

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

DANIELE CORRÊA RIBEIRO

**O HOSPÍCIO DE PEDRO II E SEUS INTERNOS NO OCASO DO
IMPÉRIO: DESVENDANDO NOVOS SIGNIFICADOS**

Rio de Janeiro
2012

DANIELE CORRÊA RIBEIRO

**O HOSPÍCIO DE PEDRO II E SEUS INTERNOS NO OCASO DO
IMPÉRIO: DESVENDANDO NOVOS SIGNIFICADOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Flavio Coelho Edler

Rio de Janeiro
2012

Ficha catalográfica

R484 Ribeiro, Daniele Corrêa

O Hospício de Pedro II e seus internos no ocaso do Império: desvendando novos significados / Daniele Corrêa Ribeiro – Rio de Janeiro : [s.n.], 2012.

125 f .

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

Bibliografia: 111-114 f.

1. Psiquiatria. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. História. 4. Saúde Mental. 5. Brasil Império.

CDD. 616.89

DANIELE CORRÊA RIBEIRO

**O HOSPÍCIO DE PEDRO II E SEUS INTERNOS NO OCASO DO
IMPÉRIO: DESVENDANDO NOVOS SIGNIFICADOS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em 06 de Março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Flavio Coelho Edler (COC/FIOCRUZ) - Orientador

Prof. Dra. Ana Teresa Acatauassú Venâncio (COC/Fiocruz)

Prof. Dr. José Roberto Franco Reis (EPJV/Fiocruz – PPGHC /UFRJ)

Suplente:

Prof.Dr. Tania Salgado Pimenta (COC/Fiocruz)

Prof.Dr. Rafaela Teixeira Zorzanelli (IMS/UERJ)

Rio de Janeiro
2012

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos mestres do IFCS, responsáveis pela minha formação como historiadora. Especialmente, agradeço ao Flávio Gomes, por ter me ensinado o ofício do historiador em sua maior plenitude: a paixão pelos arquivos e pelas fontes; à Cida Motta, por ter nos ensinado a escrever e a valorizar os projetos de pesquisa, o que certamente contribuiu para que eu chegasse até aqui; e aos sempre amigos, Murilo Sebe e Graciela Bonassa, por nos deixarem ver de pertinho a saga dos “novos” historiadores.

Da Casa de Oswaldo Cruz, começo agradecendo a Ana Venâncio, Laurinda e Bela, que me deram a primeira oportunidade de pesquisa e que me apresentaram coisas, até então, desconhecidas: a história da psiquiatria e os prontuários médicos como fontes de trabalho para o historiador. Ao Robert Wegner, que soube me orientar, como bolsista de iniciação científica, com a maior dedicação e paciência do universo, me guiando pela filosofia e pelo pensamento social brasileiro.

Como aluna do mestrado na COC, agradeço ao Luiz Antônio pelas incursões na História da Saúde Pública; de novo ao Robert Wegner, agora como professor e debatedor de projetos em História e Teoria Social; ao Flavio Edler, por tornar menos sacrificantes e difíceis as leituras dos textos de História e Filosofia da Ciência; à Tania Pimenta, junto com o Flávio Gomes, pelas aulas sobre saúde e escravidão. À Tania, agradeço ainda, a indicação da bibliografia sobre a Santa Casa, que foi bastante útil na definição de novos rumos deste trabalho.

Como orientanda, agradeço mais uma vez ao Flavio Edler, por ser o orientador na medida certa, estando presente sempre que precisei e preservando o meu espaço como pesquisadora, mostrando os limites das minhas análises, sem forçar qualquer caminho, me deixando discordar, questionar e encontrar meus próprios rumos. Por isso, se os pontos positivos deste trabalho são frutos das minuciosas críticas e orientações dele, as falhas, provavelmente, são culpa da minha teimosia. Além das reuniões pessoais com o orientador, foram fundamentais os encontros do grupo de pesquisa, então, agradeço especialmente aos companheiros mais próximos, Ricardo, Leandro e Allister.

Ao Prof. Dr. José Roberto Franco Reis, agradeço pela disponibilidade que sempre demonstrou, desde a avaliação da monografia da graduação até a recomendação para o doutorado. Agradeço também as contribuições da qualificação, em que ele, junto com Ana Venâncio, me ajudaram a continuar seguindo, mesmo com tantas dúvidas.

Agradeço ainda a todos os funcionários da COC, que facilitaram nossa vida nesses 2 anos. À coordenação da Magali Sá e da Simone Kropf, que nos permitiram uma maior participação no Programa; à Claudia, ao Paulo e à Valéria por terem sempre tentado ajudar na solução dos problemas; e ao Nelson, pela paciência com as nossas demandas na xerox.

