde. As ideias sobre o sertão e o litoral, região considerada em dia com o processo civilizatório, por ter mais atenção do poder público, articularam teorias do Brasil que conduziram a ações profiláticas interessadas em salvar os valores morais essenciais dos sertões. Em consonância com esse pensamento, Lobato escreveu que o Jeca não é assim, mas ele está assim. O Jeca precisava do médico e de acreditar em suas prescrições para tornar-se saudável, empreendedor e moderno.

O sanitarismo adotou como premissa, para recuperar a saúde do povo, a necessidade de aliar médicos e poder público, sobretudo em torno da higiene. Essa ideia permeou as campanhas pelo saneamento rural, não apenas avançando sobre o mundo privado, mas definindo regras de convivência nos espaços públicos.

Hochman⁶⁴ corrobora essa ideia afirmando que um ser humano poderia transmitir doenças para outros, e isso significava que o estado de saúde de um indivíduo não era mais assunto apenas daquele ser, mas um problema coletivo. Essa interpretação dava ao Estado o direito e o dever de intervir sobre a liberdade do indivíduo para garantir que os demais não fossem prejudicados.

⁶³ HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998.

⁶⁴ HOCHMAN, 1998.

Paralelo ao processo de convencimento da população, os médicos higienistas reivindicavam ao Estado uma legislação nacional. Essas leis deveriam estabelecer um código sanitário que orientasse todas as atividades que ameaçavam a saúde da população. Contudo, o governo federal tendia a descentralizar a saúde pública, e o federalismo atrapalhava as ambições de unificar um programa de saúde pública para o Brasil. A autonomia dos estados dificultava as ações dos sanitaristas e a execução de seu plano para a Nação. Além disso, os governos estaduais nem sempre possuíam recursos suficientes para resolver os problemas de saúde da sociedade.

Esses fatores dificultavam, porém não impediram a campanha pelo saneamento rural. Os médicos cobraram da administração estatal, mostrando que o descaso reproduzia os problemas sociais, que eram mal resolvidos e tidos como empecilhos ao desenvolvimento nacional. Além disso, os médicos apontavam o federalismo como empecilho ao desenvolvimento do país.

Segundo Oliveira⁶⁵, médicos, educadores, engenheiros, entre outros profissionais, foram envolvidos pelo nacionalismo característico da segunda década do século XX. Oliveira ressalta que, após a Primeira Guerra Mundial, o significado de nacionalismo mudou quando a questão nacional foi trazida à ordem do dia e as bandeiras nacionalistas começaram a propor programa de luta para organizar os movimentos de salvação nacional. Esses movimentos refutavam as explicações racistas e os modelos biológicos eugenistas e buscavam nova identidade. O nacionalismo visava à cura dos males nacionais e à construção identitária de um povo.

Saúde e educação se tornaram a dupla que resolveria os problemas sociais e econômicos do Brasil de então. Essa era a aposta dos médicos higienistas da primeira metade do século XX. E elas, juntas, contribuiriam para a unidade nacional necessária à modernização do país. Dentro desse projeto, a educação promoveria a cura “intelectual”, e a Medicina regeneraria a parte “física” da população. No campo, a preocupação era com o arcaísmo e a ignorância, e no mundo urbano, a vida precisava ser ordeira, sem a construção de cortiços que enfeiavam as cidades, sem falta de higiene nas relações interpessoais, reforçando os cuidados com a limpeza das casas e ruas, entre outras necessidades.

⁶⁵ OLIVEIRA, Lucia Lippi. **A questão nacional na Primeira República**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

As campanhas sanitárias da época visaram tornar a população do campo mais saudável e mais produtiva; afinal, as indústrias do início do século XX ainda não encabeçavam a economia nacional, e a área rural concentrava a maior parte das divisas do país. Apesar das divergências sobre como tornar o Brasil um país desenvolvido e as vias para tal intento, a meta era a mesma, modernizar o país era equipará-lo às nações ocidentais civilizadas.

Diante disso, a saúde da população era fundamental para a modernização brasileira. Para os médicos, resolver esse problema era importante para sanar as demais problemáticas. O amplo programa de reforma social proposto por eles devia ser observado não só do ângulo das políticas institucionais, mas considerando a influência na formação de ideologias sociais, tal qual a ideologia da construção da nacionalidade brasileira. O essencial era colocar a saúde na pauta do poder público, consolidando a ideia de que doença é questão do mundo público, visto que um povo doente é um povo atrasado.

Hochman⁶⁶ reforça a ideia de que a entrada do poder público na empreitada do saneamento alargaria a presença do Estado na sociedade e no território brasileiro, e classificou o período entre 1910 e 1930 como a “era do saneamento”. Nesse período, cresceu a consciência entre as elites quanto aos graves problemas sanitários do país. Ademais, existia uma forte vontade de que o Estado nacional assumisse mais responsabilidades pela saúde da população. Mas, para isso foi preciso que os sanitaristas formassem um conjunto de argumentos convincentes sobre a saúde como “bem público”. Os médicos iniciaram medidas que levaram décadas para serem cumpridas, dentre elas a centralização das políticas de saúde pública pelo governo federal.

Sobre isso, Hochman⁶⁷ enfatiza que

[...] a política centralizada era o ideal dos médicos higienistas brasileiros, pois solucionaria impasses da interdependência sanitária e ainda seria solução financeira para os problemas dos estados.

Mas, apesar de todas as dificuldades, cresceu a responsabilidade do Estado sobre a saúde da população brasileira.

⁶⁶ HOCHMAN, 1998.

⁶⁷ Ibid.

Em meio ao período em epígrafe, no ano de 1918, foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, encabeçada pelo médico Belisário Penna. Esse movimento tentava chamar a atenção para a necessidade de saneamento em porções territoriais do Brasil não atendidas pelo Estado. A Liga passou a abordar os problemas de saúde não só com biólogos ou sanitaristas, mas também como um problema político. Os médicos que compunham a Liga acreditavam na viabilidade de um serviço de saúde centralizado, coordenado, que pudesse atender às demandas de saúde dos brasileiros e por isso defendiam a criação de um Ministério da Higiene e Saúde Pública e de um Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Em 1920, o Departamento foi criado e dirigido pelo médico Carlos Chagas. O surgimento do Departamento foi uma resposta do poder público à mobilização dos sanitaristas e seus aliados e pode ser encarado também como a inclusão dos higienistas no aparelho estatal⁶⁸.

Na medida em que se compreendeu que a saúde pública influenciava a produtividade e a qualidade da mão de obra, além de outras relações no campo e nas cidades, novos contornos foram dados à questão. A saúde pública passou a ser preocupação dos governos por questões associadas aos interesses econômicos e com a emergência da inserção do Brasil no modelo capitalista, uma vez que esse modelo de sociedade dependia dos corpos “sadios” dos indivíduos e de sua integridade física para funcionar e para fazer frente ao processo produtivo.

As mudanças políticas do período de 1930 a 1945 influenciaram substancialmente o campo da saúde, inaugurando o modelo centralizador, verticalizado e setorizado. Foi formada uma burocracia pública fortemente profissionalizada, em contraste com os higienistas das duas primeiras décadas, os quais foram considerados românticos⁶⁹. Contudo, em relação ao projeto para formação do cidadão brasileiro, conveniente a um país civilizado, almejando-se constituir uma identidade nacional, não houve mudanças em relação ao pensamento dos médicos da Primeira República. A burocratização do Estado e a crescente centralização política exemplificam rupturas pós-Revolução de 1930.

⁶⁸ CARVALHO, 2008.

⁶⁹ Ibid.

Importa enfatizar que existiram diferenças e semelhanças entre as estratégias de atuação dos médicos das décadas anteriores à de 1930 e das posteriores. Sobre as permanências, as visões ideológica, reformadora e normatizadora dos médicos continuaram com poucas alterações. Era contínuo o desejo de trabalhar em prol da construção do Estado-Nação, e para tal a saúde pública foi fundamental, em particular para a manutenção da “saúde” da força de trabalho, atendendo aos interesses do processo produtivo ou os interesses capitalistas.

O primeiro governo de Getúlio Vargas, momento da história do Brasil, que, segundo Gomes,⁷⁰ não deve ser visto como bloco único, nem pensado por perspectiva opositora à Primeira República. Essa ideia, para a historiadora referida, prega que a Revolução de 1930 assinala um momento diverso da história do país pela ruptura com os “desacertos” da Primeira República. O ano de 1930, conforme o pensamento de diversos segmentos da elite daquele período, inaugurou uma nova era. Gomes aponta os problemas desencadeados por essa análise, ressaltando que o cenário político incerto domina o período em questão. Fatos cruciais, como a Revolução Constitucionalista de 1932, a Constituinte de 1934, a movimentação da Aliança Nacional Libertadora e da Ação Integralista Brasileira são alguns exemplos da instabilidade da República pós-1930. Essas movimentações se refletiram na estruturação da saúde pública.

As discussões sobre as reformas na saúde da população, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, prosseguiram nas décadas de 1930 e 1940. E os debates foram fundamentais para a compreensão da validação da Medicina perante a sociedade brasileira. Afinal, na primeira metade do século XX, grande parte da população, por inúmeros motivos, não confiava na Medicina e não permitia a invasão de privacidade, algumas vezes necessária à cura de doenças.

Assim, no período pós-1930, a saúde pública foi redimensionada e conduzida por uma política estatal fortemente nacionalista, centralizadora e corporativista. Os médicos higienistas assumiram o discurso que pretendia distanciar a “nova” república da “velha” e defendiam que a Revolução de 1930 trouxe novo momento

⁷⁰ GOMES, Ângela de Castro. Estado Novo: ambiguidades e heranças do autoritarismo no Brasil. In: ROLLEMBERG, Denise; QUADRAT, Samantha Viz. (Orgs.). **A construção social dos regimes autoritários**: legitimidade, consenso e consentimento no século XX. Vol.1: Brasil e América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, no prelo [2008].

para a saúde pública, juntamente com os aspectos essenciais ao progresso nacional.

Os médicos, em suas revistas especializadas, mais uma vez colocavam-se na condição de colaboradores do Estado, responsabilizando-se pelos avanços sanitários no Brasil⁷¹. Tentavam despertar a responsabilidade para com a pátria, provocando, depois de 1930, modificações relevantes na saúde pública. O Estado abarcou tarefas como saneamento de algumas áreas do país e controle de endemias, mas, mesmo com esses avanços, o papel de “zelar” pela saúde não foi completamente assumido. Ou seja, o Estado não assumiu de maneira rápida, mas processual e lenta, as responsabilidades em relação à saúde da população. A década de 1930, apesar de grandes mudanças no saneamento, não resolveu os problemas da saúde da população⁷².

Por seu turno, a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde concretizou um projeto de décadas. O discurso em torno desse ato foi o de pioneirismo e inovação. Gomes⁷³ analisou correspondências do ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, para o arquiteto Lúcio Costa, um dos responsáveis pela construção do edifício que abrigaria a sede do Ministério. Nessas cartas, Capanema explicita que a razão de ser do Ministério é educar e curar o Brasil para torná-lo um país promissor e moderno.

Assim, percebe-se que a “missão” dos médicos do pós-1930 não foi essencialmente modificada daquela que, desde fins do século XIX, os mesmos se autoproclamavam missionários. A diferença é que o discurso agora emana do próprio Estado. Se nas primeiras décadas do século XX os médicos convocavam o poder público a gerir a saúde da população, a partir da década de 1930 tendeu-se a explorar a ideia de que a “nova república” tinha um governo consciente do dever de zelar pela saúde da população.

⁷¹ CARVALHO, 2008.

⁷² LUZ, 1982.

⁷³ GOMES, 2008.

Segundo Pereira Neto⁷⁴, de todos os médicos os sanitaristas eram os mais que buscavam atuar profissionalmente em alguma instância do poder pública vinculada à gestão dos serviços de profilaxia, educação ou ação higiênica. Para tanto, eles mantinham seu discurso compatível ao do Estado, ou seja, novamente aqui os médicos sanitaristas se vinculavam ao Estado com a intenção de aplicar seus projetos de saúde coletiva com apoio político e financeiro do Estado.

Para alcançar seus fins, os sanitaristas desenvolveram estratégias, como o apelo à retidão e à generosidade do Governo. Bajulavam para serem inseridos no aparelho estatal e cobravam ao mesmo tempo do Estado investimentos na saúde, como evidencia a entrevista de Carlos Chagas à imprensa do Rio de Janeiro, também publicada na *Revista Médica Minas*, em 1934.

Os médicos chamavam a atenção para investimentos na área da saúde pública e elogiavam os governantes e as cobranças, configurando estratégias para a conquista de autonomia e apoio financeiro aos projetos de saneamento do país. Carvalho⁷⁵ comenta a ambiguidade no discurso dos médicos, os quais, ao mesmo tempo, queriam agradar os governantes e cobrar postura mais satisfatória para a saúde pública, desenvolvendo seus projetos de saúde pública com autonomia.

Diante dessa exposição, pode-se concluir que a autoridade médica construída durante a primeira metade do século XX é fundamental ao propósito desta dissertação, pois foi a partir da profissionalização dos médicos e com o apoio do Estado que os sanitaristas passaram a intervir não só nos espaços públicos, mas também no privado, em busca de um controle sanitário da sociedade.

2.2 OS SABERES MÉDICOS E A FAMÍLIA

Os médicos sanitaristas, no início do século XX, se voltaram para a divulgação dos hábitos de vida saudáveis como forma de sanear a sociedade brasileira dos males que a afligiam. As péssimas condições de higiene, os comportamentos desregrados

⁷⁴ PEREIRA NETO, 2001.

⁷⁵ CARVALHO, 2008.

e as enfermidades que daí advinham foram fenômenos considerados entraves para o desenvolvimento do Brasil e, por isso, precisavam ser combatidos.

A modernização nos cenários urbanos foi importante na propulsão da modificação dos hábitos das pessoas nesses novos espaços, que foram modificados para dar lugar à construção de cidades alinhadas aos costumes de capitais europeias, tais como Paris e Londres do início do século XX. Em meio a isso, os imigrantes (principalmente italianos, alemães e espanhóis) chegavam ao Brasil para trabalhar nas lavouras de café e nascentes indústrias. A sociedade brasileira experimentava uma nova dinâmica com a instalação de bondes elétricos, telefones, indústrias, carros, população crescente, e tudo isso alterava as relações e os comportamentos esperados da população.

Aliados a essa nova conjuntura e a algumas mudanças estruturais da realidade brasileira, como o fim da escravidão africana e a proclamação da República, novos projetos para a nação brasileira surgiram. O Estado, a Igreja, a Medicina e o poder judiciário trabalharam arduamente para concretizá-los. Os primeiros anos do século XX foram anos em que existiu uma epifania científica, e os médicos foram responsáveis por incutir mudanças de hábitos de higiene na população de todas as classes sociais. As outras instituições também tiveram seus papéis nessa empreitada, e cada um à sua maneira buscou instruir, moldar e punir os cidadãos que não se encaixavam no perfil ideal de cidadão-higiênico, que poderia contribuir para formar uma nação ordenada e civilizada.

Para se adequar à nova ordem era preciso adaptar-se aos novos costumes. E para compreender essas mudanças, era necessário pensar não só nas políticas públicas do Estado, mas também no posicionamento dos médicos e seu papel junto às famílias brasileiras.

Os médicos e o cientificismo resplandecente da primeira metade do século XX permitiram o aumento do controle desses profissionais sobre a vida de homens e mulheres e, conseqüentemente, também sobre a família. A intenção era normatizar seus hábitos de acordo com os padrões de uma sociedade disciplinada e controlada

sexualmente. Segundo Maria Izilda Mattos e Mirtes Moraes⁷⁶, o higienismo-sanitarismo, sendo uma das bases do pensamento médico desse período, tentou ordenar vários aspectos da vida das pessoas, sendo eles o trabalho, a casa, as relações familiares, a sexualidade, os corpos e a vida na cidade. A partir dessa linha de pensamento da Medicina, todos esses aspectos do cotidiano deveriam passar pelo crivo da ciência para avaliar o nível de salubridade e aperfeiçoamento do convívio social.

Segundo Luz⁷⁷, as instituições de ensino de Medicina e as sociedades médicas tentaram tornar o país um lugar próspero, civilizado e progressista, mesmo invadindo a privacidade das famílias e dos corpos ao tentar inocular um produto – no caso, a vacina – nas pessoas, sem informação suficiente para a maioria. Foram necessárias, então, campanhas que incutissem nas pessoas uma maior aceitabilidade a esse tipo de política pública na área da saúde. A Primeira República foi marcada por ações do Estado e de seus colaboradores – a polícia, o Judiciário, a Medicina, a Igreja Católica e a Engenharia – para criar e manter a ordem em meio ao “caos urbano” das aglomerações citadinas.

O Estado e os meios médico-legais, contudo, não dispunham de fiscais suficientes para manter a vigilância dos hábitos e controlar todos os aspectos da vida dos indivíduos. Assim, a família foi chamada à responsabilidade para cuidar da salubridade de seu lar. Segundo Costa⁷⁸, foi preciso seduzir as famílias e fazê-las compreender que respeitar as orientações do Estado, no que dizia respeito aos hábitos de higiene e costumes, traria recompensas. A população, segundo Costa, deveria sentir os efeitos benéficos, e por isso deveriam seguir as mudanças acenadas pelo Estado.

A família e seus membros passaram a ser alvo dos conselhos e das intervenções médicas, e cabe aqui repetir e frisar que as mudanças nas cidades e as transformações da dinâmica da vida causadas pela urbanização do país se aliaram ao pensamento científico daquele momento, notadamente no que dizia respeito à eugenia, buscando-se, com essa combinação de elementos, um salto qualitativo da

⁷⁶ MATOS, Maria Izilda; MORAES, Mirtes. *Imagens e ações: gênero e família nas campanhas médicas (São Paulo: 1890-1940)*. **ArtCultura**, Uberlândia: v. 9, n. 14, jan., 2007.

⁷⁷ LUZ, 1982.

⁷⁸ COSTA, 1989.

população. A grande questão que se levanta a respeito desse tema é a criação de um padrão tido como ideal em detrimento da diversidade humana. Como bem explicitou Matos e Moraes⁷⁹, a eugenia e o discurso médico aliados a essa ideia tentaram criar rígidas classificações dos seres humanos e de seus comportamentos, dando origem ao binômio permitido/proibido. Além disso, os cânones científicos também reforçaram a ideia de que a anatomia podia influenciar no papel desempenhado pelo indivíduo dentro da sociedade.

Os homens tinham as atribuições vinculadas ao ideal de provedor do lar e das suas necessidades. Deveriam trabalhar, ser bem comportados sexual e fisicamente, exercendo a tarefa de reprodutor de uma prole sã. De acordo com Costa⁸⁰, o que restava do patriarcalismo colonial ao homem urbano do século XX era o domínio sobre a mulher e a heterossexualidade. O machismo permaneceu e foi extremamente importante para a ordem médico-política na disciplinarização dos corpos. O homem, nesse contexto, ficava com a função de reprimir violentamente aqueles que por rebeldia fugiam e esses padrões.