No entanto, de que valeria a orientação e as aulas sem as fontes? Por isso, agradeço imensamente a toda a equipe do Nise da Silveira. Em primeiro lugar, à Paula Barros, pela boa vontade e atenção com a pesquisa no acervo. Não fosse sua visão sobre o trabalho do historiador, certamente o acesso não teria sido possível. À Geilsa e sua equipe de estagiários, agradeço a atenção no arquivo, sempre dispostos a ajudar “a pesquisadora”. À equipe do Centro de Estudos, Juciara, Sérgio e Lúcia, agradeço a dedicação em me ajudar, mesmo quando faltou estrutura e tiveram que se dividir entre seus próprios afazeres e me acompanhar nas pesquisas.

A vida de historiador e pesquisador seria difícil demais sem o suporte das pessoas mais queridas. Então, agradeço, aos meus pais, Artur e Nadja, e à minha irmã, Luciana, por terem, desde sempre, me apoiado em todas as decisões profissionais e por terem celebrado comigo cada vitória e me acompanhado em cada derrota. Ao meu namorado, amigo e companheiro, Ramana, por ter também estado sempre ao meu lado, trazendo a sua calma quando meu desespero se fazia presente, e não foram poucas as vezes, me fazendo sentir segura quando a vontade era desistir. A ele, agradeço ainda a “mãozinha” nos ajustes técnicos, para os quais não tenho a menor paciência. Agradeço a vocês por serem a razão da minha vida e de tudo que tenho trilhado até aqui.

Agradeço a minha família de amigos, que, apesar de ter diminuído, continua imensa e mais fortalecida do que nunca. A Alessandra e Mariana, que têm estado ao meu lado desde a infância, sempre me dando a maior força, agradeço ainda por terem agregado à minha vida as belas famílias que estão construindo, pelo Rafael e o Marcus, que eu adotei também como amigos, e pelos meus sobrinhos. Ao povo de Vila que eu não tenho como citar nomes, mas foram fundamentais, em cada encontro, cada conversa jogada fora na esquina e cada abraço de amizade. Aos amigos do IFCS, especialmente às meninas, Ana, Érica e Taís, com quem se tornou mais fácil, não só a prova para o mestrado, mas a vida acadêmica e, no caso da Érica, as próprias aulas do mestrado. Por fim, aos amigos que o próprio mestrado me proporcionou, em especial a nossa turma de 2010, eternos companheiros de discussões, devaneios e bares.

À CAPES pelo financiamento que possibilitou a dedicação à essa pesquisa.

E, mais do que nunca, em tempos de carnaval, a minha Vila Isabel, maior inspiração, sempre.

RESUMO

O Hospício de Pedro II, inaugurado no ano de 1852, foi o primeiro hospital destinado ao tratamento de alienados no Brasil e, portanto, tem sido uma instituição significativa nos estudos sobre a história da psiquiatria. Neste trabalho, temos como objetivo analisar a maneira como se relacionaram os mais diversos atores sociais envolvidos no processo de consolidação da instituição, ao longo da segunda metade do século XIX. Em um primeiro momento buscamos analisar dados mais gerais referentes ao perfil social dos internos que ingressaram entre os anos de 1850 e 1888. Posteriormente, nos detivemos em traçar as trajetórias de indivíduos que entraram entre os anos de 1883 e 1889, através da análise qualitativa de informações presentes nos prontuários e seus anexos. Aqui, diferente da maioria dos trabalhos disponíveis até o momento, buscamos nos deter ao papel desempenhado por outros atores, como, principalmente, as famílias dos internos, na formação dos diversos projetos que iam pouco a pouco se desenhando e redefinindo a instituição. A partir desta perspectiva, buscamos contribuir para os debates sobre a história da ciência psiquiátrica no Brasil, questionando as abordagens mais tradicionais, que tenderam a criar modelos explicativos que se limitavam ao papel desempenhado pelos médicos em tal processo.

ABSTRACT

Hospício de Pedro II, which was inaugurated in 1852, has been the first asylum for mentally affected people in Brazil and then is a significant institution in the studies about the history of psychiatry. The objective of this work is to analyze the way different social actors, who took part in the institution solidification, related to each other through the latter half of the 19th century. First of all, we have sought to study some general information about the social profile of people who were admitted between 1850 e 1888. After that, we have delineated individual's course from those admitted between 1883 e 1889, based on qualitative study of information from the medical records and its attached documents. Different from other works available by now, this one is focused on the role played by other people, especially the patient's relatives, in the formulation of different institution projects which were slowly being drawn and redefined. From this view, we intend to improve discussions about the history of psychiatry science in Brazil, putting in question classic analyzes, which have created great explanatory models that were only focused on the doctor's agency in the process.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
Capítulo 1 - Hospício por quem e para quem?	30
1.1 A historiografia e os projetos do hospício	31
1.2 Classificações sociais: um levantamento inicial	34
1.3 Classificações diagnósticas: um levantamento inicial	39
1.4 O controle do hospício: interesses, debates e conflitos.....	45
Capítulo 2 – Indivíduos e trajetórias (1883-1889)	55
2.1 Perfil social dos internos	58
2.2 Trajetórias institucionais	64
2.3 Familiares como agentes.....	75
Capítulo 3 - O Hospício de Pedro II, a Irmandade da Misericórdia e a lógica de favores do Império	86
3.1 A lógica social do Império.....	87
3.2 A Irmandade da Misericórdia e seu projeto caritativo.....	91
3.3 Estratégias sociais de acesso ao Hospício de Pedro II.....	94
CONCLUSÃO.....	104
FONTES	110
BIBLIOGRAFIA	111
ANEXOS	115

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Diagnósticos atribuídos a escravos e libertos entre 1847 e 1888	115
Anexo B: Diagnósticos atribuídos a livres entre 1847 e 1888	116
Anexo C: Diagnósticos por condição social – década de 1850	118
Anexo D: Diagnósticos por condição social – década de 1860	119
Anexo E: Diagnósticos por condição social – década de 1870	121
Anexo F: Diagnósticos por condição social – década de 1880.....	124

INTRODUÇÃO

Em 05 de dezembro de 1852 era inaugurado, na Corte do Rio de Janeiro, o primeiro hospício do Império. Representando a grande vitória da ciência e do progresso, levava a alcunha do Imperador que assinara seu decreto fundador, Hospício de Pedro II (HP II). Segundo os estatutos, o estabelecimento seria “destinado privativamente para asylo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Imperio, sem distincção de condição, naturalidade e religião”¹. Apesar desta determinação, grande parte da historiografia que se dedicou ao tema, tem buscado analisar como esse projeto institucional universalista mascarava preceitos fundadores do nascente alienismo que serviram, ao longo das primeiras décadas de funcionamento do hospício, ao confinamento de grupos específicos da sociedade.

Neste trabalho, através da análise dos vários perfis sociais que figuraram entre os internos do hospício, pretendemos dialogar com essa historiografia. No entanto, esperamos demonstrar como estavam presentes e eram debatidos, no cotidiano da instituição, os mais diversos projetos, não só para o estabelecimento, mas para o próprio alienismo, que só teria suas práticas terapêuticas vinculadas à Faculdade de Medicina em fins do século XIX.

Quando o hospício foi fundado, a psiquiatria não era uma especialidade médica estabelecida no Brasil e a instituição foi administrada, nos seus primeiros anos, por médicos generalistas, estando vinculada, basicamente, às cadeiras de medicina legal e de higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e sob a égide da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Apenas em 1881 foi criada a cadeira de clínica médica psiquiátrica e moléstias mentais e, somente em 1890, o hospício teria uma administração independente da Santa Casa (VENÂNCIO, 2003: 887). Sendo assim, embora algumas análises tenham apresentado o Hospício como um projeto único e previamente definido para gerir a loucura na Corte do Rio de Janeiro e demais províncias do Império, percebemos que se tratava de um jogo complexo de interesses e expectativas.

Pretendemos destacar de que modo estavam em voga, nessas primeiras décadas de funcionamento do hospício, projetos distintos e, não necessariamente, consonantes com um projeto de psiquiatria voltado para o controle dos indivíduos e das sociedades. Assim, olhamos para a formação da psiquiatria através do debate trazido à tona pela literatura construcionista da ciência, atentos aos embates e divergências que permeiam o

¹ Decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852. Approva e Manda executar os Estatutos do Hospicio de Pedro Segundo.

desenvolvimento científico em todas as áreas². Nesse sentido, ganham espaço, neste trabalho, a complexidade e a diversidade dos atores envolvidos no processo e seus diferentes interesses. Não nos interessa buscar rastros que nos levem aos “primórdios” do que se configurou como projeto de psiquiatria no século XX, mas destacar, através de análise empírica, o processo através do qual se construíram os moldes para uma prática terapêutica que não eram óbvios nem estavam pré-definidos.