Sobre eles, contudo, a vigilância feminina era fundamental. Às mulheres cabia cuidar de seus maridos, evitando que eles se desviassem do padrão de indivíduo higiênico. O pai higiênico era aquele que trabalhava, provendo as necessidades de seu lar, era um chefe autoritário e norteador da casa. Ele era a fundação da família, e a realização dele passava pelo trabalho honesto que supria as demandas de seu lar. Em outras palavras, o sucesso de um homem estava diretamente vinculado à família e à sua ocupação laboral. Este era o padrão ideal de masculinidade.

As campanhas médicas focavam no combate aos males que desviavam os homens desse padrão e utilizavam a figura feminina como instrumento que para auxiliar a manutenção do comportamento tido como ideal. Para isso, segundo Matos e Moraes⁸¹, foram identificados alguns dos inimigos do desenvolvimento do povo brasileiro, sendo eles: o alcoolismo, a loucura e a criminalidade, tudo isso associado a outras doenças que rondavam o território brasileiro no início do século XX, tais como a sífilis e a tuberculose. O indivíduo doente não produzia, não provia suas necessidades e de seus dependentes, por isso ele deveria se cuidar e evitar vícios,

⁷⁹ MATOS; MORAES, 2007, p. 29.

⁸⁰ COSTA, 1989.

⁸¹ MATOS; MORAES, 2007.

como o alcoolismo, pois estes degradavam sua dignidade e a de sua família. O bom chefe de família deveria ser ponderado, equilibrado, racional, não demonstrar fraqueza, ser objetivo. O alcoólatra perdia essas noções de civilidade, podendo ficar nervoso e provocar brigas, além de perder a disposição para o trabalho. O álcool deixava as pessoas desinibidas e as fazia perder a noção de honra, principalmente no espaço público. Além disso, a bebida alcoólica poderia desencadear doenças incubadas nos indivíduos, tal como a loucura. O alcoolismo estava na pauta de discussão da Medicina legal e dos juristas e era visto como motivador de crimes, o que representava também um atraso para o povo e a degenerescência da nação. A mulher, para evitar esse mal do início do século, deveria contribuir com um lar harmonioso e agradável para seu esposo. Evitar o alcoolismo do homem também era parte da tarefa da mulher na construção de um lar saudável, sendo ela, muitas vezes, a maior vítima do alcoólatra, que, com frequência, se tornava violento.

Sendo assim, segundo Matos e Moraes⁸²,

As campanhas, práticas e discursos médicos compreendiam uma rede intrincada de significados, caracterizando-se por contínuos mecanismos de ajustes e reformulações, que propalaram e reforçaram modelos de comportamento para homens e mulheres. Os médicos buscaram higienizar, preservar e regenerar a família identificada como a célula da sociedade e fundada no casamento monogâmico. Nesse processo, delinearam ações e espaços apregoando para a mulher o papel de mãe, “rainha do lar” e, para o homem, a função de pai, provedor e “chefe da família”.

Em meio a esse cenário, cabia à mulher o papel de desempenhar corretamente o que era considerado seu destino biológico, ou seja, ser mãe, e juntamente com tal destino, zelar pela saúde de sua família. De acordo com Matos e Moraes⁸³, educar a mulher sob os cânones científicos da Medicina foi importante para fazer dela um importante agente controlador dos hábitos higiênicos. O objetivo, segundo as autoras, era o aperfeiçoamento moral e físico da população brasileira. Assim, as mulheres foram eleitas pelos profissionais da saúde guardiãs desse ideal e deveriam doutrinar seus filhos e maridos de acordo com os ensinamentos médicos, sempre levando em consideração que sua prole poderia ser o futuro de um país melhor, mais desenvolvido e civilizado. Portanto, a mulher mãe de família era uma importante aliada do Estado e da Medicina para construir uma nação saudável e

⁸² MATOS, MORAES, 2007, p. 37.

⁸³ Ibid.

economicamente produtiva. Segundo Costa⁸⁴, a Medicina pregou uma nova moral da vida e do corpo, classificando os indivíduos como antinaturais e anormais, e esse saber médico construiu sólidos argumentos para as famílias, ao longo do século XIX e no decorrer do XX, reforçando a ideia de que a saúde e a prosperidade da sociedade dependiam da submissão desta ao Estado.

As campanhas médicas orientavam a população e tratavam de temas, como as doenças venéreas, o aleitamento materno, o alcoolismo, o estreitamento dos laços familiares, a preservação da virgindade, dentre outros aspectos.

O aleitamento materno, por exemplo, era estimulado com a justificativa de que poderia contribuir para o aperfeiçoamento físico e moral das crianças⁸⁵. Iniciou-se então o combate às amas de leite, pois, segundo os médicos, elas poderiam transmitir doenças por meio desse alimento. O recomendado passou a ser que a própria mãe amamentasse seu filho. Caso ocorresse algum problema e o leite materno não pudesse ser ofertado, a mãe deveria recorrer a um leite criteriosamente selecionado.

Essa era uma maneira de fortalecer os laços entre mães e filhos, de acordo com o pensamento médico do início do século XX, bem como criar uma responsabilização maior da mãe pela sua prole e reforçar que o lugar dessas mulheres era no lar, exercendo a maternidade em sua plenitude. Foi massiva a tentativa de criar apreço pelas vidas das crianças e a responsabilização pelo cuidado por parte das mães.

Essa preocupação médica voltada à infância deve ser observada juntamente com o pensamento da época em relação à criança, que passou a ser pensada como futuro cidadão e trabalhador. Acoplado-se à ideia do futuro próspero do país, a construção de uma nação próspera dependeria de homens fortes, saudáveis e com bons hábitos. Foi sob esse prisma do progresso social que a criança foi sendo pensada como futura construtora da ordem e do progresso nacionais⁸⁶.

Assim, dentro de um planejamento maior, cabia aos médicos a tarefa de instruir e moldar os comportamentos das mulheres para produzirem descendentes saudáveis.

⁸⁴ COSTA, 1989.

⁸⁵ MATOS; MORAES, 2007.

⁸⁶ Ibid., p. 27.

Desse modo, eles passaram a intervir nos hábitos femininos, especialmente no que dizia respeito ao momento do parto, da criação dos filhos e no cuidado com a família. Os médicos tentaram modificar os procedimentos de realização dos partos e a maneira de criar os filhos. Eles trouxeram o conhecimento acadêmico para o cotidiano popular por meio de revistas de circulação nacional, tais como o *Jornal das Moças*, na qual existiam seções reservadas aos conselhos dos profissionais da saúde para as mães.

O momento em que essas campanhas e pensamentos reforçavam a função cívica e moral da mãe dentro da família é o mesmo da tentativa da construção de uma nação forte e saudável amplamente influenciada pela doutrina da eugenia. A crença no aperfeiçoamento da espécie humana teve seus reflexos no Brasil, como por exemplo, o incentivo ao casamento higienizado, feito entre duas pessoas saudáveis, já que elas teriam mais chances de gerar uma prole sã. Assim, de acordo com o discurso progressista e linear proposto pelo pensamento eugenista, a humanidade galgaria degraus mais altos da civilização⁸⁷.

De acordo com os estudos realizados por Matos e Moraes⁸⁸, alguns pontos da eugenia brasileira foram pautados no comportamento sexual, ou seja, normatizar esses hábitos fazia parte da construção de uma nação desenvolvida, superior. A abstinência sexual antes do casamento, o controle de doenças venéreas tais como a sífilis, o combate à prostituição, a fidelidade conjugal, a educação sexual e a moralização dos costumes foram alguns dos cânones da eugenia no Brasil. A castração também era considerada uma alternativa para o melhoramento da espécie humana, especialmente para evitar doenças tidas como hereditárias.

Após os anos 1920, as campanhas médicas passaram a incentivar a castidade masculina e a fidelidade no matrimônio. Ao indicar um relacionamento monogâmico para os homens, os médicos acreditavam resolver outros males que afetavam a conduta do homem, tal como o alcoolismo, a prostituição, os riscos de doenças venéreas, o onanismo e a criminalidade.

O exercício da sexualidade também era regulado entre casais. As relações sexuais entre os cônjuges eram codificadas pelos médicos que instruíam sobre a frequência

⁸⁷ MATOS; MORAES, 2007.

⁸⁸ Ibid.

com que se deveria fazer sexo e alertavam também sobre a cópula após os 50 anos para os homens e após a menopausa para as mulheres. Esta deveria ser suspensa após essa idade, de acordo com os doutores da Medicina. Dessa forma, um conjunto de regras sobre a vida sexual foi formado e construído.

O culto à virgindade foi pregado para ambos os sexos, mas de maneira desigual foi cobrada dos homens e das mulheres. Para ambos, o que se determinava era o sexo dentro do matrimônio, monogâmico e de preferência para a reprodução. Tanto que, para isso, era preciso que ambos fossem saudáveis, e os médicos, inclusive, orientavam exames pré-nupciais para evitar a disseminação de doenças venéreas⁸⁹. Diante disso, o lar e o casamento foram se tornando algo sagrado não somente para religião, mas também para a ordem médico-política, que tentava incutir bons costumes na população em geral e propagar objetivos eleitos como favoráveis à nação. Essas ideias perpetuavam o ideal de família higiênica, pois se acreditava que mulheres e rapazes solteiros estavam mais predispostos às doenças, especialmente a mulher, sujeita a transtornos físicos e morais, Mais que isso, a mulher solteira, além de ser perigosa para si, também representava um risco ao homem por seduzi-lo. Assim, para evitar tal problema ou reprimi-lo, o discurso médico exaltava o casamento como fim ideal para a vida do ser humano.

A mulher, por exemplo, era associada à fragilidade, à submissão, à falta de capacidade intelectual e à vocação maternal. Existia para ela uma missão maior dentro da coletividade, mesmo que isso significasse rejeitar alguns prazeres. Além disso, o ser feminino era visto como uma mistura caótica e moralmente perigosa; portanto, deveria ser vigiada, controlada e punida, caso se desviasse dos padrões comportamentais pré-definidos pelo Estado, pela Medicina, pela Igreja e pela Justiça.

A mulher ideal deveria ser mantida, ao máximo, dentro da esfera privada, principalmente devido a sua incapacidade de se mostrar forte e produtiva como um homem e de ser classificada como irracional e emotiva. Ela não deveria se expor ao perigo do espaço público e correr o risco de ver maculada a sua honra. De acordo com Nader⁹⁰, o homem cedeu à mulher o controle da casa em troca da vivência no

⁸⁹ MATOS; MORAES, 2007.

⁹⁰ NADER, 2001.

espaço público, e a mulher cuidou do lar e de suas demandas. Exigiu-se que a mulher renunciasse a sexualidade, para isso foi exaltado o seu papel materno, suas atribuições associadas à rotina diária de funcionamento da casa e seu exercício das obrigações instituídas como próprias da relação entre marido e esposa. Ao homem, o papel de provedor bastava.

As exigências eram descompensadas e tolhiam o prazer feminino, principalmente no que dizia respeito ao sexo e ao exercício da feminilidade. A redução da mulher à função de mãe-higiênica e do homem de pai-higiênico foi efeito de um discurso médico que aumentou a responsabilidade, em níveis desiguais, dos cônjuges sobre sua prole. O novo ideal relacionado a cada sexo era o da mulher, em seu papel de mãe, e o homem, como reprodutor. E por ser a mulher considerada um ser passivo e submisso, caso não assumisse essa posição, ela poderia ser considerada devassa e perigosa moralmente.

CAPÍTULO III

2 A PSIQUIATRIA INTERFERINDO NO COMPORTAMENTO FEMININO

A sociedade brasileira, em fins do século XIX e início do XX, sofreu grandes transformações, que decorreram tanto de causas econômicas, com a transição da mão de obra escrava para a mão de obra assalariada, quanto políticas, com a queda da Monarquia e a instauração da República, o que representou alterações importantes nas relações de poder político e na constituição do aparelho de Estado Nacional. Nesse contexto de mudanças, surgiram os problemas decorrentes da instalação de um novo sistema, da urbanização e de epidemias, endemias e doenças da população, que impulsionaram novos modelos de saber sobre as doenças, suas causas e a institucionalização de novos conhecimentos que propuseram práticas de intervenção saneadora e reorganizadora do espaço físico das cidades brasileiras.

Como visto no capítulo anterior, tomando-se por base o discurso de que a ciência seria neutra, sanitaristas e o Estado adquiriram o direito de intervir na vida das populações, no sentido de higienizá-las, discipliná-las e organizá-las de acordo com a lógica das novas relações sociais. O discurso sanitário se tornou interlocutor central entre o Estado e a sociedade, contribuindo para instituir no país uma ordem política centralista e socialmente excludente.

No século XX, esse tipo de ação sanitária esteve associada à construção de um discurso nacional modernizador, sobretudo no período compreendido entre as duas Guerras Mundiais, quando os sentimentos nacionais e a ideia de progresso atingiram o seu ápice. Tais ações objetivavam a efetivação de mudanças que não somente transformassem o sistema, mas todo o setor de saúde, introduzindo uma nova ideia pela qual o resultado final seria discursivamente entendido como a melhoria das condições de vida da população.

Muitos aspectos sanitários giravam em torno de questões que envolviam o âmbito comportamental, tanto no espaço público quanto no privado, produzindo propostas de novas políticas estatais que, voltadas para os indivíduos, mostravam-se invasivas. Para os sanitaristas, a nação ideal teria um propósito comum em termos

culturais e comportamentais. Para a elite brasileira do período, esses critérios não atendiam aos anseios nacionais por ela idealizados, uma vez que em decorrência da escravidão e de comportamentos desregrados alegava estar a população desprovida de hábitos de higiene adequados. Tal lógica, segundo defendido pelos homens de letras do período, contribuiria para o atraso do país em relação às potências europeias.

A nação imaginada pelos sanitaristas daquele período, dentre outras coisas, definia o sexismo nos projetos nacionalistas e reconstituía as visões tradicionais do lugar e do direito das mulheres. Uma parte daquelas que pertenciam à classe média haviam rompido as barreiras de acesso às profissões, mas os escalões superiores de trabalho continuavam fechados, e elas permaneciam agrupadas em áreas de menor remuneração. As de classe popular sofriam com as altas taxas de mortalidade materna e enfrentavam o duro trabalho no âmbito doméstico, na agricultura ou nas fábricas, além de terem salários extremamente reduzidos. Tanto as mulheres de classe média, quanto as de classe popular enfrentavam problemas dos baixos níveis educacionais, da falta de direitos políticos e da desigualdade jurídica, uma vez que valores patriarcais eram hegemônicos naquele contexto.

Dadas as condições sociais e tendo em vista o processo de estabelecimento da Psiquiatria como importante ramo das ciências médicas no Brasil nesse período, nas páginas que seguem objetiva-se demonstrar como, para além de um discurso científico oficial, práticas e costumes moralizantes influenciaram nos diagnósticos médicos, como forma de cercear hábitos tidos como anormais. Sob tal prisma, verificar-se-á de que modo esse tipo de perspectiva patriarcalista – que no advento da Modernidade possui a anuência do discurso científico e das instituições civis – pôde se fazer valer de práticas repressivas sobre mulheres que, supostamente, desviavam-se dos padrões socialmente estabelecidos como normais.

3.1 SOBRE A PSIQUIATRIA NO BRASIL

Em meio a todos os processos de transformações sociais, políticas e econômicas já referenciados na virada do século XX, houve uma tentativa de modernização do Brasil, com a perspectiva de sua inserção no novo cenário socioeconômico

internacional, em que a Europa figurava como modelo de civilização por excelência. Isso implicava em um tipo ideal de cidades urbanizadas, saneadas e organizadas de acordo com os padrões higiênicos da ciência daquele período.

No Brasil, entre as autoridades médicas, as elites e o poder oficial, havia a ideia de que o mesmo deveria ser feito, caso tais patamares de desenvolvimento almejassem ser alcançados. De acordo com Alex Oestreich de Mello e outros⁹¹, desde o Império a medicina vai conquistando seu espaço junto ao Estado, que lhe confere títulos como o de Academia Imperial de Medicina no Estado. Com o prestígio fundamentado no conhecimento científico e o apoio encontrado junto ao Estado, a ciência médica passou a interferir nos comportamentos da população em geral, bem como adentrar ao espaço privado e legislar sobre ele⁹².

A justificativa muito utilizada para legitimar a entrada dos médicos sanitaristas no lar e intervir nos corpos foi a preservação da saúde pública. Ou seja, o bem comum deveria estar acima da privacidade de cada indivíduo, e para isso, era preciso modificar os hábitos da população em geral para alcançar o bem estar coletivo. A ordem social estava acima de qualquer outra demanda e os agentes do saber médico propuseram a cura para os males que a sociedade apresentava, visto que ela era classificada de acordo com os ideais sanitaristas como “doente” e, portanto, menos desenvolvida e menos eficaz do ponto de vista produtivo.

O fim da monarquia no Brasil e as mudanças econômicas ocorridas no fim do século XIX e início do XX se agregaram às ideias científicas que efervesciam nesse contexto. E o capitalismo junto à ciência desse período formou uma parceria que organizava a produção econômica e os corpos dos indivíduos para se estabelecerem da melhor maneira possível para esse sistema econômico, ou seja, disciplinados e saudáveis. A medicina se prestou a esse papel e viu nele a oportunidade, segundo Luz, de se inserir no âmbito político e interferir no corpo social. Dessa maneira, o saber médico ditará modelos de comportamento adequados aos diferentes grupos sociais humanos. O discurso sanitarista revelava

⁹¹ MELLO, Alex Oestreich de; CESAR, Éderson; BELTRAME, Milene Veiga; HEBERLE, Rossane. O discurso sanitarista como discurso político e ideológico na República Velha. **Revista Historiador**, n. 3, ano 3, dez./2010. Disponível em: Disponível em: <<http://www.historialivre.com/revistahistoriador>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

⁹² COSTA, 1989.

bastante sobre o que se pretendia como ideal para a população em geral e defendia que a desorganização urbana gerava problemas de saúde. A ideologia eugenista influenciou bastante esse discurso e permeou as práticas da saúde pública e dos psiquiatras do início do século XX. Segundo Luz⁹³, essa medicina não toma somente o indivíduo como doente, mas passa a ver o corpo social enquanto espaço de promoção de saúde. E em meio ao cenário internacional do capitalismo-industrial, o Brasil, com a ajuda dos médicos, precisava se modernizar a começar pelos hábitos insalubres que deveriam ser extirpados. As novas relações de trabalho que surgiram no cenário brasileiro demandaram alterações nas relações sociais. E a medicina e os movimentos sanitários orientaram de forma autoritária em associação com o aparelho estatal as formas de pensar e conduzir as políticas de saúde pública.