O Hospício de Pedro II, por se tratar do primeiro espaço destinado ao tratamento e asilo de alienados ganhava papel de destaque em uma sociedade cada vez mais preocupada com o progresso. Além disso, seu vínculo com uma das instituições mais representativas de poder na sociedade imperial, a Santa Casa de Misericórdia, legava ao estabelecimento um espaço de convergência de forças e interesses. Tendo em conta essas características, nosso esforço de pesquisa consistiu em analisar o papel desenvolvido pelos diversos atores sociais que estiveram envolvidos no processo de construção do Hospício de Pedro II e dos próprios saberes psiquiátricos. Entendemos assim, que o discurso médico acerca do alienismo não poderia, sozinho, dar conta de um universo tão complexo de diferentes demandas e expectativas.

Lilia Schwarcz já destacou o interesse e o empenho de D. Pedro II na construção de uma cultura nacional e de um zelo pela ciência que o levava a uma atuação bastante relevante em pesquisas desenvolvidas pelo Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (SCHWARCZ, 1998: 127). Embora o Hospício de Pedro II não faça parte de sua análise, podemos perceber a assinatura do decreto de sua fundação no dia da sagração do Imperador como mais um ato simbólico da importância e da expectativa de uma instituição que deveria contribuir para a modernização e civilização do Império. São notáveis também as relações da Coroa com a Santa Casa, o que acabava por atribuir um caráter semioficial à instituição. Além das relações pessoais com provedores, o Imperador concedia vantagens econômicas e sociais aos componentes da mesa diretora (PIMENTA, 2003: 115). Assim, o vínculo com a Santa Casa da Misericórdia aproximava ainda mais o Hospício dos olhares e das influências de D. Pedro II.

Para parte dos médicos que estiveram empenhados na construção e no próprio funcionamento da instituição, reforçava-se a todo tempo o caráter científico e curativo do HP

² Para um debate mais amplo sobre a questão do construcionismo na história das ciências, ver: PESTRE, Dominique. “Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens, *Cadernos do IG/Unicamp*, V. 6. Nº1, 1996, p. 3-56; SHAPIN, Steven. *A Revolução Científica*, Portugal, DIFEL, 1999; ROSENBERG, Charles E. “Framing disease: Illness, society and history”, In: ROSENBERG, Charles E. e GOLDEN, Janet (eds). *Framing disease. Studies in cultural history*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1977.

II, ainda que muitos denunciasses alguns percalços encontrados para a execução de tal projeto, como o papel das irmãs de caridade que ajudavam no cuidado dos pacientes e a polícia que, segundo alguns deles, despejava indigentes como loucos. Os próprios estatutos de 1852 atribuíam à Instituição as funções de “asylo, tratamento e curativo”³ dos alienados. Monique Gonçalves demonstrou a relutância de parte do corpo médico da Corte em destacar a função terapêutica do hospício, em detrimento da visão de parte da esfera pública, que persistia em utilizá-lo como depósito de inválidos (GONÇALVES, 2010).

Por outro lado, mas não necessariamente em oposição ao objetivo terapêutico, estavam presentes os interesses da Irmandade da Misericórdia. Entre seus compromissos corporais, herdados da Santa Casa de Lisboa estavam: tratar doentes, vestir os nus, alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e os pobres e sepultar os mortos⁴. Assim, através da administração da Santa Casa e das Irmãs de caridade e dos padres de São Vicente de Paulo que atuavam dentro do hospício, incorporava-se ao projeto institucional o papel caritativo que, segundo Mariana F. Melo, “visava o bem-estar do corpo e da alma” dos assistidos (MELO, 2009: 99).

Do ponto de vista dos assistidos, em que podemos incluir não apenas os internos mas, especialmente, seus familiares, que serão atores importantes para esta análise, criava-se uma expectativa não menos importante para o projeto institucional. Para esses indivíduos, que muitas vezes não tinham como manter seus filhos, irmãos ou cônjuges em casa, fosse pela falta de recursos, pelo temor da violência, por internalizar o discurso do controle da sociedade ou mesmo pela expectativa na cura, o hospício tornara-se um importante local a que recorrer.

A instituição nasce, assim, em meio a disputas, diálogos e alianças entre diferentes atores que culminariam com a institucionalização e luta por legitimidade da psiquiatria em fins da década de 1880 e início da de 1890. Neste trabalho não será possível abarcar, de maneira satisfatória, todos esses diferentes projetos e atores. Uma vez que o projeto médico do hospício já tenha sido exaustivamente trabalhado, seja do ponto de vista do controle social (MACHADO, 1978; ENGEL, 2001) ou enfocando as propostas terapêuticas (GONÇALVES, 2010), buscaremos nos debruçar na análise de outros projetos incorporados à instituição através, principalmente, da demanda das famílias e do apelo ao papel caritativo desta.

Embora entendamos que o processo de construção do conhecimento científico seja continuamente marcado por debates e disputas, percebemos no momento de construção de um

³ Decreto 1077 de 04 de dezembro de 1852 – Approva e Manda executar os Estatutos do Hospicio de Pedro Segundo.

⁴ Compromissos da Misericórdia do Rio de Janeiro. Sítio da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro - <http://www.santacasarj.org.br/> (Acesso em 01/02/2012)

novo saber, uma especificidade nessas disputas. Nesses momentos iniciais, os debates tendem a extrapolar o próprio campo científico que precisa ainda alcançar legitimidade frente à sociedade. Uma vez configurados e delimitados os campos de atuação daquela determinada ciência, embora existam questionamentos, crises e debates, estes tendem a se concentrar nos seus próprios meios.

Na medicina brasileira, de uma maneira geral, como tentaremos mostrar adiante, a segunda metade do século XIX foi também marcada por intensos debates que, de alguma maneira, reconfiguraram seus saberes e práticas. Além disso, a própria sociedade brasileira vivia um momento de intensas transformações sociais e econômicas, dentre as quais podemos destacar o crescimento urbano e a abolição da escravidão, que gerava um amplo debate sobre direitos civis e sobre o papel do Estado na gestão da vida privada.

A partir da análise do quadro dos internos no Hospício de Pedro II, ao longo da segunda metade do século XIX, e, mais especificamente, da administração do Barão de Cotegipe na provedoria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, ente 1883 e 1889, buscamos analisar as diversas classificações diagnósticas e de estratificação social a eles atribuídas no momento de entrada na instituição. Buscamos ainda explicar as possíveis causas para algumas transformações relacionadas às classificações ao longo das quatro primeiras décadas de funcionamento do hospício, como a modificação na forma como eram construídos os diagnósticos e a redução gradativa dos registros de escravos e libertos.

As principais fontes utilizadas para o desenvolvimento deste trabalho foram documentos médicos do próprio Hospício de Pedro II, que fazem parte do acervo que se encontra sob a responsabilidade do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMNS). Foram analisados os prontuários⁵ dos pacientes e os diversos documentos que se encontram anexados. Os anexos incluem, principalmente, autorizações para a matrícula, emitidas pela Santa Casa da Misericórdia; declarações de pobreza solicitando internação na condição de indigente, emitidas pelo vigário da freguesia ou pelo chefe de polícia; atestado médico que alegasse sinal de doença mental; cartas e notificações dos tramites burocráticos dos internos, dentre outros.

Cláudio Bertolli Filho, que se dedicou a pesquisa com prontuários médicos de um sanatório destinado ao tratamento de tuberculosos entre as décadas de 1930 e 1960, tem produzido textos buscando sistematizar a importância dessa documentação para a história

⁵Aqui, nos referimos a essa documentação como prontuários, já que é a classificação dada pelo acervo. No entanto, é necessário destacar que essas fichas não apresentam o título de “prontuário” e incluem mais informações administrativas do que médicas. Já os anexos, principalmente os atestados médicos e os pareceres de observação, são os documentos nos quais encontramos mais alguma informação sobre a enfermidade em si.

social da medicina e da enfermidade (BERTOLLI, 2006) e para a memória da saúde no Brasil (BERTOLLI, 1996). Um dos aspectos mais relevantes apontados pelo autor é a contribuição desse *corpus* documental para as novas perspectivas historiográficas, inauguradas pela Escola dos Annales, que buscam tratar o homem enfermo como personagem social (BERTOLLI, 1996: 173). Assim, o caráter polifônico dessa documentação facilitaria a análise da participação ativa de outros atores sociais, que não médicos, no contexto hospitalar.

Embora corroboremos a importância de tal documentação, percebemos também algumas limitações de tal acervo, o que aponta a necessidade de alguns cuidados na análise. Em primeiro lugar, não se tem ideia exata da proporção do volume de prontuários disponíveis em relação aos produzidos, considerando que nas várias mudanças físicas sofridas pelo material, muita coisa foi perdida. Soma-se ainda os casos em que o prontuário era encaminhado junto com o paciente quando de sua transferência para outra instituição. Além disso, pelo que pudemos perceber, já que em praticamente todos os casos levantados a matrícula foi efetivada, os prontuários eram preenchidos apenas para os pacientes que permaneciam no hospício, excluindo a possibilidade de analisarmos os indivíduos que entravam, passavam alguns dias e não eram confirmados como doentes mentais. Outro fato que devemos levar em conta é que tal documentação pode nos falar sobre as entradas daquele determinado período e não do universo total da instituição, que incluía diversos outros internos. Tendo em mente tais ressalvas, o *corpus* documental traz à tona questões bastante relevantes para as análises sobre o Hospício de Pedro II e a história da psiquiatria no Brasil.