De acordo Mello e outros⁹⁴ o saber médico tinha a função de engendrar no Brasil transformações que fizessem o país sair do modelo de sociedade colonial e imperial, passando, para isso, por uma reorganização do espaço urbano mais higiênico, disciplinado e organizado. Mediante a mudança do cenário, os papéis sociais e os costumes seriam reformulados para concretizar essas mudanças da sociedade brasileira. O discurso sanitarista buscou, por meio da força autoritária do Estado, se impor. Pode-se ilustrar essa relação ciência-Estado com as intervenções racionais na produção e as tentativas de organizar/racionalizar os hábitos da população em geral, como foi o caso, por exemplo, da campanha de vacinação em massa no Rio de Janeiro em 1904, que culminou na Revolta da Vacina. Desse modo, com o uso da força autoritária, vinha também a certeza de que sanear o país o colocaria nos trilhos da regeneração e consolidação enquanto nação forte.

Portanto, tendo este objetivo maior em relação ao país e ao bem-estar coletivo, a população em geral, que era vista enquanto portadora de hábitos perigosos para à saúde devido ao desregramento, foi forçada a aceitar a derrubada de cortiços não planejados, com casas mal ventiladas, repressão às práticas de prostituição, regulamentação dos hábitos cotidianos, tais como as atividades sexuais entre cônjuges. Ou seja, alguns comportamentos das pessoas, em especial das classes populares, formavam um conjunto de características combatidas pelos médicos em prol de um suposto funcionamento ordenado da cidade. Em outras palavras, limpar a

⁹³ LUZ, 1982.

⁹⁴ MELLO et al., 2010.

cidade de pessoas desviantes da norma e de práticas tidas como anormais era sinônimo de uma cidade mais saudável. Um grupo bastante fiscalizado e classificado como empecilho à ordem e ao progresso eram os loucos. Eles foram encarados, no fim dos oitocentos, como um problema social, e desde então, autoridades estatais, juízes e médicos discutiam sobre a melhor forma de cuidar desses indivíduos, assim como sobre uma possível solução para o incômodo que essas pessoas geravam estando perambulando pelas cidades e perturbando a ordem social.

De acordo com Alexander Jabert⁹⁵, os médicos reivindicam para si a tutela da loucura, visto que os alienados eram tratados de maneira inadequada: acorrentados, castigados fisicamente e expostos a situações vexatórias perante as pessoas. As Santas Casas de Misericórdia cuidavam dos loucos, mas essa tarefa não era exclusividade dela, já que outras instituições também eram responsabilizadas pela tutela dessas pessoas: cadeias, quartéis, asilos de mendicidade, entre outras.

Em meio a um contexto de epifania científica, em que a ciência médica se fortaleceu como disciplina rigorosamente institucionalizada e aprimorou seus métodos, os médicos requereram para eles o controle de tal mal e, assim, a Sociedade Brasileira de Medicina, no Rio de Janeiro, reivindicou a construção de espaços específicos para o cuidado dos loucos. O que havia de mais moderno de acordo com o pensamento médico para o tratamento dessas pessoas na virada do século XIX para o século XX era o isolamento em um local que as afastassem da sociedade sob a vigilância de médicos e funcionários.

Existia, segundo Jabert, uma reivindicação de um cuidado por parte dos médicos com uma perspectiva caritativa. Mas, para além disso, outra justificativa apresentada por esses profissionais da saúde para reivindicarem a tutela dessa categoria de cidadãos era a necessidade de controle, por parte do Estado, das populações que vagavam e infestavam as cidades brasileiras no início do século XX.

⁹⁵ JABERT, Alexander. **De médicos e médiuns**: Medicina, espiritismo e loucura no Brasil da primeira metade do século XX. 2008. 312 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

Era uma parceria duplamente benéfica, pois o saber psiquiátrico, citando as palavras de Mary Cristina Barros e Silva, “[...] estabelece a cumplicidade científica da psiquiatria com as razões do Estado”⁹⁶. Ainda segundo Silva, “[...] nada mais confortável para o Estado do que se apoiar em um conhecimento que permitisse à sociedade manter-se ordenada e que recolhesse seus membros desviantes, sejam loucos ou criminosos, dos olhares públicos”⁹⁷. Os alienados incomodavam a nova ordem que a República, as elites, dentre elas os médicos, os engenheiros e os membros do judiciário queriam para o país. Os alienados estavam incluídos num grupo que era visto como ameaçador ao progresso da nação. E eles não eram os únicos a serem combatidos e cerceados, os hábitos dos populares no que tangiam à bebida (problemas com alcoolismo), relacionamentos amorosos e arranjos conjugais, prostituição, vadiagem e desemprego eram alguns dos alvos das autoridades que foram codificados.

Dentre uma série de regras criadas para esses indivíduos e soluções apresentadas para esses problemas sociais advindos da urbanização desordenada e do crescimento populacional vivenciado pelo Brasil do século XX, Jabert acredita que o hospício foi apresentado como uma alternativa definitiva pelos médicos psiquiatras para o problema social gerado pela loucura.

A Psiquiatria construiu a imagem de saber civilizador dentro da sociedade, e o hospício foi tido como parte da solução para os problemas da desordem social, sendo que a criação destes, ainda no século XIX, foi resultado de acordos feitos entre as elites para reforçar o Poder Imperial, que tinha sido enfraquecido pela Regência⁹⁸.

Para eleger quem deveria ir para os nosocômios era preciso classificar as pessoas como doentes seguindo alguns critérios, e assim que elas adquirissem esse rótulo, eram colocadas sob a tutela da Medicina para terem seus comportamentos regulados. Essa foi uma política oficial de Estado, desenvolvida no início do século XX, com o intuito de controlar os comportamentos desviantes. O que se vê na história do Brasil, de acordo com Jabert, é que esses grupos de pessoas

⁹⁶ SILVA, Mary Cristina Barros e. **Repensado os porões da Loucura**: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena. Belo Horizonte: Argumentum, 2008, p. 59.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ TEIXEIRA apud JABERT.

consideradas anormais deveriam ser reprimidos por serem vistos como ameaça à ordem.

O grande contingente de pessoas vindas para o espaço urbano oriundas do campo após o fim da escravidão, a chegada de imigrantes e o crescimento das indústrias do Brasil formou grupos de pessoas desempregadas, bolsões de miséria mais conhecidos no início do século XX como cortiços, que se tornaram uma dor de cabeça para as autoridades, em questão de higiene, saúde pública e de violência urbana. Portanto, é fundamental reforçar que diferentemente do que ocorreu na Europa no decorrer dos séculos XVIII e XIX:

No Brasil, a constituição do hospício estava ligada apenas ao processo de controle social das populações urbanas marginais, não tendo também sido o resultado de um amplo debate político que tivesse como objetivo validar o estabelecimento de instituições democrático-burguesas⁹⁹.

Mesmo com algumas divergências, a Psiquiatria brasileira foi bastante influenciada pelos preceitos de Pinel e do alienismo francês, podendo isso ser percebido, por exemplo, na forma de como os hospitais foram construídos, sendo o Hospício Pedro II, do Rio de Janeiro, um modelo bem alinhado a esses ditames franceses, segundo Ana Maria Galdini Oda e Paulo Dalgalarrodo¹⁰⁰.

Outra discussão importante acerca do processo de constituição da Psiquiatria no Brasil foi a laicização do Hospital dos Alienados no Rio de Janeiro, antigo Pedro II. Com o advento da República, as enfermeiras religiosas foram substituídas por leigas, e o controle do hospital passou a ser de responsabilidade do Estado e não mais da Igreja. De acordo com Ana Maria Galdini Oda e Paulo Dalgalarrodo, foi a partir do século XX que os médicos passaram assumir os controles dos hospitais. Dentre os importantes nomes que pode ser destacar nesse ramo da Medicina é Teixeira Brandão, que assumiu, segundo Jabert, a direção do Hospital dos Alienados e contribuiu para sua laicização. Teixeira Brandão, de acordo com Roberto Machado¹⁰¹ esteve engajado no projeto de medicalização do asilo e até conseguiu a aprovação de uma lei quando era deputado. De acordo com essa lei, o

⁹⁹ JABERT, 2008, p. 68.

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ MACHADO, Roberto. **A danação da norma**: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 484.

único lugar apto a receber loucos era o hospício e sob orientação de um médico que passava a ter a guarda provisória dos bens do alienado. Com essa lei, o psiquiatra adquiriu maior autoridade sobre a loucura, sobre os pacientes, e isso foi reconhecido publicamente.

Outro nome importante no Estado do Rio de Janeiro foi Juliano Moreira, professor da Faculdade de Medicina da Bahia, que influenciou gerações posteriores de médicos renomados, tais como Antônio Austregésilo, Franco da Rocha, Ulysses Vianna, Heitor Carrilho e Henrique Roxo.

Juliano Moreira promoveu juntamente com Afrânio Peixoto debates em suas obras, as quais questionavam a teoria da degenerescência da população brasileira, defendida por Raimundo Nina Rodrigues. Este último defendia suas ideias pautadas nas de Morel, o qual acreditava que a pouca capacidade intelectual do povo brasileiro estava relacionada à mistura de raças e que devido aos efeitos da miscigenação com negros, o Brasil nunca seria um país desenvolvido e civilizado.

Juliano Moreira e Afrânio Peixoto refrearam os argumentos de Raimundo Nina Rodrigues. Embora eles não negassem os efeitos da hereditariedade e da degeneração, acreditavam ser importante restringir o uso dessas classificações para explicar todo tipo de comportamento antissocial e desviante sem que fosse utilizada uma base científica que comprovasse a influência real desses fatores.

Em São Paulo, Franco da Rocha foi outro expoente da Psiquiatria brasileira e responsável pelo Hospital Juquery nos anos de 1896 até 1923. Sob sua coordenação, o hospital se tornou também um centro de formação profissional. Franco da Rocha criou as colônias agrícolas e o laboratório de anatomia patológica; implementou um sistema de assistência familiar, em que o doente ficava sob os cuidados de uma família da região; introduziu e aprimorou diversas técnicas de tratamento, além de ampliar a área construída do hospital, dentre outras coisas, segundo Milena Fiorim Lima¹⁰².

¹⁰² LIMA, Milena Fiorim. **Nos caminhos da psicologia capixaba**: notas para a história da Psicologia, da Psiquiatria e da saúde pública no estado do Espírito Santo. 2005. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

Em Recife, Ulysses Pernambucano assumiu a direção do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, em 1924. Ele se formou no Rio de Janeiro e foi discípulo de Juliano Moreira. No entanto, desenvolveu uma prática psiquiátrica diferente da que estava em vigor no restante do país. De acordo com Lima, ele aboliu as camisas de força, os calabouços e criou escolas para pessoas com deficiência.

Tais nomes foram importantes para consolidar esse saber no Brasil e para discutir o nascimento de um novo campo da Medicina na virada do século XIX e início do XX – a Psiquiatria.

Para além dos nomes de destaque, a Psiquiatria também enfrentou problemas para se firmar como saber, uma vez que, para ser implementada nas faculdades de Medicina do Brasil do século XIX, foi preciso ser feito um esforço em torno do isolamento e medicalização do alienado, que foi concretizado com a construção de grandes hospitais, tais quais: Hospital Pedro II (1852) no Rio de Janeiro, Hospital Juquery (1898) em São Paulo, Hospital de Doenças Nervosas e Mentais (1861) em Recife.

Estes foram importantes centros difusores do saber médico e da constituição da Psiquiatria no Brasil, a qual se consolidou no decorrer do século XX.

Outro esforço no sentido de consolidar a Psiquiatria no Brasil foi a criação da cadeira de estudos de Doenças Nervosas e Mentais, em 1881. No entanto, essa disciplina era facultativa aos alunos do sexto período, já que não havia exames para avaliar os alunos, e todo o conteúdo era ministrado apenas em um semestre, sendo exigida apenas a frequência mínima nas aulas¹⁰³.

Em 1890, Juliano Moreira e seus discípulos iniciaram novas tendências para o campo da Psiquiatria num momento em que, de acordo com Costa¹⁰⁴, a Psiquiatria no Rio de Janeiro das três primeiras décadas do século XX não possuía muitos embasamentos científicos e teóricos, limitando-se apenas a reproduzir os conhecimentos do alienismo francês e os cuidados de religiosos e leigos.

¹⁰³ JABERT, 2008.

¹⁰⁴ COSTA, 1989.

A Psiquiatria nesse período passou por uma fase preocupada com a cientificidade do seu saber. Os psiquiatras conseguiram reconhecimento no meio jurídico, consolidaram locais de formação de profissionais da área e desenvolveram pesquisas para esse campo de estudo. Porém, questão principal que deve ser relevada em relação a esse momento da Psiquiatria é a falta de balizas para este saber, o que só ocorrerá posteriormente¹⁰⁵.

De acordo com Disete Devera e Abílio da Costa Rosa¹⁰⁶, Juliano Moreira propôs fundamentos teóricos, práticos e institucionais para um sistema psiquiátrico mais coerente. Na tentativa de melhorar a assistência aos alienados, Rodrigues Alves promulgou uma Lei Federal de Assistência aos Alienados, em 1903. Posteriormente, em 1905, segundo Rosa e Devera, surgiram os “Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal”. Em 1912, a Psiquiatria emerge como especialidade médica autônoma. Em 1927, no governo de Washington Luís, foi criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais, do Distrito Federal. Esse órgão tinha como função coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro, então capital federal do Brasil¹⁰⁷. Em 1930, essa instituição foi incorporada ao Ministério da Educação e Saúde e este assumiu todas as responsabilidades em relação ao campo da saúde mental no país.

Nesse contexto, surgiu a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada por Gustavo Reidel, em 1923, que foi amplamente influenciada pelo momento vivido pela Psiquiatria e pelos médicos, ou seja, a confusão entre os padrões culturais de sua época e os diagnósticos emitidos por esses profissionais. Segundo Mary Cristina Barros e Silva¹⁰⁸, “[...] a existência da LBHM sintetiza concepções científicas e as posturas políticas que embalavam a questão psiquiátrica do Brasil no princípio do século XX”. Essa entidade civil dialogava com ideias intolerantes e totalitaristas do início do século XX.

¹⁰⁵ COSTA, 1989.

¹⁰⁶ ROSA, Abílio da Costa; DEVERA, Disete. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, p. 60-79, 2007.

¹⁰⁷ MAIA, Edmundo. Assistência psiquiátrica no Brasil. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v., 2, 1961, p. 3, apud **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

¹⁰⁸ SILVA, Mary Cristina Barros e. **Repensando os porões da loucura: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena**. Belo Horizonte, Argumentum, 2008, p. 59

O que permeava o saber psiquiátrico desse período era a busca por uma profilaxia das doenças mentais, e a medicina psiquiátrica pretendia evitar que as doenças mentais se espalhassem; por isso, intervinha na sociedade não só com a construção de hospícios, mas também tentando inculcar na população hábitos de vida saudáveis, que foram cunhados pelos detentores do poder político, sanitário e econômico. Os anos de 1930 foram marcantes para a Psiquiatria brasileira, e a LBHM teve bastante atuação política e expansão de sua influência.

Os psiquiatras que se elegiam legislavam em favor de sua classe profissional, e suas propostas, influenciadas pelas ideias da LBHM, foram adotadas como lei pela sociedade. E de acordo com Silva, as leis formuladas eram cumpridas com ajuda da Polícia¹⁰⁹. A LBHM defendia uma medicina preventiva e, por isso, propunha ao Estado medidas de controle da reprodução humana, exames pré-nupciais e controle da imigração¹¹⁰.

A questão da raça e degeneração estava na pauta da discussão dos membros da LBHM dos anos de 1930. Segundo Silva¹¹¹ “[...] a questão racial se revestiu de um discurso de cientificidade que lhe deu respaldo para prever ou não a proporção da doença mental em suas gerações futuras”. Dentro dessa lógica, o ambiente desordenado das cidades do início do século XX foi responsabilizado por desenvolver “os degenerados”. O conhecimento psiquiátrico, assim como o Direito e a Antropologia, também discutia bastante as questões relacionadas à miscigenação racial, chegando a culminar, no fim do século XIX e início do XX, na ideia de eugenia e na determinação biológica da hereditariedade. De acordo com Silva,

Aproximando-se cada vez mais da psiquiatria, a eugenia alimentava a ideia da criação de um serviço de profilaxia de doenças mentais como solução viável para conter a “ameaça” da loucura na sociedade. O modelo eugênico vai ser assimilado pela LBHM como principal forma de conter os males das raças degeneradas, que seriam transmitidos hereditariamente¹¹².

O que se percebe nos artigos de médicos em jornais especializados é que a Psiquiatria de meados do século XX utilizava concepções de inferioridade de raça e associava os problemas de etnia aos problemas psiquiátricos. O texto do médico

¹⁰⁹ SILVA, 2008, p. 65.

¹¹⁰ Ibid., p.60.

¹¹¹ Ibid., p.60.

¹¹² Ibid., p.62.

Maurício de Medeiros, publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, de 1952, comprova isso:

A Alemanha nazista estabeleceu neste sentido duas leis que são muito combatidas mas que eu reputo sábias. Talvez porque eu me tenha especializado a um tempo em que se considerava – e eu ainda considero – de alta importância, o fator hereditário¹¹³.

Em meio a essas discussões, algumas mudanças foram sugeridas pela Liga. De acordo com Costa¹¹⁴, as principais reivindicações da LBHM eram a criação de colônias para o internamento de epiléticos e reformatório para alcoólatras, projetos de assistência familiar, esterilização de degenerados, controle pré-nupcial e repatriação de imigrantes alienados.

Jabert¹¹⁵ acrescenta ainda que nesse período, após 1930, a ideia de criar grandes asilos de assistência psiquiátrica para alienados estava bastante desgastada, pois esse modelo de tratamento vinha sendo criticado devido à baixa efetividade terapêutica.

Mas essa prática só foi de fato abandonada em 1941, quando Aduato Botelho, então presidente do Serviço Nacional de Doentes Mentais, iniciou a política de construção dos hospitais colônia junto com os ambulatórios.

Para confirmar as afirmativas acima de que a Psiquiatria confundia os problemas psiquiátricos com os culturais, pode-se apresentar o trabalho de Cristiana Facchinetti e Priscila Céspedes Cupello¹¹⁶. No Hospital de Alienados do Rio de Janeiro, entre os anos de 1903 e 1930, as autoras relatam casos clínicos do Livro de Observação do hospital e escritos de médicos do período, que associam doenças e comportamentos tidos como desviantes para a sociedade daquele período.

Alguns sintomas eleitos pelos médicos do Hospital de Alienados do Rio de Janeiro que justificavam a internação eram os seguintes: comportamentos “desobedientes”, “irritáveis”, “sexualidade e desejos excessivos”, mulheres que não cuidavam dos

¹¹³ MEDEIROS Apud SILVA, 2008, p. 62.

¹¹⁴ COSTA, 1989.

¹¹⁵ JABERT, 2008.

¹¹⁶ FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila Céspedes. O processo diagnóstico das psicopatas do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, p. 697-718, 2011.

filhos ou dos afazeres do lar, mulheres que liam e estudavam muito, recusa ao matrimônio. A título de exemplo, as autoras citam o caso de Maria, que, após a morte de seu esposo e de um de seus filhos, por dias não quis assumir suas tarefas domésticas rotineiras. Outra moça, Paola, foi levada pela polícia ao hospital. Ela foi visitar sua família na Itália e deixou o esposo no Brasil. Durante o passeio, traiu seu marido e engravidou. Seu cônjuge, assim que soube, a violentou e se separou dela. Paola amasiou-se com outro homem, mas posteriormente, seu primeiro marido quis voltar para ela. Entretanto, ao deixar o amante, este a espancou; a polícia entrevistou nessa situação, conduzindo a mulher infiel ao hospício, pois sobre ela recaiu a suspeita de um caso de alienação¹¹⁷.

A partir do estudo realizado acima, é possível pensar em outra discussão: quando a população passou a ser vista como ferramenta rumo ao progresso econômico, político e social? Quando ela passou a ser alvo da regulação vinda a partir da Psiquiatria e de outras instituições.

De acordo com Facchinetti e Cupello, a mãe carregava no ventre o futuro da nação e, por isso, passou a ser foco dos médicos, pois “[...] a ideia de normalidade feminina atrelou-se ao que foi considerado o principal objetivo da mulher na República: gerar cidadãos saudáveis e educados”¹¹⁸.

A má conduta da mãe afetava não só a ela e sua família, mas também a nação. Mesmo com a difusão das perspectivas da Psiquiatria organicista alemã, que ligava os problemas psiquiátricos aos fatores hereditários, fisiológicos, anatômicos, os médicos brasileiros não abandonaram plenamente o discurso moralizante para subsidiar a internação de uma paciente.

Portanto, a título de conclusão, pode-se concordar com o que é dito por Costa¹¹⁹ acerca da relação entre o estabelecimento de diagnósticos e os seus contextos socioculturais de produção. Esse autor acredita que os psiquiatras do período tratado neste trabalho tinham a tendência a confundir ou associar problemas culturais no momento dos diagnósticos de seus pacientes. Para esses médicos, de

¹¹⁷ FACCHINETTI; CUPELLO, 2011, p. 708-709.

¹¹⁸ Ibid., p. 711.

¹¹⁹ COSTA, 1989.

acordo com Costa¹²⁰, “[...] os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se, unicamente, pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade.” Ainda segundo esse autor, existiam expoentes, como Juliano Moreira, que ressaltavam a constituição étnica do brasileiro ou a situação social dos imigrantes para justificar casos de doença mental, dentro de uma linha de pensamento proposta pela Psiquiatria organicista alemã, que apresentava um sistema biologizante. Isso foi levado ao extremo por alguns grupos de médicos, ao ponto de eles expandirem esses sistemas determinantes para outros âmbitos da sociedade.

E no Estado do Espírito Santo, é possível constatar como se deu essa intervenção na prática com a construção do Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho.

3.2 A PSIQUIATRIA NO ESPÍRITO SANTO E O HOSPITAL ADAUTO BOTELHO

No Estado do Espírito Santo, a loucura foi administrada de modo ligeiramente diferente em relação aos grandes centros urbanos no fim do século XIX e início do XX. Segundo Alexander Jabert¹²¹, apesar de o saber psiquiátrico ter se consolidado ao longo do século XX, esse processo não ocorreu de maneira homogênea em todo o país. O modo de organização dos estados no início da República também permitiu maior autonomia a cada unidade federativa na forma de administrar as questões ligadas à saúde coletiva. O governo federal administrava o problema social da loucura principalmente na capital federal. Mas em outros estados, como o Espírito Santo, essa mazela ficava a cargo do governo local.

O primeiro hospício do Brasil foi criado em 1841 – posteriormente transformado em hospital público, em 1852, originando o Hospício Dom Pedro II. Apenas cerca de um século depois, em 1944, é que a capital do Espírito Santo construiu seu primeiro hospício: o Hospício de Alienados da Ilha da Pólvora. Ou seja, a questão levantada

¹²⁰ Ibid., p.72.

¹²¹ JABERT, Alexander: Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 12, n. 3, p. 693-716, set./dez., 2005.

por Jabert¹²² é pertinente: o se fazia pelos loucos antes? Como eram tratados? Para onde eram levados?

O governo do Espírito Santo dizia não possuir recursos financeiros suficientes para cuidar adequadamente dos doentes mentais, e alegava que simplesmente encarcerar o louco não-criminoso era insatisfatório. Também afirmava que era necessária assistência médica apropriada, mas dizia faltar em terras capixabas um corpo técnico capaz de oferecer tratamento especializado. É importante ponderar que, o mais plausível era que não existia vontade política para resolver essa questão, e a falta de recursos, possivelmente foi uma desculpa utilizada para a maneira como o problema era tratado. Assim, novos meios foram buscados para solucionar tal problema social.

Jabert¹²³ divide em três momentos seu estudo sobre as formas da administração da loucura no Espírito Santo, sendo que o primeiro momento delimita-se entre 1887 e 1898. Nesses 11 anos, os loucos eram internados em um asilo anexo à Santa Casa de Misericórdia do Espírito Santo, o primeiro asilo de alienados no Estado. A primeira tentativa foi em 1862: o chefe de polícia da capital solicitou à Provedoria que autorizasse a construção de um pequeno hospício, que seria gerido pelo Provedor. No entanto, a direção da Santa Casa, que administraria o local, não aceitou, alegando falta de recursos. Em 1855, os alienados de Vitória foram encaminhados à Santa Casa, que internava essas pessoas junto aos outros enfermos do hospital. Em 1862, a direção decidiu que os alienados não mais seriam acolhidos, pois o hospital não tinha estrutura física adequada para receber “os loucos”. Alegavam, segundo Jabert, citando Afonso Schwab e Mário Aristides Freire¹²⁴, que os loucos transtornavam e prejudicavam a rotina do hospital. Os alienados restantes eram enviados para o Rio de Janeiro. O que se seguiu foi uma disputa entre o chefe de polícia e o presidente da província *versus* a administração da Santa Casa. Os primeiros tentavam obrigar legalmente o hospital a criar um pequeno hospício que deveria ser cuidado pela gerência daquela instituição. Os

¹²² JABERT, 2005

¹²³ Ibid.

¹²⁴ SCHAWB, Afonso; FREIRE, Mário Aristides. **A irmandade e a Santa Casa da Misericórdia do Espírito Santo**. Vitória: Arquivo Público Estadual, 1979.

provedores da Santa Casa tentaram recorrer a várias instâncias, até ao Imperador Dom Pedro II, para evitar o cumprimento da lei. Mas, em 1866, perderam a disputa e foram obrigados a apresentarem um projeto de construção de um pequeno sanatório, sob pena de serem cortados os recursos enviados pelo governo da província à instituição. Assim, a Santa Casa apresentou um projeto, recebendo verbas da província para construir um asilo de alienados anexo ao hospital. Contudo, as obras não foram executadas, e o espaço destinado aos pacientes com problemas mentais só foi inaugurado em 1887, ou seja, mais de 20 anos após a querela entre o governo provincial, os chefes de polícia e a administração do hospital.

Com a inauguração do espaço destinado aos loucos, os problemas não terminaram, visto que os alienados não recebiam tratamento adequado. O estabelecimento se limitou a isolar e encarcerar os alienados naquele espaço. Só eram cuidados quando acometidos corporalmente. Segundo Jabert, a Santa Casa de Misericórdia contava com apenas um médico para atender todos os doentes internados, incluindo os loucos. Muniz Freire, que governou o Estado entre 1892 e 1896, apresentou um projeto de construção de hospital de caridade, o qual seria sustentado pelo Estado, sendo que a instituição teria parte de sua estrutura projetada para receber loucos. A tentativa de separar Estado e Igreja era tendência nacional advinda com a instauração do regime republicano.

Contudo, a obra não foi concluída por falta de verbas. O Estado capixaba viveu uma crise econômica na virada do século por depender amplamente da cafeicultura. Diante disso, a situação em que os pacientes alienados viviam agravava-se de acordo com o depoimento do provedor da Santa Casa de Misericórdia, Waldemiro Fradesso da Silveira, que assumiu o cargo em 1898,

A entrada do Hospital tinha o aspecto de uma dependência de cadeia civil ou do corpo de polícia: – ao lado um compartimento que servia de enfermaria, um verdadeiro cárcere, coberto de andrajos, com alguns presos guardados por uma guarda que ali fazia seu refeitório e dormitório, sem asseio, sem ordem e onde à luz meridiana se cometiam cenas que a decência manda calar. Mais adiante um compartimento separado por uma grade de sarrafos de pinhos pintada de amarelo com algumas prateleiras em completa ruína, vidros sem rótulos, outros sem rolhas, tudo em promiscuidade, sem a menor noção de asseio, diziam – é a Pharmácia. Do lado oposto um outro compartimento separado por igual grade, de igual pintura, dentro um pobre velho octogenário arrastando os pés, o Administrador – Consultório Médico. Srs. Irmãos, não vos descrevo as

enfermarias porque teria de arrancar-vos um brado de indignação. A dependência do Hospital denominada impropriamente – Asylo de Alienados – era uma verdadeira jaula, sem hygiene, sem tratamento apropriado, onde o desamparado da sorte só aguardava o dia da morte. O meu primeiro cuidado foi eliminar essa classe de enfermos; para isso recorri ao digno Chefe de Polícia Dr. Sergio Loreto, a quem expus a situação desses infelizes. S. Ex. deu todas as providencias, de modo que no dia 1º de setembro, a bordo do vapor Muquy, seguiram os alienados para o Hospício no Rio de Janeiro.¹²⁵

Diante das dificuldades financeiras, a Santa Casa de Misericórdia fechou o setor que cuidava dos loucos, e o Estado do Espírito Santo passou os 20 anos seguintes sem lugar específico para abrigar doentes mentais, exportando-os para o Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro.

Assim, os alienados voltaram a ser confinados no quartel de polícia da capital e alguns eram de lá transferidos para a então capital federal. Segundo Jabert¹²⁶, nesse período, entre 1899 e 1921, começa o segundo momento da administração da loucura no Espírito Santo. O governo estadual tentou estabelecer medidas de amparo à população com problemas mentais, mas inexistia uma instituição específica para internamento dos loucos no Estado capixaba. O que se percebe nos trabalhos e fontes sobre esse período, é que a Justiça e os quartéis de polícia assumiram a responsabilidade da administração dos alienados. Aliás, a Justiça e a Polícia se apresentavam na condição de fiscais dos hábitos da população desviante em outros locais do Brasil. Em sua obra, Esteves¹²⁷ demonstra como o poder judiciário tinha seus padrões morais bem definidos e por meio deles conhecia os modelos comportamentais desejáveis para as pessoas do início do século XX, especialmente para as mulheres.

Voltando ao caso dos capixabas, o controle social foi assumido pela Justiça e pela Polícia; os médicos pouco interferiam nessa questão no início do século XX no solo espírito-santense. Segundo os estudos de Jabert, os requerimentos para transferência de pacientes com problemas mentais eram majoritariamente de delegados, juízes, promotores, sendo raros os documentos desse tipo encontrados que foram preenchidos por médicos.

¹²⁵ SILVEIRA, 1899, p. 9 apud JABERT, 2005.

¹²⁶ JABERT, 2005.

¹²⁷ ESTEVES, 1989.

Novamente, o chefe de polícia faz reclamações ao Estado sobre políticas públicas eficazes e adequadas para gerir o problema social causado pelo louco, e uma vez mais a questão financeira serve como justificativa para o abandono dessa causa.

Questão relevante apresentada por Jabert¹²⁸ é a falta de controle do Poder Público sobre a população carcerária do Estado. Vários documentos analisados por esse autor apontam para a livre circulação de pessoas, até sem o acompanhamento de carcereiro, as quais deveriam estar cumprindo pena na cadeia do quartel. Isso leva a uma discussão válida sobre o poder de coerção do Estado nesse contexto: não havia uma efetiva capacidade do governo espírito-santense no início século XX para higienização aos moldes cariocas, por exemplo. O que se conseguiu foi um ou outro projeto, como a reforma da cadeia no governo de Jerônimo Monteiro (1908-1912), descrita como insalubre. Com a saúde financeira se restabelecendo durante o governo de Monteiro, novas propostas de construção de hospital para pobres foi apresentada. Diante dessa nova instituição, o governador do Estado ambicionava erguer um pavilhão destinado aos doentes mentais, que ainda contavam com o quartel da polícia como asilo.

Em 1910, começou a obra para um novo hospital, embora o projeto não previsse a construção de ala para alienados. Uma querela entre a diretoria do hospital da Santa Casa e o governador do Estado, Jerônimo Monteiro, desencadeou-se: os diretores não queriam a responsabilidade de cuidar dos loucos; por outro lado, o Estado os pressionou a ceder parte do terreno para construir um nosocômio, pois essa era uma forma de compensar os gastos do Governo com as obras do novo hospital¹²⁹. Mediante a essa situação, a diretoria da Santa Casa preferiu romper o contrato com o governo do estado a abrigar o manicômio sob sua responsabilidade. Conseqüentemente, os loucos capixabas continuaram encarcerados no quartel de polícia. Segundo Jabert, alguns alienados continuaram sendo enviados para o Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, de navio. As transferências eram requisitadas pelos policiais do quartel da capital. Ou seja, parte dos alienados era caso de polícia no início do século XX no Espírito Santo.

¹²⁸ JABERT, 2005.

¹²⁹ Ibid.

Os estudos de Jabert apontam que até 1921 era bastante comum o envio de loucos espírito-santenses para o Rio de Janeiro, embora as autoridades locais clamassem pela construção de um espaço para tratamento dos transtornos mentais. Importa frisar que, assim como a capital federal recebia alienados de outras partes do país, Vitória acolhia loucos que vinham do interior para serem recolhidos nas cadeias da capital capixaba. À medida que o acesso melhorava, com a construção de estradas e ferrovias, mais chegavam alienados a Vitória.

O delegado geral de polícia da capital, em 1927, pedia mais uma vez que se criasse um asilo em Vitória, pois, segundo ele, era “bem elevado o coeficiente de doentes mentaes, indigentes ou não, no nosso Estado, além daqueles pro-cedentes da extensa zona mineira, servida pela Estrada de Ferro Victoria Minas”¹³⁰.

Ao lado das constantes reclamações das autoridades policiais, o hospital da capital federal nem sempre possuía vagas para atender a todos os pedidos do Espírito Santo. A cadeia do quartel de polícia também era inadequada para receber os alienados, afora a superlotação de criminosos. Nas primeiras décadas do século XX, portanto, além de manicômio, urgia a construção de um presídio.

Na última fase de 1921, ao fim da primeira república, destacou-se a parceria governo estadual-Asilo Deus, Cristo e Caridade. Essa instituição filantrópica localizava-se em Cachoeiro de Itapemirim¹³¹, e para lá eram enviados os pacientes com transtornos mentais que saíam de Vitória de trem¹³². Porém, como afirma Jabert, esse convênio não indicava a transferência da responsabilidade da administração da loucura para os médicos psiquiatras no Espírito Santo. Segundo ainda esse autor, a polícia continuava atuando nesse problema social causado pela loucura.

Durante o governo de Nestor Gomes (1920-1924), o Estado estabeleceu parceria para enviar alienados da capital Vitória para o asilo coordenado por Jerônimo Ribeiro, ou seja, à obra filantrópica Deus, Cristo e Caridade. Com essa medida, o Poder Público novamente adiava a construção de um espaço adequado para receber e tratar os doentes mentais. Em troca, o governo do estado passou a financiar parte da construção do pavilhão para receber os loucos. Essa parceira foi

¹³⁰ RABELLO, 1927, p. 41 apud JABERT, 2005.

¹³¹ Cidade do sul do Espírito Santo localizada a cerca de 140 km da capital Vitória.

¹³² JABERT, 2005.

criticada por autoridades públicas, visto que a instituição não era coordenada por médicos (o asilo era dirigido pela associação de espíritas), afora ser a estrutura inadequada para oferecer cuidados aos alienados.

No entanto, mesmo com carências nas estruturas do asilo e falta de pessoal qualificado para tratar os pacientes, Jabert¹³³ afirma que no primeiro ano do convênio, entre 1921 e 1922, cerca de 30 pacientes foram enviados para lá, e já no segundo ano, entre 1922 e 1923, cerca de 110 alienados foram transferidos do quartel de polícia da capital para Cachoeiro. Essa vazão de pessoas permitiu que os loucos fossem retirados da cadeia civil subsidiando um funcionamento mais organizado da instituição, já que eles causavam vários transtornos na manutenção da disciplina. A coerção policial passou a ter mais recursos, pois o gasto para manter os doentes mentais e prisioneiros comuns foi totalmente redirecionado para a segurança pública. A nova demanda para os policiais foi o recolhimento de mendigos na capital, que também passaram a ser mandados para o asilo fundado por Jerônimo Ribeiro. Para se ter uma ideia, segundo os relatórios de polícia do ano de 1928, estudados por Jabert¹³⁴, no ano anterior, houve 146 internamentos no asilo de Cachoeiro.

Malgrado tais resultados, as críticas à falta de terapias mais modernas eram frequentes. Vários problemas não foram sanados nessa parceria entre o governo estadual e o Asilo Deus, Cristo, Caridade. Os policiais continuavam reclamando por terem que encarcerar loucos na cadeia com prisioneiros, afora as dificuldades no transporte para Cachoeiro. Além disso, o asilo tampouco aplicava adequadamente todos os recursos enviados pelo Estado, ou seja, o governo financiava apenas os cuidados aos doentes mentais, mas os diretores do asilo usavam essas verbas também em pavilhões de idosos e órfãos. Desta forma, o dinheiro enviado tornava-se insuficiente para o tratamento digno dos alienados.

Diante desses transtornos urgia a crescente necessidade de se criar um hospital psiquiátrico no Espírito Santo. Florentino Avidos, durante seu governo, de 1924 a 1928, alegava que não havia verba suficiente para a construção do asilo. Mas, em 1929, a situação piorou, pois a população de indigentes crescia na capital e a

¹³³ JABERT, 2005.

¹³⁴ Ibid.

solução continuava a mesma, qual seja, enviar a maioria dos alienados capixabas para o asilo Deus, Cristo e Caridade, em Cachoeiro do Itapemirim, e para o hospital Dom Pedro II, no Rio de Janeiro. Mesmo essas não sendo as medidas mais eficientes para resolver o problema, eram financeiramente mais confortáveis.