Outros documentos acessórios para a pesquisa foram os ofícios dirigidos ao Ministério do Império e recortes de jornais disponíveis no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Os recortes incluem cartas entre provedor e médicos com informações sobre as principais reivindicações e reclamações dirigidas à administração da Santa Casa. Através deste material mapeamos alguns conflitos e debates da década de 1880, que analisaremos no primeiro capítulo.

O principal aspecto desta dissertação é o olhar não limitado ao discurso médico, que nos fez atentar para um novo *corpus* documental, que desse conta da participação de outros atores. A maior parte da literatura sobre o HPII analisou os relatórios administrativos e outros documentos produzidos pelos médicos, em geral, com objetivo de divulgar suas atividades no hospício ou de denunciar seus problemas, principalmente para reivindicar mais autonomia ou mais verba. Apesar de se tratar de um material bastante rico, a ausência de documentos que dessem conta de outros atores sociais, somada a um olhar teórico atento às perspectivas de

controle, levaram a interpretações que tomaram a voz dos médicos como fonte exclusiva de análise, sem questionar a origem daqueles discursos.

Rafael Huertas problematiza o êxito político do controle social exercido pelos médicos, que muitas vezes foi visto como decisivo e conclusivo desde o século XIX. O autor destaca como um certo tipo de leitura de determinadas fontes pode levar a conclusões precipitadas e generalizantes.

A este respecto se há insistido en la necesidad de tener en cuenta la existência de ciertos desfases entre la teoría y la práctica; ya que, en no pocas ocasiones, la lectura crédula de los documentos y de los discursos de las élites puede conducir a conclusiones abarcadoras, lineales y escasamente dialécticas que no consideren las dificultades estructurales o las resistências con las que las estrategias de control social pudieron encontrarse a la hora de ser llevadas a la práctica. (HUERTAS, 2009: 28)

Os prontuários médicos e seus anexos, por se limitarem a circulação interna, trazem à tona outros aspectos e atores que podem iluminar questões sobre o funcionamento da instituição e as relações que ali se travavam. Os diversos pareceres e declarações que se encontram anexados às fichas dos pacientes trazem detalhes sobre as burocracias internas e as tensões entre os diversos atores envolvidos nos processos de asilamento e/ou cura de parte da população da Corte do Rio de Janeiro e das demais províncias do Império.

O objeto e a historiografia

Diversos autores se dedicaram à história da psiquiatria no Brasil e à análise do pensamento psiquiátrico. Uma das obras fundadoras é *Danação da Norma*, de 1978, cujo principal organizador/autor foi Roberto Machado. Esse livro praticamente inaugurou um tipo de abordagem da psiquiatria que tendeu a sobrepor os conceitos foucaultianos à realidade brasileira, associando a medicina, e mais especificamente os saberes psiquiátricos, às demandas do Estado burguês brasileiro, em formação no século XIX. Visando a crítica dos rumos trilhados pela psiquiatria de fins do século XX, Machado busca na origem do alienismo brasileiro “elementos para a transformação das condições atuais de seu modo [da psiquiatria] de intervenção” (MACHADO, 1978: 12). Assim, tomado pelo desejo de denunciar o controle que a psiquiatria exercia em sua sociedade contemporânea, o autor busca rastrear o comprometimento político daquele discurso científico como instrumento de controle social.

O caráter ideológico de sua obra e a aplicação dos conceitos de controle social e medicalização, de maneira uniforme e vertical, serão alvos de crítica, através de análise

empírica neste trabalho. Outros autores, que, posteriormente, se propuseram a uma revisão dessa abordagem, incorreram em armadilhas bastante semelhantes, como veremos mais adiante, no caso de Maria Clementina Cunha. Apesar das diversas avaliações negativas que já teve, o livro permanece como um clássico fundamental para o tema, em especial por ter trazido à tona as relações entre ciência e sociedade que caracterizam a psiquiatria, e outras ciências, como objetos importantes para a análise historiográfica.

Outro livro clássico é *História da Psiquiatria no Brasil* de Jurandir Freire Costa (COSTA, 1989). Embora o autor faça uma breve apresentação do histórico desta ciência, sua abordagem está voltada para a Liga Brasileira de Higiene Mental, inaugurada na década de 1920. Deslocado para a psiquiatria no século XX, no entanto, o trabalho de Costa também foi fortemente influenciado por uma determinada visão da obra Foucault que privilegiava desvendar o controle desempenhado por aquela ciência.