O caso do Espírito Santo em relação à forma como se administrava a loucura não era incomum. Jabert afirma que o Anuário Estatístico do Brasil, de 1937, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontava em 1932 sete estados sem instituição específica para o cuidado de alienados, sendo que desses sete, dois estados – Maranhão e Ceará – geriam o problema social causado pela loucura de maneira similar à do governo capixaba. Analisando informações sobre a situação de pessoas consideradas “loucas” na Primeira República no Brasil, infere-se que a exclusão marca a forma pela qual esses indivíduos foram tratados pelo Estado e pela sociedade. Não eram criminosos, mas tidos como pessoas que viviam de forma incompatível com a vida em sociedade. Portanto, a solução considerada como ideal nesse momento era o isolamento delas, além do que, as atitudes das autoridades perante o fato, na primeira metade do século XX, levaram a crer que a solução natural para esse tipo de mazela era mesmo a construção do hospital psiquiátrico, pois essas pessoas eram tratadas como um grande problema social¹³⁵.

Visando à melhoria da infraestrutura dos hospitais ambulatoriais do Brasil, em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), o qual estabeleceu parcerias com as Secretarias de Saúde dos estados do Brasil. Assim, em meio a protestos dos governadores do Espírito Santo, em 1944, foi criado, em terras capixabas, o Serviço de Assistência aos Psicopatas. Junto a esse serviço estava o Hospital do Psicopata, integrado ao Hospital Osvaldo Monteiro na Ilha da Pólvora, em Santo Antônio, na Baía de Vitória. Esse hospital abrigou alienados transferidos do Asilo Deus, Cristo e Caridade, de Cachoeiro de Itapemirim, também servindo de local de tratamento e isolamento de pessoas com hanseníase e tuberculose. As instalações daquele asilo na Baía de Vitória eram de difícil acesso a pacientes, funcionários e familiares, e as condições físicas do hospital não eram das melhores, pois faltavam leitos para a alta demanda, além de haver constantes afogamentos de doentes que tentavam fugir do local.

¹³⁵ CARRION, 2011. Sobre o assunto ver também JABERT, 2008 e LIMA, 2005.

Entre 1945 e 1954, o Doutor Aduino Botelho¹³⁶, diretor do Serviço Nacional de Saúde Mental, construiu definitivamente um hospital psiquiátrico no Espírito Santo. No mesmo período, foram construídos outros hospitais com modelos arquitetônicos parecidos em Goiás e Pernambuco, que também receberam o nome de Aduino Botelho¹³⁷. Durante o governo de Carlos Lindenberg, em 1949, começaram as obras, que terminaram em 1954, no governo de Jones dos Santos Neves. O governo estadual concedeu mão-de-obra e terreno, enquanto a Secretaria Nacional de Doentes Mentais cedeu recursos financeiros obtidos junto à União para auxiliar na empreitada.

¹³⁶ O doutor Aduino Junqueira Botelho formou-se em Psiquiatria pela Faculdade Brasileira de Medicina na Universidade Brasileira, situada no Rio de Janeiro, em 1917. Foi bastante atuante na vida acadêmica, na administração psiquiátrica e na clínica privada. Fundou, junto com outros psiquiatras, o Sanatório Botafogo. Foi assistente de Henrique Roxo, discípulo de Juliano Moreira e atuou politicamente durante o governo de Getúlio Vargas, criando o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Além disso, participou e foi o primeiro presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Brasileira. Durante dois anos foi catedrático interino da Universidade do Brasil atual UFRJ. Foi editor dos Arquivos que eram publicados pelo SNDM. Foi responsável pela criação de 22 ambulatórios públicos. Foi também diretor da Assistência aos Alienados e fundador do Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro, para onde foram transferidos alguns pacientes do Hospital Nacional de Alienados. Botelho também contribuiu para a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde. Coordenou a instalação de hospitais-colônias em vários locais do Brasil. Faleceu em fevereiro de 1963.

¹³⁷ SILVA, Lucelena Barcellos Sarmiento. **Resgate da memória do Hospital Aduino Botelho**. Espírito Santo. 2004.



Figura 1 - Fachada principal do Hospital Adauto Botelho, em 1954.
Fonte: Acervo pessoal de Maria Lopes.

A inauguração do Hospital Adauto Botelho aconteceu no dia 24 de abril de 1954 e contou com a presença do ministro da Saúde, Miguel Couto Filho, que classificou o hospital como moderno e bem equipado, com todos os recursos técnicos necessários para atender com dignidade os pacientes lá internados.

No mesmo dia, uma reportagem do Jornal A Gazeta¹³⁸, informava que

Manoel Moreira Camargo para declarar que, tendo comparecido à inauguração do Hospital Colônia Prof. Adauto Botelho, como representante da Câmara Municipal de Vitória, desejava congratular-se com os governos da República e do Estado, bem como com os doutores Adauto Botelho e Alaor Queiroz de Araújo pela concretização de tão notável obra que veio, sem dúvida, preencher uma grande lacuna em nosso Estado no tocante à solução do problema dos alienados. Adiantou que, quem comparecer em Santana, sentir-se-á entusiasmado com a majestade e a imponência do edifício que está dotado dos mais modernos requisitos da técnica, merecendo, como recebeu do Sr. Ministro da Saúde, a merecida classificação de Hospital Modelo. E oportuno, frisou lembrar, aqui, para conhecimento de todos os capixabas, que o projeto é de autoria de um modesto arquiteto contemporâneo, Olímpio Brasiliense. Finalizando, declarou que seria interessante se antes de ser definitivamente instalado o Hospital, fosse o mesmo visitado e admirado por quantos se interessassem pelo bem-estar dos infelizes doentes, atacados das faculdades mentais, atualmente em número superior a 300, o mesmo passo que fazia voto por

¹³⁸ Jornal impresso do Estado do Espírito Santo com expressiva circulação.

que o Govêrno Federal continue a emprestar a sua ajuda para tão grandiosa e humanitária obra (A GAZETA, 1954).

No dia seguinte, o Jornal mais uma vez abordava o prédio do Hospital Adauto Botelho, afirmando que o mesmo, que fora

Projetado por Olímpio Brasieliense, arquiteto capixaba, tinha a estrutura e arquitetura semelhante aos demais hospitais psiquiátricos construídos em outras capitais, cujo modelo foi inspirado na concepção francesa, postulada por Esquirol. Sob a forma de um retângulo, o hospital foi dividido em duas partes simétricas, tendo um bloco central separando as alas femininas e masculinas.

Segundo relatos do ex-diretor, o médico Alcides Pereira Silva, que assumiu o cargo nos períodos de 1963 a 1964 e de 1975 a 1976,

O hospital foi situado em uma ampla faixa de terra, no município de Cariacica, no sopé de uma colina na fazenda Santana, e se destinava ao tratamento de psicopatas. Inicialmente, a finalidade era atender a pacientes do Espírito Santo. Mas conforme o livro de registro de 1954 de entrada de pacientes, constatou-se que o hospital atendeu a pacientes do sul da Bahia, interior de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraíba, Recife e Rio Grande do Norte, bem como estrangeiros provenientes da Itália, Líbia, Alemanha, Síria, sendo mantidos quase exclusivamente pelo Estado, com uma despesa mensal de aproximadamente 100 milhões de cruzeiros¹³⁹.

Silva, ao fazer sua pesquisa, colheu depoimentos de funcionários que trabalharam nos primeiros anos de funcionamento do Hospital, e esses afirmaram que

O hospital era dotado de instalações e equipamentos clínicos, centro cirúrgico, laboratório de análises, salas de raios-X, sala de necropsia, gabinete dentário e serviço de estatística. O acesso ao hospital era através de uma via de chão de barro, escorregadia nos dias de chuva, o que impossibilitava o acesso de carros¹⁴⁰.

Lima¹⁴¹, pesquisadora da história da psicologia capixaba, também colheu depoimentos de funcionários do hospital e relatou, em sua pesquisa que as instalações do Hospital Adauto Botelho possuíam extensos corredores, salas frias, quartos pequenos sem janela, onde os pacientes em crise eram temporariamente

¹³⁹ SILVA, Alcides Pereira apud SILVA, 2005.

¹⁴⁰ BANDEIRA, Eliane; QUEIROZ, Elizabeth Gerca. Apud SILVA, Lucelena. Resgate da memória do Hospital Adauto Botelho. 2004, Espírito Santo.

¹⁴¹ Milena Fiorim de Lima concluiu sua dissertação intitulada "Nos caminhos da psicologia capixaba: notas para a história da psicologia, da psiquiatria e da saúde pública no estado do Espírito Santo" em 2005, pelo programa de pós-graduação em Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo.

confinados, cujas portas eram trancadas com grades e cadeados. Ou seja, uma estrutura que pouco servia para a melhora desses alienados.

Uma funcionária entrevistada por Lima¹⁴² afirmou que

[...] a planta física dos locais são sem luz e aquelas pessoas são meio escondidas de todo mundo [...]. No imaginário social elas estão sendo tratadas, mas num lugar que fica entre o céu e a terra, que não existe.

Lima ouviu também os profissionais de apoio. Eles disseram que nos primeiros anos de funcionamento da instituição não existiam máquinas de lavar roupa e, portanto, elas eram lavadas à mão, demonstrando faltar à infraestrutura hospitalar o que o Jornal a Gazeta tanto elogiava. Faltavam leitos e colchões para os pacientes, sendo que alguns dormiam no chão. Eram os chamados leitos-chão¹⁴³.

Sobre a estrutura do hospital descrita pela reportagem como majestosa, com modernos requisitos técnicos, infere-se que a aquela foi projetada para segregar o louco do restante da sociedade considerada sadia e normal. A própria localização do hospital contribui para isso, visto que o prédio foi erguido em uma região pouco habitada, na década de 1950. Além disso, o hospital Aduino Botelho pode ser pensado como claro exemplo de segregação urbanística entre os civilizados e os que não se enquadravam no novo modelo de cidade que se propunha para o Brasil no século XX. Contudo, o Hospital Aduino Botelho foi um mecanismo importante de controle da população que não se adequava na sociedade capixaba.

3.3 CONTROLANDO A SOCIEDADE CAPIXABA

O biopoder é um conceito importante para compreender o que ocorreu no Hospital Aduino Botelho, no que diz respeito ao controle social da população “rejeitada”. Esse conceito compreende a tomada do corpo dos indivíduos como objeto de manipulação e controle. A espécie humana passa a ser compreendida a partir de sua finalidade política. Essa tecnologia organiza, submete e torna os corpos dóceis.

¹⁴² LIMA, 2005, p. 39.

¹⁴³ Ibid.

Assim, o biopoder, na sociedade capitalista, controla a saúde da população, pois ela é vista como um bem precioso para a manutenção desse sistema econômico.

A população e a vida passam a ser entendidas como elementos indispensáveis para a reprodução do sistema capitalista e para manter o bem-estar desses corpos: as políticas públicas por parte do Estado existiram¹⁴⁴. O biopoder compreende as tentativas de intervenção na vida humana por meio de ações, como as políticas de saúde pública gerenciadas pelo Estado. A vida passa a ser vista de acordo com essa proposta, como um objeto político, pois ela é codificada e organizada para satisfazer necessidades externas a ela.

A biopolítica abrange estratégias e contestações sobre a vida humana coletiva e práticas de intervenção sobre ela. Construiu-se na ideia de que o hospital psiquiátrico, dentro de um contexto específico, era uma necessidade inevitável para o bem coletivo no início do século XX e de que podia ser compreendido como uma estratégia biopolítica. No Estado do Espírito Santo, no século XX, não foi diferente nesse aspecto.

Na primeira metade desse século, na cidade de Vitória, surgiram demandas relacionadas à necessidade de se retirar das ruas pessoas que incomodavam as elites e se mostravam como empecilho ao projeto de cidade pretendido pela classe dominante para a capital do Estado. Diante disso, muitas dessas pessoas “incômodas” eram enviadas para o Hospital Colônia Aduino Botelho.

Nos documentos oficiais do governo, já estudados por alguns autores, como Jabert, Lima e Carrion, e já citados neste trabalho, é possível perceber que existiam discussões entre as lideranças locais e as federais sobre a construção de um espaço específico para receber os alienados que incomodavam a ordem pública.

A polícia acabava por fazer o trabalho de recolher essas pessoas das ruas para evitar um possível “constrangimento” nas vias públicas. Essas informações estão contidas nos prontuários analisados por Carrion¹⁴⁵ e nas entrevistas feitas com os funcionários que trabalharam no Aduino Botelho. Ficou explícito, na fala deles, que os critérios para internar pessoas naquela instituição eram questionáveis. Isso

¹⁴⁴ FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

¹⁴⁵ CARRION, 2011, p. 70.

porque,, para além da discussão levantada por Carrion a respeito da transformação da loucura em doença e de sua institucionalização, o que ficava bem claro era a expulsão pela polícia de pessoas indesejáveis, que às vezes, sequer tinham problemas mentais, mas eram conduzidas ao manicômio como forma de despejo. Era como se o Hospital Aduauto Botelho fosse um depósito de pessoas incômodas para a sociedade higiênica pretendida.

Cruzando informações obtidas dos anos de 1954, 1955 e 1956 retiradas do Livro de Entrada dos pacientes do Hospital Colônia Aduauto Botelho, é possível perceber como essa instituição de tratamento de alienados serviu para o controle social, reprimindo comportamentos considerados antissociais perante a sociedade capixaba de meados do século XX.

Segundo Lima¹⁴⁶,

[...] havia, na época, três tipos de atendimento: um para os pacientes que podiam pagar, um para os que possuíam vínculo com a Previdência Social e um para os chamados indigentes. Para os últimos não restavam camas ou colchões e a comida era basicamente canjiquinha ou sopa de macarrão.

A carência de verbas repassadas pelo Estado e a falta de organização interna no momento de recebimento dos alienados prejudicava a identificação da classificação dos pacientes conforme sua situação, ou seja, se pagantes, previdenciários ou indigentes. Na realidade, pela documentação pesquisada dos dois primeiros anos de funcionamento (1954-1956) do Hospital Aduauto Botelho – o Livro de Entrada – é notório o registro de poucas informações sobre seus pacientes, quais sejam, idade, sexo, estado civil, cor, instrução e profissão.

Durante o primeiro ano de sua existência, o hospital recebeu 537 pessoas, sendo 298 homens e 239 mulheres¹⁴⁷.

¹⁴⁶ LIMA, 2005, p. 40.

¹⁴⁷ Nos anos subsequentes, as internações foram maiores, sendo que em 1968, o hospital chegou a internar 1.711 pacientes. Sobre este assunto ver SILVA, 2004.

Quadro 1 - Internos do Hospital por ano.

ANO	SEXO	SEXO	TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	
Ano de 1954	239	298	537
Ano de 1955	235	355	590
Ano de 1956	230	324	554
Total	704	977	1.681

Fonte: dados obtidos do Livro de Entrada do HAB, de 1954, 1955 e 1956.

Das mulheres internadas em 1954, 49% eram analfabetas e 95% eram domésticas. Nos anos subsequentes – 1955 e 1956 – também a maioria das mulheres que entrou nesse manicômio eram analfabetas e domésticas, ou seja, em 1955, 48% eram analfabetas e 88% eram domésticas e em 1956, 54% das alienadas eram analfabetas e 75% domésticas.

Em relação à cor das pessoas internadas, percebe-se que não há grande interesse dos funcionários que fizeram os registros no tocante à classificação dos pacientes, uma vez que poucos espaços pertinentes a essa informação foram preenchidos, mas, mesmo assim, constata-se que a maioria das pessoas internadas eram pardas, conforme se pode observar no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação por cor.

Cor	Ano de 1954	Ano de 1955	Ano de 1956	Total
branca	62	87	99	248
parda	97	114	100	311
preta	24	25	20	69
ignorada	56	11	8	75

Fonte: dados obtidos do Livro de Entrada do HAB, de 1954, 1955 e 1956.

Figura 1 - Internas do hospital Adauto Botelho/ES em 1954.



Fonte: Acervo pessoal de Maria Lopes.

Esses indicadores socioeconômicos mostram majoritariamente pacientes advindos das camadas populares, considerando-se a baixa escolarização das pessoas de cores parda e preta, que, somadas, correspondiam à maioria das internadas.

Em 2012, os resultados do censo do IBGE continuaram relacionando as piores condições de vida para essa parcela da população, e na década de 1950, não foi diferente. Essas questões sociais ligadas à cor da pele e à escolaridade nos “Anos Dourados” ficam mais evidentes se comparadas com as políticas públicas de igualdade racial, nos dias atuais, uma vez que, mesmo com essas políticas, ainda há essas desigualdades, nos anos de 1950, elas eram bem mais acentuadas.

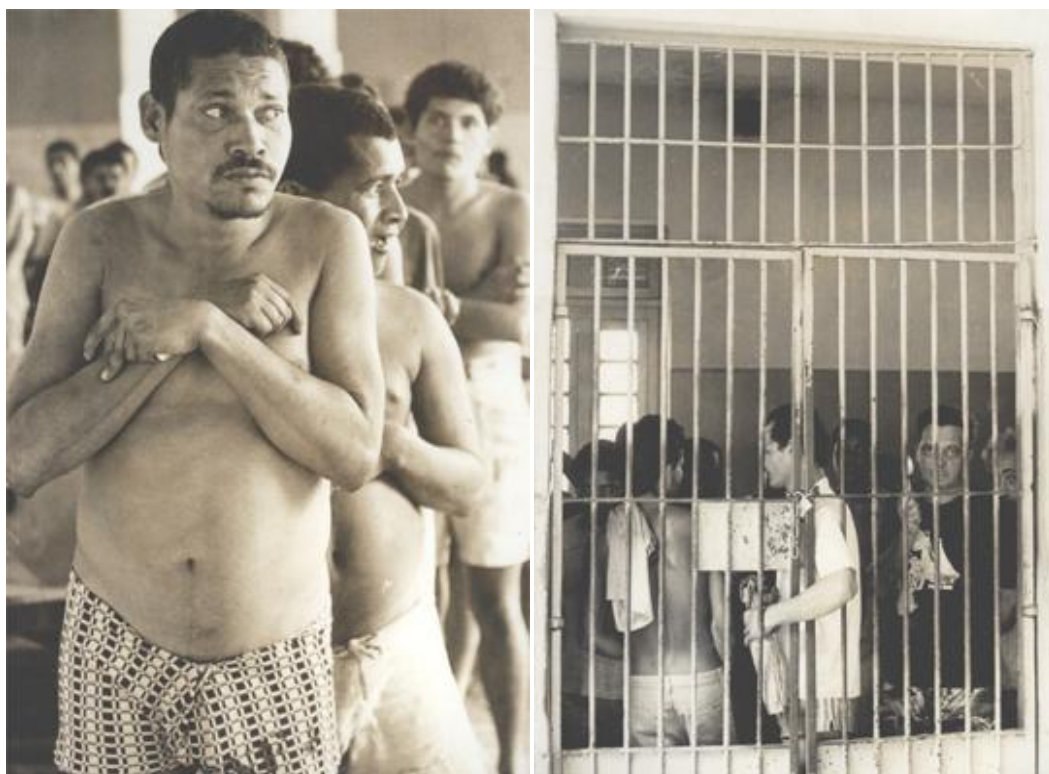
Ademais, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴⁸ aponta que na década de 1950 havia mais de 60% de brancos na população brasileira e apenas 26% de pardos, sendo que no hospital a realidade era outra. Ou seja, se a maioria da população brasileira era classificada como branca nessa década, por que a maioria era parda no hospício majoritariamente sustentado pelo Estado? Claro que não se pode deixar de se considerar as diferenças de critérios entre as pesquisas do IBGE e a classificação dos pacientes do hospital. Impossível saber ao certo, por exemplo, se a própria paciente se reconhecia preta, parda ou branca¹⁴⁹. Mas, mesmo com essa ressalva, não há como não atentar para a disparidade entre os números do Censo da década de 1950 e os dados obtidos no hospital em questão. É conveniente questionar também o destino dado aos loucos classificados como brancos. Existiam alas no hospital para pagantes, mas eles não eram maioria, mesmo compondo a maior parte da população nos levantamentos demográficos das pesquisas do IBGE. Acredita-se que outras formas de tratamento eram dispensadas a essas pessoas, tais como clínicas em outros estados ou reclusão em seus próprios domicílios, pois o que se via no manicômio localizado em Cariacica era uma população majoritariamente de pardos e pretos.