José Roberto Franco Reis também se dedicou, em sua dissertação de mestrado, à uma análise crítica da Liga Brasileira de Higiene Mental. No entanto, a abordagem de Reis, menos comprometida com questões políticas do meio psiquiátrico, e mais minuciosa do ponto de vista histórico e de análise das fontes, é significativa por apresentar de forma densa o contexto de formação da Liga. Uma das marcas desse trabalho foi justamente à contraposição à perspectiva de Jurandir Freire Costa. A partir da referida dissertação, pudemos ter um panorama, ainda que superficial, da relação da psiquiatria com a sociedade em fins do século XIX, principalmente sobre as influências da teoria da degenerescência, que abordaremos mais adiante (REIS, 1994).

Magali Engel, em “As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social” buscou justificar o que teria levado ao crescente número de internos nos hospícios em fins do século XIX. A autora aborda a tenuidade da diferenciação entre o “louco” e o “normal”, que estaria associada à forte presença da moralidade, influenciada principalmente pelo catolicismo, naquela sociedade. Engel busca demonstrar o papel do médico psiquiatra como indivíduo capaz de identificar e resolver os problemas da desordem social, representada na figura dos “loucos morais”, ou seja, aqueles que desviavam do padrão esperado pela nascente burguesia (ENGEL, 1999).

Em *Os Delírios da Razão*, a mesma autora se dedicou à análise da forma como a sociedade do Rio de Janeiro abordou a loucura entre as décadas de 1830 e 1930, centrada, principalmente, no Hospício de Pedro II. A abordagem começa pelas primeiras reivindicações por um espaço destinado ao tratamento dos loucos. O foco da autora é perceber como se deu o processo de medicalização da loucura, ou seja, como esta passa a ser vista como doença

específica e, portanto, a requerer um tratamento médico especializado, além de desvendar o sentido daquela medicalização em servir ao ideal de controle e exclusão das camadas mais pobres da sociedade (ENGEL, 2001).

Assim como Maria Clementina Pereira Cunha, com quem dialogaremos mais adiante, Engel destaca a teoria da degenerescência de Morel, importante nome da medicina francesa, na segunda metade do século XIX, para a centralidade reivindicada pela psiquiatria como saber científico. A partir do pensamento moreliano teria surgido como preocupação primordial do alienismo os indivíduos que, apesar de não apresentarem nenhum sintoma da loucura aparente aos leigos, poderiam ser geneticamente degenerados e manifestá-la a qualquer momento. Segundo Cunha:

Nesta categoria, tão eficaz quanto imprecisa, foi possível incluir diferentes segmentos sociais sob suspeita, tanto quanto deter e controlar indivíduos problemáticos, cujo ‘grau’ de perturbação só poderia ser avaliado no interior da instituição asilar, sob os olhos competentes do alienista. Dentro desta percepção do social, e em busca de *demi-fous* e degenerados, o alienismo inicia um processo exaustivo de reconhecimento da multidão, decompondo seu universo de ameaças: criminosos e delinquentes, prostitutas, vagabundos, jogadores, alcoólatras, negros, anarquistas, imigrantes – todos se tornam objetos de um saber que se constrói a partir da observação dos loucos, assim como da população da cidade. (CUNHA, 1986: 51)

Gradativamente, a imprecisão na definição do indivíduo que demandava cuidados do asilo teria contribuído para reforçar a importância do médico psiquiatra que deveria, legitimado pela ciência, reconhecer as ameaças para a ordem social e tratá-las ou simplesmente isolá-las. Segundo ambas as autoras, esse instrumental teórico teria legitimado o encarceramento de indivíduos desde fins do século XIX.

Apesar de reconhecer que o projeto de uma medicalização plena da loucura e do próprio hospício só teria sido possível após a Proclamação da República, ou seja, em fins do século XIX, Engel insiste em lançar mão desses conceitos ao longo de toda a obra. A autora trabalha, dentre outros documentos, com relatórios administrativos, regimentos e estatutos internos da instituição. Apesar de merecerem destaque e terem tido um papel fundamental no conhecimento atual da historiografia sobre a formação da ciência psiquiátrica no Brasil, essas fontes não devem ser tomadas como tradução realista do que acontecia no HPII. Muitas vezes, na análise de Engel e de outros autores que usaram o mesmo material, não se problematiza a natureza desses documentos, o que leva à impressão de que eles realmente retratam o cotidiano institucional do hospício. Voltarei a essa discussão mais adiante.