¹⁴⁸ IBGE. Disponível em:

<<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP106&sv=32&t=populacao-presente-e-residente-por-cor-ou-raca-dados-do-universo-e-dados-da-amostra>>. Acessado em: 25 jul. 2012.

¹⁴⁹ Preto é o termo usado pelas fontes. As pessoas eram classificadas quanto à cor em três aspectos: pretas, brancas ou pardas.

Figura 2 - Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho. Anos 1990.



Fonte: Ailton Lopes/Arquivo AG.

Tais informações corroboram com o que Maria Clementina Pereira Cunha¹⁵⁰ entende por hospícios do século XX, ou seja, são hospitais que servem como depósito de pessoas indesejáveis, por isso esses locais recebiam menos atenção por parte das autoridades competentes. Em relação ao Hospital Aduino Botelho, Lima¹⁵¹ reforça que a falta de estrutura fazia com que o local, principalmente para os indigentes, fosse um espaço degradante para se viver, pois para eles não restavam camas ou colchões, e a comida era basicamente canjiquinha ou sopa de macarrão. Além disso, muitos pacientes dormiam no chão ou mesmo sobre camas nas quais eram amarrados.

¹⁵⁰ CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidades da ordem**: a doença mental na República. São Paulo: Brasiliense, 1990.

¹⁵¹ LIMA, 2005.

Figura 3 – Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Anos 1990.



Fonte: Ailton Lopes/Arquivo AG.

As transformações urbanas influenciaram a existência de instituições como os hospícios. A partir dos estudos de Margotto¹⁵², nos jornais da Grande Vitória, conclui-se que a urbanização no Espírito Santo foi súbita e tardia em relação a outras regiões do Brasil. Nas décadas de 1940 e 1950 grandes transformações aconteceram em Vitória: o porto foi oficialmente organizado, levadas de migrantes chegaram à cidade, indústrias e estabelecimentos comerciais foram instalados e o espaço foi reorganizado. Em meio a essas transformações, a mendicância é citada pelos jornais locais da época como problema da cidade:

A mendicância também aparece de forma sistemática nas reportagens, que a tratam como um problema decorrente dos hábitos de pessoas pouco afeitas ao trabalho, ou outras que, sem a pretensão de analisar a origem desse mal, consideram que se deva simplesmente expurgá-lo do espaço urbano. Uma reportagem publicada em 1941 já identificava a presença de mendicância em Vitória, mas longe de apresentá-la como sintoma social, trata o problema como opção de vida de alguns indivíduos¹⁵³.

Existia, segundo essa autora, ruptura da ordem anterior afetando o modo de viver na cidade. Portanto, juntando as informações, é possível pensar: a cidade

¹⁵² MARGOTTO, 2001.

¹⁵³ Ibid., p. 52-53.

transformava-se e o hospital Adauto Botelho, possivelmente, foi bastante útil nesse cenário de limpeza do centro urbano, livrando-o dos indesejáveis e dos indigentes, de preferência afastando-os da maior concentração urbana, pois, como já foi dito, esse manicômio estava localizado em uma região distante, cerca de 12 quilômetros do Centro de Vitória.

Os dados em relação aos aspectos físicos indicam também uma relação entre a teoria de degeneração e os pacientes miscigenados. Vários psiquiatras corroboraram esse pensamento divulgado por Morel, tal como o Dr. Henrique Roxo, que via uma estreita ligação entre as doenças mentais e as características físicas das raças consideradas inferiores. “O coeficiente de criminalidade dos homens de cor (negros e mulatos, isto é, mestiços de indo-europeus e negro) é, no Brasil, relativamente muito maior que o da população branca”¹⁵⁴.

O acesso à educação pode ser outro fator indicador do grupo social ao qual pertenciam as mulheres internadas no hospital, como se pode observar no Quadro 3: os índices de escolaridade eram baixos entre elas.

Quadro 3 - Índices de escolaridade entre as mulheres internadas.

Escolaridade	1954	1955	1956	Total
primário	27	40	70	137
rudimentar	55	56	3	111
regular	1	1	2	4
superior	2	1	1	4
secundário	1	1	0	2
analfabeta	81	95	91	267
ignorada	72	40	61	173

Fonte: dados obtidos do Livro de Entrada do HAB, de 1954, 1955 e 1956.

¹⁵⁴ HUNGRIA apud SILVA, 2008, p. 41.

Assim, aos poucos se explicam os números das tabelas do perfil socioeconômico das pacientes desse nosocômio na Vitória em meados do século XX. Carrion¹⁵⁵ discute a justificação para a construção do hospital Adauto Botelho: o jornal *A Gazeta*, em reportagem sobre a obra e inauguração do hospício, exalta aquela “tão grandiosa e humanitária obra”. Carrion afirma ainda a respeito:

[...] História que inventa o hospital como humanitário, como necessário, como parte fundamental em um lugar onde existem loucos à solta, caos nas ruas, errâncias que afrontam a pretensa retidão¹⁵⁶.

Todavia, estar no hospital não significava tratamento digno. A medicação, segundo Lima¹⁵⁷, era usada para dopar pacientes incômodos, é a chamada mordança química. O entrevistado de Lima afirma que o paciente era estupidamente medicado: ele não podia pensar, reclamar ou questionar¹⁵⁸. Os médicos trabalhavam quatro horas, das quais duas eram para estudo. Eles se responsabilizavam por enfermaria com 40 ou 50 pessoas. Mas o contato era bastante limitado. Alguns tinham notícia de seus pacientes por meio da equipe de enfermagem. Outros médicos mantinham contato com seus pacientes, sendo que alguns deles até questionavam os tratamentos com eletrochoques. Como prática do hospital, devem ser mencionadas as contenções de pacientes em estado agudo. Alguns eram amarrados e colocados em quartos pequenos, sem janela. Esses poderiam ser encarcerados até pelos seguranças do hospício, segundo Lima¹⁵⁹, e esse tratamento era dispensado principalmente aos mais pobres.

Conforme as entrevistas capturadas Lima¹⁶⁰, pelas tabelas construídas de documentos da instituição e a análise de prontuários de mulheres depositadas nesse manicômio, pode-se afirmar que possivelmente o Hospital Adauto Botelho contribuiu para reprimir comportamentos considerados inadequados à comunidade que a cercava. Um dos entrevistados de Lima disse:

[...] a situação concreta que o hospital chegou a ter mil e seiscentos, mil e oitocentos pacientes/dia. Internava-se qualquer tipo de pessoa, sem critério estabelecido, segundo participantes, internavam-se desde psicóticos a alcoolistas, sífilíticos na fase terciária, mulheres que não deveriam entrar na

¹⁵⁵ CARRION, 2011.

¹⁵⁶ Ibid., p. 49.

¹⁵⁷ LIMA, 2005.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ Ibid.

partilha de terras da família ou porque os maridos não queriam mais o casamento, pessoas comprometidas politicamente e judicialmente, etc. Na maioria das vezes as pessoas eram internadas compulsoriamente para, logo em seguida, serem abandonadas pelas famílias para sempre¹⁶¹.

Assim, essa dissertação chega a outro ponto importante: a idade das mulheres internadas e o estado civil corroboram com aquela afirmação a qual diz que maridos internavam esposas para se livrarem de casamentos indesejados. Cerca de 30% das mulheres internadas em 1954 tinham entre 19 e 25 anos e 14% estavam na faixa etária de 26 a 30 anos e 52% eram casadas. É a faixa etária mais comum dos primeiros surtos psicóticos¹⁶², sendo que, segundo as condições sociodemográficas, essa média de idade entre os pacientes que surtavam pela primeira vez podiam estar na faixa etária de 22 e 31 anos. O mais curioso, entretanto, é a predominância de solteiros e desempregados que moravam com os pais. Embora a faixa etária de internação não tenha mudado, o estado civil mostra que as pessoas casavam-se mais cedo do que atualmente. Surge outra questão: por que as casadas em idade comum de ocorrência de possível surto psicótico eram mais numerosas do que as solteiras no hospital Adauto Botelho, sendo que o perfil para problemas mentais é o de pessoas solteiras?

Em Barbacena, o estado civil predominante era o de pessoas solteiras entre os anos de 1907 e 1970. Silva¹⁶³ acredita que o casamento era valorizado como forma de manutenção da ordem social, mas isso não se confirma nos dados apresentados pelo Livro de Entrada do Hospital Adauto Botelho, já que o número de casadas dos primeiros anos supera em mais de 100 pacientes o número de solteiras.

¹⁶¹ LIMA, 2005.

¹⁶² CARREIRO, Susana Vaz; MARTINS, Rui. Caracterização dos primeiros surtos psicóticos e reavaliação após oito anos. **Revista Psilogos**, v. 4, n. 2; v. 5, n. 1, dez., 2007; jun., 2008. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Indice8_ficheiros/Carreiro.pdf>. Acessado em: 25 jul. 2012.

¹⁶³ SILVA, 2008, p. 40.

Quadro 4 - Estado civil das mulheres internadas no Hospital.

Estado civil	1954	1955	1956	Total
casada	92	142	116	350
solteira	74	60	90	224
viúva	10	17	6	33
ignoradas	65	16	18	115

Fonte: dados obtidos do Livro de Entrada do HAB, de 1954, 1955 e 1956.

Quadro 5 - Idade das mulheres internadas no Hospital.

Idade	1954	1955	1956	Total
menor	26	31	29	86
19-25	46	45	58	149
26-30	23	31	32	86
31-35	12	26	22	60
36-40	12	19	31	62
41-50	23	29	28	80
51-100	20	26	19	65
ignoradas	79	28	11	118

Fonte: dados obtidos do Livro de Entrada do HAB, de 1954, 1955 e 1956.

Vê-se, portanto, forte indício de que o hospício serviu a vários interesses, não só públicos, como particulares. Não só de tratamento, como de repressão aos tidos pela sociedade como indesejáveis. É a manifestação do organicismo e das teorias da degeneração junto com os saberes construídos e articulados pelos médicos alienistas, que podam as classes populares tidas como perigosas para a cidade e para o bem-estar da humanidade. Cunha¹⁶⁴ diz que qualquer desvio desses indivíduos pobres podia ser punido e controlado por meio do hospício, era como se esses setores da sociedade fossem candidatos naturais a esse tipo de intervenção¹⁶⁵. Silva também reforça a afirmação de Cunha no que se refere ao Hospital Colônia de Barbacena:

A triagem inicial sobre quem deveria ser internado ou não partia primeiramente dos segmentos não-médicos da sociedade, como a polícia e a família, o que revela que a concepção de loucura criada pelos alienistas era compartilhada pela sociedade, que legitimava os internamentos¹⁶⁶.

É válido ressaltar que a média de idade que predominava era a da fase adulta, ou seja, por volta dos 20 a 30 anos, justamente a fase mais produtiva para o trabalho. Segundo Silva¹⁶⁷ e Portocarrero¹⁶⁸, a Psiquiatria do século XX dividia os indivíduos entre normais e anormais, bem no momento em que o Brasil começava a ver a população como força de trabalho, portanto, de riqueza e progresso da nação. Ou seja, quem se desviasse desse propósito, podia ser enquadrado como anormal.

Portanto, uma conclusão não inédita, porém válida, é que o instrumental científico que se propõe neutro e verdadeiro não consegue confirmar isso na prática. Os usos políticos das ciências, como a justiça e a medicina, indicam como essas práticas engendraram a ordem burguesa que se consolidou no fim do século XIX e início do XX.

A ciência jurídica também foi amplamente influenciada pelos valores morais de cada época. Esteves¹⁶⁹ ilustra semelhante situação. A autora analisou a relação de moças que buscavam o poder jurídico para reparar algum dano à sua moral e por isso eram enquadradas num discurso médico-jurídico-civilizador: as moças violentadas por

¹⁶⁴ CUNHA, 1986.

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ SILVA, 2008, p. 37.

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ PORTOCARRERO, 1990.

¹⁶⁹ ESTEVES, 1989.

homem que reclamassem à justiça sobre tal abuso poderiam ser penalizadas caso se provasse não serem honradas. As circunstâncias do crime também eram analisadas: se a moça estivesse na rua, sozinha, à noite e fosse estuprada, podia ser responsabilizada pelo crime, e o homem não seria punido. Ressalta-se ainda que se o agressor fosse trabalhador, honesto, reconhecido pela comunidade como uma pessoa honrada, dificilmente seria condenado.

Talvez para pessoas de fora da academia surpreenda imaginar a Medicina, especificamente a Psiquiatria, como uma ciência que se propõe objetiva, neutra, baseada em procedimentos empíricos, como um saber influenciado pelo momento. Assim, seus escritos e diagnósticos podem fornecer ricas pistas sobre o passado.

Magali Engel¹⁷⁰ analisa de maneira precisa as explicações que os médicos cariocas deixavam transparecer em seus diagnósticos em relação às doentes mentais. Os problemas mentais vinculavam-se aos aspectos próprios da fisiologia feminina: o parto, a menstruação, o aparelho genital feminino, a relação entre sexualidade e prazer da mulher com a histeria, enfim.

Corroborando a ideia de Engel¹⁷¹, um médico do início do século XX, Doutor Josephino Satyro de Santa Rosa, produziu um trabalho final em seu curso de medicina na Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro intitulado *Das desordens menstruaes nas psychoses e nevroses*. Nesse trabalho, o médico tenta mostrar que os problemas de saúde da mulher relacionados à menstruação (a falta dela, por exemplo) poderiam alterar seu caráter, seu comportamento e seu desejo sexual:

Além das depravações do instinto sexual, já por nós descriptas, ainda ha casos em que os habitos, o character, a índole da mulher, são inteiramente modificados por uma desordem menstrual. A noção do senso moral é completamente abolida, os sentimentos affectivos absolutamente esquecidos.¹⁷²

Outro trecho notável se refere a psicopatias inerentes às mulheres:

Baseados, pois, em opiniões multiplas e auctorizadas, podemos concluir que as diferentes psychopathiaslatentemente encasteladas no organismo

¹⁷⁰ ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary; BASSANEZI, Carla. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001.

¹⁷¹ Ibid.

¹⁷² Prontuário do Hospital Colônia Adauto Botelho.

feminino, por força da herança, irrompem com uma facilidade extraordinária, e sob fórmulas diversas, logo que se dê uma desordem da menstruação¹⁷³.

A Psiquiatria interferiu também e amplamente na vida familiar e nas condutas dos seres humanos. Costa¹⁷⁴ demonstra como a ciência médica tentou, por exemplo, construir a mãe higiênica:

Esse comportamento [o de não amamentar o filho], condenado por lesar os interesses políticos-populacionistas da elite agrária, foi codificado, no discurso higiênico, como infração às leis da natureza. A mulher que não amamentava, dizia-se, rompia duplamente os cânones naturais. Em primeiro lugar, porque se conduzia de modo contrário a todas as fêmeas da classe dos mamíferos; em segundo lugar, porque contrariava sua vocação natural, a de ser mãe, conforme figurino higiênico¹⁷⁵.

Esse trecho transmite as justificativas dos médicos higienistas estudadas por Costa para convencer as mães a amamentarem seus filhos. Ademais, relacionavam quem amamenta a quem recebia o leite, como se o leite de uma escrava fosse inferior ao de uma senhora branca da elite, ou quem praticasse atos sexuais durante a amamentação pudesse ter seu leite afetado. Assim, quem podia pagar uma ama de leite, fazia-o para ter menos preocupação e desgaste.

Assim, ao longo do século XX, os higienistas, com seu compromisso em ajudar a construir um país desenvolvido, intervêm nos corpos e nas atitudes das mulheres¹⁷⁶. Instaurar a culpa na mulher foi importante estratégia para fazê-la cumprir as ordens médicas. Segundo Costa¹⁷⁷, os médicos disseminavam a ideia de que quem não amamentava não amava seu filho: o propósito de converter as mulheres ao modelo da mãe amorosa alimentando seu bebê era nítido. Fora dele, parecia não haver escapatória ao comportamento social feminino. Esse mesmo autor desenvolve interessante raciocínio: com a urbanização, a casa perdeu seu caráter de pequena empresa, e várias atividades, como provisão de alimentos, roupas, obrigações religiosas caseiras, foram desaparecendo. Portanto, era difícil imaginar uma mulher vagando em casa, com muito tempo livre. Assim, os higienistas incentivavam também a amamentação como forma de absorver esse tempo livre

¹⁷³ Ibid.

¹⁷⁴ COSTA, 1989.

¹⁷⁵ Ibid., p. 256.

¹⁷⁶ Não nego que os higienistas também pensaram em formas de intervir no corpo do homem, mas este trabalho enfoca as mulheres.

¹⁷⁷ COSTA, op. cit., nota 175.

com tarefa útil, livrando as mulheres dos perigos do ócio e dos passatempos nefastos à moral e aos bons costumes familiares.

A ocupação das mulheres estava bastante relacionada ao lar, podendo-se constatar isto no Quadro 6, o qual mostra que a maioria das internadas foram classificadas como domésticas.

Quadro 6 - As profissões das mulheres internadas no Hospital.

Profissão	1954	1955	1956	Total
doméstica	160	186	154	500
costureira	1	4	3	8
estudante	2	8	1	11
lavradora	0	1	28	29
menor	3	6	0	9
outras	3	7	20	30
ignoradas	70	26	22	118

Fonte: dados obtidos do Livro de Entrada do HAB, de 1954, 1955 e 1956.

De acordo com os documentos analisados para esta dissertação não ficou claro o que era ser doméstica, pois não há nenhuma distinção no Livro de Entrada nem nos prontuários analisados que explique se elas eram domésticas porque trabalhavam em suas próprias residências ou se exerciam atividades remuneradas trabalhando em outros lares.

No entanto, mesmo não sabendo precisamente a quantidade de pessoas que trabalhavam fora dos lares para sobreviver, é importante pensar que por questão de sobrevivência, as mulheres pobres precisavam trabalhar fora de seus lares. Joana

Maria Pedro¹⁷⁸ afirma que, caso elas precisassem exercer algum tipo de atividade para complementar sua renda, isso era encarado como uma exceção, visto que o homem ideal deveria prover seu lar. Essa saída do âmbito privado contribuiu para a flexibilização das regras sociais e funcionou como uma forma de resistência aos costumes que as obrigavam a se restringir ao ambiente de suas casas.

Ainda segundo Pedro¹⁷⁹, ao romperem com os limites da economia doméstica, apesar de a maioria dos trabalhos estarem associados às atividades exercidas no lar, como a lavagem de roupa, a costura e renda e o fabrico de doces e comidas para venda, as mulheres provocaram, no ocidente capitalista, uma nova divisão dos papéis sexuais e a redução delas aos papéis familiares. Porém, a exemplo de Florianópolis, caso estudado pela autora, uma pequena elite encontrou em tal divisão de esferas uma maneira de demonstrar distinção em relação ao restante da população. As elites e a classe média conseguiam manter suas mulheres mais restritas ao âmbito privado, pois ao contrário das camadas mais pobres, elas não necessitavam trabalhar fora do lar para sobreviver.

Outra questão interessante a ser pensada no âmbito da profissão é o caso das prostitutas, que não aparecem explicitamente como ocupação nos registros do hospital, mas que, sem dúvida, eram alvo dos higienistas.

A ciência psiquiátrica ajudou a instruir e a criar moldes tidos como bons exemplares de comportamentos, mas, caso não fossem respeitados, ela poderia também contribuir com a punição. A mulher mundana, as prostitutas, estavam na lista negra dos higienistas. Mais uma vez recorrendo a Costa, é possível perceber em seu trabalho que as prostitutas eram recriminadas; e mais, atentavam à saúde pública, visto que seu corpo não medicado transmitia várias doenças. Em decorrência dessa transgressão, a loucura, diziam os psiquiatras do século XIX, vinha como castigo:

A loucura, finalmente, vinha completar a punição higiênica da mulher do mundo: a razão do maior número de mulheres francesas alienadas do que as inglesas facilmente se acharão comparando os costumes de umas com os das outras; é o vício de educação das primeiras que as faz exceder em loucura; a preferência que se dá às artes de puro gosto; à leitura de

¹⁷⁸ PEDRO, Joana. As mulheres na história de Desterro/Florianópolis: sobrevivência, imagem e resistências. In _____. **Mulheres honestas e mulheres faladas**: uma questão de classe. Florianópolis: EDUFCS, 1994. p. 115-162.

¹⁷⁹ PEDRO, 1994.

romances, que sendo ainda elas muito jovens as obriga desenvolverem uma atividade prematura, superior ao seu desenvolvimento, faz nelas desenvolverem-se desejos, para os quais ainda não estão preparadas, desperta-lhes idéias de uma perfeição imaginária e que não encontrarão senão em romances; a grande frequência de espetáculos, de círculos, o abuso da música e a falta de ocupação fazem aumentar na França o número das alienadas. Na Inglaterra, ao contrário, as mulheres recebem uma educação mais forte, elas passam uma vida mais recolhida, mais interior, entregam-se mais aos seus serviços e mais se edificam; elas não ocupam no mundo um lugar no mundo tão importante como as primeiras¹⁸⁰.

Essa relação entre os hábitos de vida desregrado e a loucura foi, portanto, fundamental para a domesticação da mulher. Anos depois da tese médica referida, ainda se tentava reprimir, medicar e organizar a prostituição e amenizar seus malefícios à saúde da população, já que aquela era um “mal necessário”. Juçara Luzia Leite¹⁸¹ trata exatamente de como a polícia e a Medicina tentaram reservar parte da cidade à prostituição. Essa é outra medida de higienização das áreas urbanas; e, certamente, quem saísse das regras seria punido, já que os policiais fichavam as prostitutas da região chamada República do Manguê e as mantinham sob constante vigilância.

Diante disso, pode-se questionar: era punida pela Medicina (higienistas e alienistas) e pelos policiais apenas a mulher prostituta, com hábitos de vida bizarros à maioria da população? Maria Clementina Pereira Cunha¹⁸², estudando confinadas do hospício Juquery, em São Paulo, debate as razões que levaram algumas ao nosocômio. O caso de Eunice, apresentado pela autora, é emblemático: vida recheada de sucesso profissional. Professora, estudou em São Paulo, com três anos de formada foi para Santos dirigir um grupo escolar. Lá, ela se sustentava sozinha, sem intervenção paterna, e era solteira. Com o passar dos anos, a professora multiplicou suas atividades, fundando escolas noturnas para alfabetização de adultos, escrevendo livros escolares. Mas o pior mesmo, para os alienistas do Juquery, era que ela se revelava completamente independente, não admitindo a intervenção do pai ou dos irmãos em suas decisões. Tampouco quis se casar: rompeu dois ou três noivados a contragosto de sua família. Assim, por todos esses

¹⁸⁰ FIGUEIREDO, 1847 apud COSTA, 1989, p. 269.

¹⁸¹ LEITE, Juçara Luzia. **República do manguê: controle policial e prostituição no Rio de Janeiro (1954-1974)**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

¹⁸² CUNHA, Maria Clementina Pereira. **De Historiadoras, brasileiras e escandinavas: loucura, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX)**. Tempo, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 181-215, 1998.

motivos, a internação em hospital psiquiátrico se apresentava como punição bastante moderna em 1910 e exemplar. Como já citamos no tópico anterior, o papel social importava para classificar quem era e quem não era desviante. As mulheres e os homens de cada classe social tinham papéis esperados; por isso Eunice, como bem ressaltou Cunha, foi vista de modo diferente de pessoas de outro nível social.

Mas este [o hospital psiquiátrico] não era, por certo, um destino final e inevitável para mulheres rebeldes e independentes: no mesmo momento em que Eunice purgava suas culpas no Juquery, uma mulher compositora, pianista e maestrina fazia enorme sucesso nas rodas boêmias da capital federal. Seu nome era Chiquinha Gonzaga: separou-se do marido por sua própria iniciativa, teve outros amores livremente, sustentou os filhos com seu trabalho – no qual, como Eunice, varava madrugadas –, compondo canções para o teatro de revistas e grupos carnavalescos ou destinadas às sensuais danças de salão do maxixe e do corta-jaca. Mas Chiquinha era uma mulher mestiça, oriunda de uma família que estava longe de pertencer ao topo da hierarquia social. No caso de Eunice, a lógica era outra, com outros parâmetros de exigência. O desfecho da história, desta forma, era totalmente previsível. Após cinco meses de internamento, práticas terapêuticas e disciplina asilar, Eunice finalmente cedeu, aceitando voltar à casa paterna para, provavelmente, viver com amargura e ressentimento o papel destinado a uma mulher com o seu perfil. Triste papel, o de alguém sem lugar social definido, ao qual ela parece ter-se adaptado de alguma forma já que não consta qualquer anotação de retorno em seu prontuário.¹⁸³

No caso das mulheres e dos homens pobres, reclusos em hospícios, as justificativas poderiam ser outras. A vontade de livrar a cidade dos tipos considerados degenerados era uma das causas para internar pessoas com problemas como alcoolismo, desemprego/mendicância, homossexuais. É como se o hospício do início do século XX fosse, além de instituição asilar terapêutica para as pessoas com perturbações mentais, local para punir quem ignorasse os comportamentos desejados pela burguesia industrial, pelo Estado republicano e pela Medicina. Existiram também outros setores da sociedade envolvidos, mas resalto esses, pois é com eles que trabalho nesta dissertação. Era muito importante determinar os comportamentos sadios e tolhidos, pois se relacionavam diretamente ao projeto modernizador e civilizatório do Brasil. Só um “povo saneado”, livre de doenças, maus-hábitos, moralmente adequado poderia transformar o Brasil em país do futuro.

Este trabalho se inspira no de Maria Clementina Pereira Cunha¹⁸⁴ sobre as mulheres internadas compulsoriamente no hospício Juquery, em São Paulo. No hospital psiquiátrico Aduato Botelho, fundado em 1954, no Espírito Santo, houve casos

¹⁸³ CUNHA, 1998, p.12.

¹⁸⁴ Id., 1986.

interessantes comprovando a possibilidade de tais interações na instituição. As contradições nos prontuários desse manicômio sugerem uma hipótese semelhante à da historiadora referida.

Num mesmo relatório sobre uma paciente, o enfermeiro descreve doente mental agitada. Cerca de três linhas abaixo, diz que a mesma pessoa está calma. Aparência é informação recorrente nos documentos dos pacientes: como estão os cabelos? As vestes estão limpas? Às vezes, também se encontra nos prontuários a seguinte descrição: “Paciente calma, não reagiu à internação e diz que foi internada por causa de uma estripulia que tem vergonha de contar, ‘foi coisa feia’.”:

Paciente aparentemente calma – não referiu ao internamento. Alinhada de vestes e cabelos. Diz que foi internada por causa de uma estripulia que fez consigo. Não conta que tipo de estripulia, por ter vergonha. – “Foi coisa feia”. Orientada quanto a tempo [...] e situação. Relata que já bebeu muito [...] e desde a outra internação que não bebeu mais. Oligofrenia – Alcoolismo.¹⁸⁵

O histórico familiar também é desenhado nos prontuários. Era importante saber, por quem preenchia os prontuários, os hábitos familiares, como pai tabagista e mãe alcoólatra. Uma família com comportamentos higiênicos, segundo os preceitos médicos, era fator fundamental para o desenvolvimento de filhos sãos. Alguns prontuários revelavam pouco sobre os pacientes, outros mais detalhados permitiam fazer uma previsão do perfil social das ocupantes dos dois primeiros anos de funcionamento do Hospital Psiquiátrico Aduauto Botelho.

Muitas meninas e moças foram internadas nesse nosocômio. É possível encontrar no Livro de Entrada várias menores de idade: em 1954, do número total de internadas, 16% eram menores; em 1955, 15% eram menores de 18 anos e em 1956, elas correspondem a 13% das internas. Um dos motivos possíveis para internar essas crianças era a displasia, que, segundo o dicionário Priberam¹⁸⁶, significa: “desenvolvimento anormal de um tecido ou de um órgão (ex.: *displasia fibromuscular*)”. Classificar os doentes mentais por meio de características físicas ou com outra explicação biológica para segregar comportamentos indesejados era uma tendência da medicina higienista do fim do século XIX e início do XX, de acordo

¹⁸⁵ Prontuário 119, mulher internada pela primeira vez no ano de 1954. Relato produzido em 1966.

¹⁸⁶ Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Disponível em: <www.priberam.pt/dlpo/sobre.aspx>. Acesso em: 15 maio 2013.

com Sandra Caponi¹⁸⁷. A autora afirma que o determinismo biológico do início do século XX atribuía aos comportamentos indesejados o caráter orgânico e hereditário. Essa maneira de pensar, entretanto, não desapareceu no século XXI, pelo contrário, foi reforçada com o surgimento da neurociência e da sociobiologia:

[...] veremos que a antiga preocupação por localizar as lesões no corpo dos doentes, que possibilitara a construção da anátomo-clínica, pode ser hoje recuperada e aplicada não só às patologias orgânicas, mas também às patologias mentais ou comportamentais. Os diagnósticos por imagem parecem permitir a localização de lesões no cérebro, do mesmo modo que podemos localizar uma lesão no pulmão ou no fígado. Em muitos casos, estas explicações químicas e neurobiológicas dos comportamentos se apresentam como a contraface da crescente procura por genes específicos que, segundo se afirma, seriam a causa direta de tais comportamentos¹⁸⁸.

Portanto, há que se tomar cuidado para não descartar as explicações biológicas e deixar de lado totalmente as características físicas para compreender o que acontece em nosso corpo.

Mas a questão é: uma pessoa deveria estar internada por apresentar alguma deformidade física ou algum histórico familiar de doença? Ou retomando o que foi mencionado acima: por que vestir-se alinhada, pentear-se bem, se portar bem, querer colaborar com as perguntas feitas durante o preenchimento dos prontuários era uma classificação tão importante e talvez determinante entre a liberdade e a reclusão? Que tipo de coisa é considerada feia para a paciente se envergonhar a tal ponto de não querer contar?

Uma menina de 13 anos com registro geral 663, que chamarei de Vera para preservar sua identidade, entrou no hospital no dia 23 de março de 1955, e como o histórico familiar era importante para o diagnóstico, ele foi feito:

Pais vivos, gosando saúde mental aparente. Possui 6 irmãos, sendo 2 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, todos vivos e gosando saúde aparente. Por ordem de nascimento é a 4ª filha. [...] Deambulação, lalação e dentição¹⁸⁹ em épocas normais. Puberdade aos 13 anos de idade. [...] Nascida e criada em ambiente rural. Diz que na 1ª infância gostava de brincar com as companheiras, sendo a sua diversão favorita “brincar de boneca”. Diz que se dava muito bem com as companheiras, e, quando

¹⁸⁷ CAPONI, Sandra. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. **PHYSIS**: Saúde Coletiva, v. 17, n. 2, p. 343-352, 2007.

¹⁸⁸ CAPONI, 2007.

¹⁸⁹ Deambulação significa andar; lalação é o período de fala inteligível, ocorre com frequência na infância; dentição é o momento de nascimento dos dentes.

alguma colega procurava [...] então diz a examinanda que afastava-se, por não gostar de discussão. Permaneceu em companhia dos progenitores até a idade de 9 anos, com esta idade, sua madrinha, por ter filhos, levou-a para sua companhia. Vivendo em companhia da sua madrinha no início tudo ia muito bem, porém depois de um certo tempo, diz a examinanda que a madrinha começou [...] Em vista disto, a examinanda relatou que em um certo dia, a empregada usou de violência para com a paciente e que esta revidou com um “murro” na face direita. Ao chegar o fato ao conhecimento da madrinha, esta então procurou o “juiz de menores”, em vez de reconduzi-la aos ambiente dos progenitores. No juizado de menores, a examinanda foi trazida a este nosocômio. Declara ainda a examinanda que os progenitores vivem em perfeita harmonia, o mesmo acontecendo com os irmãos. [...] A paciente apresenta-se ao exame calma, colaboradora e lúcida. Auto-orientada¹⁹⁰. Orientada alo-psiquicamente¹⁹¹ e quanto a situação. No decorrer da anamnese¹⁹², não se nota nenhum sinal de desequilíbrio mental.

A paciente apresenta-se ao exame calma e colaboradora e lúcida. Auto-orientada, alo-psiquicamente e quanto a situação, Extrovertida e eufórica.

Diagnóstico: não apresenta perturbação mental.

Após ler um prontuário com tantas informações, a primeira questão que surge é por que Vera está internada no hospital Aduato Botelho e por que seu prontuário não apresenta data da saída, já que ela não apresenta nenhuma perturbação mental? Por que o juizado de menores a encaminhou para o hospital, sendo que a família de Vera existia e estava, inclusive, dentro dos padrões tidos como higiênicos?

Algumas perguntas ficaram sem resposta. Todavia, sugere-se que para um caso como esse, que a família era pobre e não desejava ter mais uma filha para criar, sua madrinha foi uma saída para aliviar as despesas do lar dessa jovem. Outra resposta plausível é que a menina pode ter feito algo de errado e sua madrinha quis puni-la com a procura do juiz de menores, que a encaminhou para o hospital psiquiátrico, visto que as instituições asilares para menores de idade eram poucas e nem sempre possuíam vagas para abrigar todos que dela necessitavam.

Mas independente da resposta, uma coisa pode ser dita: o nosocômio Aduato Botelho abrigou uma adolescente de 13 anos, sem diagnóstico de perturbação

¹⁹⁰ O termo auto-orientada diz respeito à capacidade de a paciente reconhecer seus dados pessoais, saber se identificar.

¹⁹¹ Orientada alo-psiquicamente quer dizer que a paciente tem noções temporais, espaciais e sabe informar sobre alterações no seu corpo, como por exemplo localizar o nariz, saber sobre uma paralisia, uma amputação.

¹⁹² A anamnese é feita sob-orientação de um médico ou terapeuta e tem o objetivo de saber sobre a lucidez do paciente. O próprio paciente é quem fornece as informações para a anamnese, de maneira voluntária.

mental, diagnóstico este dado por eles mesmo e assinado por um médico da própria instituição. Ou seja, compactuaram com o depósito de uma menor de idade tida como saudável em seus domínios com anuência da justiça.

Vera não atendia aos requisitos definidos pela Medicina para ser acolhida em um hospital psiquiátrico e ainda sim foi encarcerada. Uma internação compulsória, cujo fim não sabemos, pois os documentos que estão disponíveis para consulta e pesquisa não respondem aos inúmeros questionamentos sobre essa adolescente.

Outro caso emblemático para esta dissertação é o de Mariana, registro geral 119. Esse será seu nome para respeitarmos a sua privacidade. Ela veio de Castelo e esteve pela primeira vez no hospital Adauto Botelho em 1955. Não é possível precisar a data em que essa pessoa entrou pela primeira vez no hospital. O que é possível dizer é que em 2 de agosto de 1955, quando Mariana tinha aproximadamente 19 anos (ela não sabia ao certo informar sua idade), começou um tratamento com eletrochoques no hospital Adauto Botelho. Bem, outro ponto fundamental é que é impossível falar de Mariana sem falar de suas várias internações no manicômio em questão. Ela foi acolhida várias vezes entre 1955 e 1982. Era descrita como parda e outras vezes como preta. Era solteira, tinha um filho, quando perguntada sobre sua vida sexual respondia que não sabia relatar, usava tabaco e bebia álcool. É descrita nos prontuários como alguém que apresenta distúrbios de pensamento (perseguição e delírio de grandeza), gestos e postura anormal, agitação psicomotora grave, distúrbio de seu comportamento, apresentando episódios de choro (depressão) e distúrbio do pensamento (conteúdo).

Em uma de suas passagens, em 1957, ainda com aproximadamente 19 anos e solteira, além do histórico familiar relatado (como era costumeiro de ser feito por parte dos atendentes do hospital), ela dizia que não era mais virgem e que tinha sido deflorada aos 14 anos por um tio. A menstruação também aparece como dado importante no prontuário, e o catamênio de Mariana é descrito como normal. Em 1966, Mariana retorna em agosto, já casada. Ela não reage à internação, está descrita como calma e possui vestes e cabelos alinhados. A paciente alienada diz que foi internada por que fez uma estripulia, e não consegue contar, porque tem vergonha. Ela apenas diz que “foi coisa feia”. No prontuário estava descrito que

Mariana estava orientada quanto à noção de tempo, que bebeu muito, apesar de ter sido aconselhada para não fazer mais isso.

Nos chama atenção o fato de, observando os prontuários posteriores ao período pesquisado, que ainda encontramos dados sobre Mariana. Em 1968, Mariana tinha 28 anos, aproximadamente, e permanecia casada. De volta ao hospital, na documentação observada sua cor foi descrita como preta. Em seu prontuário, ela foi classificada como desleixada em suas roupas e vestes. Respondeu bem as perguntas, apresentou distúrbios de pensamento, das associações de ideias, da afetividade e da memória. Foi relatado que ela estava desorientada auto e psicologicamente, e com verborreia, ou seja, necessidade excessiva de falar. Mariana diz, em sua anamnese, que faz uso de bebida alcoólica e relata a existência de “acessos”. Os dentes estavam em mau estado de conservação. Além disso, Mariana respondeu às perguntas que lhe foram feitas, dizendo que queria ir embora. O exame mental descreve desorientação auto e alo-psíquica, uma memória deficiente para fatos remotos e recentes e esboço de ideias delirantes e verborreia. O diagnóstico provável, segundo a anamnese, foi síndrome de esquizofreniforme.

Mariana possui várias informações que se desencontram. Como já foi dito, a cor da paciente muda, ora chamada de parda, ora de preta. Em 1968, em seu prontuário, aparece o indicativo de que é a segunda vez que a paciente se encontra no hospício. No entanto, sabe-se pelos seus documentos que era no mínimo a quinta vez que Mariana esteve lá internada. Ela se queixava de nervosismo, “acessos” (epilepsia) e que ficou bastante agressiva, chegando a tentar matar sua mãe com uma foice. Apresentava delírios persecutórios e tinha medo de que a matassem com choque. O uso de álcool era feito desde sua juventude, e foram relatados casos de doença mental na família.

Portanto, é possível ver em Mariana a típica pessoa tida como anormal e degenerada: histórico familiar de doença mental, utilizava álcool, tabaco, teve um filho sem estar casada, era preta/parda e pobre. Combinações de características do tipo acreditado como o responsável pela falta de progresso da nação brasileira. Mariana expressava, diferente de Vera, uma das causas do atraso da nossa população, fora dos conceitos de civilização. Retirar essas pessoas de circulação do espaço público era uma meta dos higienistas do século XX brasileiro; corrigi-las era

necessário para o avanço da nação, e os cuidados médicos dispensados a essa paciente vinham em segundo plano, visto que as condições do hospital psiquiátrico Aduato Botelho foram bastante criticadas ao longo de toda a sua história de existência.

A desorganização no hospital era tamanha, a ponto de existir um documento produzido pelo juiz de direito Jedaias Victalino Teixeira Gueiros, em 1976, atestando que Maria era a mesma pessoa que Mariana.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou apresentar como os papéis sociais podem influenciar na vida de um indivíduo antes mesmo de ele nascer, pois os padrões de comportamento esperados para cada gênero estão formatados pela sociedade vigente. Transgredir esses papéis é abrir margem para uma possível punição por parte da família, do Estado, da Justiça e até mesmo da Medicina, como ficou demonstrado neste trabalho.

O espaço público também exige padrões de comportamento, principalmente quando ele é reformulado para se tornar um local com ares modernos, mais sofisticados ou europeizados. Isso influenciou fortemente nas mudanças nos códigos de conduta, e as mulheres, principalmente, foram alvo desse policiamento. No Estado do Espírito Santo, os governos do período republicano cuidaram para educar a população de acordo com esses preceitos afrancesados, baseados também em uma preocupação com a saúde coletiva e, claro, num projeto de cidade desejado pelas elites.

Assim, a intervenção dos médicos nos comportamentos da sociedade espírito-santense foi se construindo e entrando na intimidade dos lares, e mais ainda, ajudando a organizar a vida em sociedade, ditando regras e costumes à época, tidos como degenerados e causadores do atraso da nação.

Teorias sobre degeneração racial, desordem causada por imigrantes europeus ou simplesmente pessoas de fora da Grande Vitória, mendicância e alcoolismo foram justificativas utilizadas pela polícia no Espírito Santo e pelo Hospital Colônia Adauto Botelho para manter o controle social sobre esses indivíduos. De acordo com esses preceitos instituídos por várias instituições civis, dentre elas a Psiquiatria, a sociedade poderia ser classificada como normal e anormal, sendo delegado à Medicina o direito de cuidar dessas pessoas de acordo com suas (a) normalidades.

Expor um pequeno trecho dessa traumática história que envolveu um hospital colônia, o qual foi por algumas vezes denunciado por violação aos direitos humanos é uma forma de tentar compreender o que se passou, problematizando, dentro desse pequeno recorte temporal, as maneiras de se controlar a sociedade, especialmente a parte mais carente e vítima de preconceitos. Diante disso,

acreditamos que este trabalho suscita discussões importantes sob o ponto de vista da História Social, as relações políticas e como elas influenciam as nossas vidas, como elas perpassam espaços que pensamos estar amalgamados.

Existem muitos problemas relacionados à documentação que, para nosso infortúnio, ainda não está organizada, além da habitual dificuldade em acessá-la por parte dos funcionários de alguns arquivos. No entanto, há muito a ser feito com o que existe como fonte primária. Vários dados do período pós- recorte desta dissertação permitem sugerir que a exclusão e o cerceamento, por razões às vezes distintas das mulheres, atingiram a população masculina capixaba e de regiões vizinhas, que foi também trazida para o hospital colônia.

Por fim, é preciso dizer que, por meio da documentação a que tivemos acesso, foi possível obter um quadro geral das primeiras mulheres internadas e tentar compreender o porquê de certas características serem tão comuns a tantas internas. Para isso, os dados do IBGE foram fundamentais para entender a relação desse nosocômio com sua época, sua sociedade e o pensamento médico do século XX brasileiro.

FALTA REFERENCIAR: Betânia Figueiredo, Josephino Satyro Rosa. Ibid do Jurandir Freire Costa (p. 256?) na página 99.

5-REFERÊNCIAS

ALGRANTI, Leila Mezan. **Honradas e devotas**: mulheres da colônia. Condição feminina nos conventos e recolhimentos do Sudeste do Brasil, 1750-1822. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

Arquivos digitais da Folha de São Paulo. Disponíveis em: <<http://almanaque.folha.uol.com.br/cotidiano50lista.htm>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

BASSANEZI, Carla. Anos dourados. In: DEL PRIORE, Mary; BASSANEZI, Carla. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001. p. 607-639.

CAPONI, Sandra. Da Herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. *PHYSIS: Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 343-352, 2007.

CARREIRO, Susana Vaz; MARTINS, Rui. Caracterização dos primeiros surtos psicóticos e reavaliação após oito anos. **Revista Psilogos**, v. 4, n. 2; v. 5, n. 1, dez. 2007; jun. 2008. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol5N1/Indice8_ficheiros/Carreiro.pdf> Acesso em: 25 jul. 2012.

CARRION, Carla. **Desalinhados**: uma história do Hospital Adauto Botelho e das memórias que ali habitam. 2011. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

CARVALHO, Keila Auxiliadora. **A saúde pelo progresso**: médicos e saúde pública em Minas Gerais. 2008. 160 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da ordem**: a doença mental na República. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. De historiadoras, brasileiras e escandinavas. Loucura, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p. 181-215, 1998.

_____. Loucura e gênero feminino: as mulheres do Juqueri na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 121-144, ago./set. 1989.

_____. **O espelho do mundo**. Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 1. v.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo:** condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. Rio de Janeiro: José Olympio; 1993.

DEL PRIORE, Mary. **Magia e Medicina na colônia:** o corpo feminino. In: DEL PRIORE, Mary (Org.); BASSANEZI, Carla (Coord. de textos). **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2001. p. 607-639.

DEL PRIORE, Mary (Org.); BASSANEZI, Carla (Coord. de Textos) **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2001. p. 607-639.

ENGEL, Magali. **Psiquiatria e Feminilidade.** In: DEL PRIORE, Mary; BASSANEZI, Carla. **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2001.

ENGEL, Magali. **Os delírios da razão:** médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ESTEVES, Martha de Abreu. **Meninas Perdidas:** os populares e o cotidiano do amor no Rio de Janeiro da Belle Époque. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila Céspedes. O processo diagnóstico das psicopatas do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 11, p. 697-718, 2011.

FERREIRA, Gilton Luis. **Um desejo chamado metrópole:** a modernização urbana de Vitória no limiar do século XX. 2009. 175 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2009.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão:** Um caso de parricídio do século XIX. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

_____. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

_____. **Microfísica do poder.** 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **História da sexualidade 1:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GOMES, Ângela de Castro. Estado Novo: ambiguidades e heranças do autoritarismo no Brasil. In: ROLLEMBERG, Denise; QUADRAT, Samantha Viz. (Orgs.). **A construção social dos regimes autoritários:** legitimidade, consenso e consentimento no século XX. Vol. 1. Brasil e América Latina. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, no prelo [2008].

HAHNER, June. **A mulher brasileira e suas lutas sociais e políticas:** 1850-1937. São Paulo: Contexto, 2012, p. 43-64.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento.** São Paulo: HUCITEC, 1998.

JABERT, Alexander. **Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido**. 2001, 295 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

_____. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 693-716, set./dez., Rio de Janeiro, 2005.

_____. **De médicos e médiuns**: Medicina, espiritismo e loucura no Brasil da primeira metade do século XX. 2008. 312 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

LEITE, Juçara Luzia. **República do Mangue**: Controle Policial e Prostituição no Rio de Janeiro (1954-1974). Vol. 1, 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

LIMA, Milena Fiorim. **Nos caminhos da psicologia capixaba**: notas para a história da psicologia, da psiquiatria e saúde pública no estado do Espírito Santo. 2005, 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**: intelectuais e a representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan, IUPERJ, Ucam, 1999.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil**: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade (Org.). GERSCHMAM, SILVI; FLAVIO COELHO EDLER; JULIO MANOEL SUÁREZ. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LUZ, Madel T. **Medicina e a ordem política brasileira**: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982.

LOPES, Fabio Henrique. Análise Historiográfica da Medicina brasileira. **Locus**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 99-115, 2003.

LOURO, Guacira Lopes. Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORE, Mary (Org.); BASSANEZI, Carla (Coord. de textos). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2001, p. 443-481

MACHADO, Roberto. **Danação da norma**: a Medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

MACHADO, Wanderlei; PEDRO, Joana. Relações de gênero na cidade – Florianópolis, 1900-1930. **Dimensões**, Vitória, v. 23, p. 83-100, 2009.

MAIA, Edmundo. Assistência psiquiátrica no Brasil. In: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 2, 1961, p. 3 *apud* História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

MARGOTTO, Lílian Rose. Transformações do espaço urbano sob o olhar da imprensa: a chegada dos forasteiros e do progresso à cidade de Vitória (ES, 1940-1960). **Dimensões**, Vitória, v. 13, p. 51-59, jul./dez., 2001.

MATSUDA, Laura Misue; SILVA, Doris Marli Petry da. ÉVORA, Yolanda Dora Martinez; COIMBRA, Jorseli Ângela Henriques. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Enfermagem**. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 10 ago. 2011.

MELLO, Alex Oestreich de; CESAR, Éderson; BELTRAME, Milene Veiga; HEBERLE, Rossane. O discurso sanitário como discurso político e ideológico na República Velha. **Revista Historiador**, n. 3, ano 3, dez./2010. Disponível em: Disponível em: <<http://www.historialivre.com/revistahistoriador>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

NADER, Maria Beatriz. A condição masculina na sociedade. **Dimensões**, Vitória, n. 14, p. 461-480. 2002.

_____. **Mulher**: do destino biológico ao destino social. Vitória: EDUFES. 2001.

NADER, Maria Beatriz; LIMA, Lana Lage da Gama. Violência contra a mulher: da legitimação à condenação social. In: PINSKY, Carla B.; PEDRO, Joana M. **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2012.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez., 2005.

OLIVEIRA, Lucia Lippi. **A questão nacional na Primeira República**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

PEDRO, Joana. As mulheres na história de Desterro/Florianópolis: sobrevivência, imagem e resistências. In: _____. **Mulheres honestas e mulheres faladas**: uma questão de classe. Florianópolis: EDUFCS, 1994. p. 115-162.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil**: o presente no passado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PIRES, Maria da Conceição Francisca. Vitória no começo do século XX: modernidade e modernização na construção da capital capixaba. **Revista de História Saeculum**, João Pessoa, v. 1, jan./jun., p. 94-106, 2006.

PORTOCARRERO, Vera. **O dispositivo da saúde mental**: uma metamorfose na psiquiatria brasileira. 1990. 213 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

ROSA, Abílio da Costa; DEVERA, Disete. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, p. 60-79, 2007.

RANGEL, Livia de Azevedo Silveira. **Feminismo ideal e sadio**: os discursos feministas nas vozes das mulheres intelectuais capixabas, Vitória/ES (1924 a 1934). 2011, 268 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SCHWAB, Afonso; FREIRE, Mário Aristides. **A Irmandade e a Santa Casa da Misericórdia do Espírito Santo**. Vitória: Arquivo Público Estadual. 1979.

SILVA, Lucelena Barcellos Sarmiento. **Resgate da memória do Hospital Adauto Botelho**. 2004. Espírito Santo.

SILVA, Mary Cristina Barros e. **Repensado os porões da Loucura**: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena. Belo Horizonte: Argumentum, 2008, p. 59.

SIQUEIRA, Tatiana Lima. Joan Scott e o papel da história na construção das relações de gênero. **Artemis**, cidade v. 8, p. 110-117, jun. 2008.

SOIETH, Rachel. **Mulheres pobres e violência no Brasil urbano**. In: DEL PRIORE, Mary (Org.); BASSANEZI, Carla (Coord. de textos). **História das mulheres no Brasil**. P. 362-400

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. **Revista Brasileira História**, São Paulo, v. 27, n. 54, p. 281-300, dez. 2007.

6-BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARTAUD, Antonin. **Cartas aos Poderes**. Porto Alegre: Villa Martha, 1979. (Coleção Surrealistas – v. 1)

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998a. p. 73-84.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998b.

BADINTER, Elizabeth. **XY**: sobre a identidade masculina. Tradução de Maria Ignez Duque Estrada. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

BESSE, Susan K. **Modernizando a desigualdade**. São Paulo: Edusp, 1999.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

EDLER, Flávio Coelho. A Medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. Asclépio. **Revista de Historia de La Medicina y de la ciencia**, v. 2, p. 169-186, 1998.

_____. **Meretrizes e Doutores**: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). São Paulo: Brasiliense, 1989.

EWALD, A. P. Por uma razão não corrompida: pedagogia do Iluminismo e construção da ciência. **Revista da Sociedade Brasileira de História das Ciências**, n. 16, p. 03-20, 1996.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar**: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. 2. ed. Belo Horizonte: ARGUMENTVM, 2008. v. 1.

_____. Reflexões sobre os caminhos da história da Medicina no Brasil. In: CONDÉ, Mauro Lúcio; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves (org.). **Ciência, História e Teoria**. Belo Horizonte: Argumentum, 2005. p. 147-170.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Digitalizada em 2004. Aula inaugural no College de France pronunciada em dezembro de 1970.

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

GAY, Peter. **A experiência burguesa**: da Rainha Vitória a Freud, a educação dos sentidos. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GINZBURG, Carlo. **A micro-história e outros ensaios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas, sinais**: morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 143-171.

GOMES, Ângela de Castro (Org.). **Capanema**: O Ministro e o seu Ministério. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1983.

LEITE, Miriam Moreira (Org.). **A condição feminina no Rio de Janeiro**. Século XIX (Antologia de textos de viajantes estrangeiros). São Paulo: Hucitec/Pró-Memória/EDUSP, 1984.

LOBATO, J. B. Monteiro. **Mr. Slang e o Brasil e o problema vital**. São Paulo: Brasiliense, 1956 [1918].

MARQUES, Eduardo C. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010269091999000100012&script=sci_arttext> Acesso em: jan. 2012.

MATOS, Maria Izilda; MORAES, Mirtes. Imagens e ações: gênero e família nas campanhas médicas (São Paulo: 1890-1940). **ArtCultura**, Uberlândia: v. 9, n. 14, jan., 2007.

OLIVEIRA, Marcos Barbosa de. **Sobre o significado político do positivismo lógico**. Disponível em: <http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/C__Marcos.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PATTO, Maria Helena Souza. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan./abr. 1999.

PAVÃO, Silvia Rodrigues. Louco e a ciência: a construção do discurso alienista no Rio de Janeiro do século XIX. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 6, n. 2, p.147-151, dez. 2006.

PENNA, Belisário. **Minas e Rio Grande do Sul**. Estado da doença, Estado da saúde. Rio de Janeiro: Tipografia Revista dos Tribunais, 1918.

PERNOUD, Régine. **A mulher no tempo das catedrais**. Lisboa: Gradiva, 1984.

PERROT, Michelle. **Mulheres ou os silêncios na história**. Bauru, SP: EDUSC, 2005.

PINSKY, Carla B.; PEDRO, Joana M. **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2012, p. 43-64.

PORTER, Roy. **Das tripas coração**: uma breve história da Medicina. São Paulo: Record, 2005.

RAGO, Margareth. As marcas da pantera: Michel Foucault na historiografia brasileira contemporânea. Anos 90. **Revista do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, v. 1, n. 1, 1993.

RAGO, Margareth. **Marcas da pantera**. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/saeculum/saeculum14_dos06_pires.pdf>. Acesso em: ago. 2011.

RIOS, Maria Zilma. **Sanatório Getúlio Vargas**: Medicina e relações sociais no combate da tuberculose no Espírito Santo (1942-1967). 2009. 148 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SAMARA, Eni Mesquita. **A família Brasileira**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

TARSO, Vera Nathália Silva de. **Corpos instáveis, mentes insanas: a mulher e a Medicina mental nas teses da Faculdade de Medicina da Bahia (Salvador, 1900-1920)**. **HISTÓRICA**. Revista Eletrônica do Arquivo do Estado, São Paulo, n. 37, ago. 2009.

TEIXEIRA, M. O. L. Os primórdios da Medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n.18, p. 84-101, 2000.

VAINFAS, Ronaldo. **História e sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

VECHI, L. G. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 489-495, 2004.

ZIMMER, Fernanda. **Internação compulsória**: uma nova porta de entrada legal para o asilo. 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-

Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.