Já em 2010, Lourence Alves buscou mapear o perfil dos internos do Hospício de Pedro II desde a década de 1880 até o início do século XX, quando já se chamava Hospício Nacional de Alienados. Partindo de hipóteses bastante próximas às propostas por Magali Engel, a autora aponta que o perfil preferido para as internações era de pobres, em geral levados pela polícia. Embora se trate de uma importante iniciativa de mapeamento do acervo que se encontra no Instituto Municipal Nise da Silveira, o trabalho foi feito a partir do banco de dados dos prontuários e, portanto, limitado a informações determinadas, ou seja, informações coletadas com outros objetivos, relacionados à catalogação do acervo.

No que diz respeito a quem requeria a internação dos indivíduos, Alves apresenta a conclusão de que a maioria era enviada pela polícia, o que corroborava os pressupostos de higiene social presentes naquela sociedade. No entanto, em análise dos prontuários, percebemos que muitas das entradas que podem ter sido contadas como efetuadas pela polícia, foram solicitadas pelo Chefe de Polícia da Província, único responsável por encaminhar doentes que não eram da Corte, não tendo necessariamente relação direta com qualquer tipo de patrulhamento das ruas. Nesse sentido, percebemos que o olhar teórico embasado na teoria do controle social permitiu o destaque do papel policial, que merece ser relativizado.

O embasamento teórico legou aos trabalhos citados até aqui uma certa aproximação com as análises clássicas de cunho foucaultiano, tendendo a destacar o projeto de controle social urbano do qual a psiquiatria fizera parte. Embora Engel e Cunha apresentem uma certa ampliação crítica, principalmente embasada na História Social, com maior sofisticação no trato das fontes, elas mantêm alguns pressupostos de uma determinada vertente foucaultiana, tendendo sempre a verticalizar as ações dos médicos contra a sociedade. Partindo desse aporte teórico, as análises documentais visam sempre a comprovação da tese de uma ciência que nasce para o domínio das classes mais pobres e cujo hospício é materialização.

Ao longo deste trabalho buscaremos apresentar outros atores sociais que, com um papel bastante ativo no Hospício de Pedro II, se contrapunham ou apoiavam o projeto médico. Assim, corroborando ainda análises de outros autores que, mais recentemente vem debatendo com essa literatura clássica, pretendemos apresentar as limitações daquelas abordagens, que destacaram um projeto médico hegemônico, com objetivos previamente definidos, como viés privilegiado para o estudo da história da psiquiatria no Brasil.

Questionando esse tipo de interpretação, mais recentemente, Monique Gonçalves abordou o Hospício de Pedro II a partir de uma análise das disputas, debates e discursos médicos na Corte do Rio de Janeiro. A autora buscou demonstrar a complexidade do que, até

então, foi visto como “o discurso médico”, de maneira homogênea e estática. Neste caso, tratou-se justamente de desvendar os conflitos e a diversidade das filiações e modelos científicos que eram apropriados pelos médicos brasileiros. A partir deste viés, Gonçalves questiona as perspectivas que apontam o controle social como objetivo primeiro da psiquiatria, chamando atenção para a defesa do hospício, por parte dos alienistas, como local privilegiado de terapêutica e cura (GONÇALVES, 2010).

Gonçalves mostra a importância, assim como apontamos anteriormente, de não nos determos apenas aos projetos que, em algum momento, podem ter sido tomados como “vencedores”. Assim, o que ganha destaque em sua análise são os debates e a diversidade de ideias presente no século XIX, corroborando a tese de que as ciências não percorrem um caminho linear e pré-definido, mas são construídas socialmente, como fruto de disputas e debates.

Com foco um pouco diferenciado, Manoel Olavo Teixeira analisou as disputas entre religião e ciência pela autoridade no Hospício de Pedro II, destacando o processo que levou à emergência da ciência psiquiátrica no cenário intelectual brasileiro. Em “Deus e a ciência na terra do sol: o Hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil” o autor defende a tese de que tal conflito teria marcado a administração do HPII ao longo da segunda metade do século XIX (TEIXEIRA, 1998). As fontes manejadas pelo autor são da mesma natureza daquelas trabalhadas por Magali Engel.

A análise feita de tal conflito pode ser questionada uma vez que o autor trabalha com relatórios e artigos médicos da década de 1880 que retratam uma problemática própria deste período e generaliza para toda a história anterior do hospício. Além disso, mesmo para a década de 1880, através dos prontuários médicos, podemos problematizar a importância do conflito entre irmãs de caridade e médicos no cotidiano da instituição. Os embates tratados pelo autor estão relatados em fontes que tinham como objetivo claro a legitimação de um em detrimento de outro ator social. Cabe levar em conta, então, a natureza dos relatórios dos médicos e administradores do hospício, nos quais o autor aponta a maioria das críticas feitas pelos médicos ao amplo papel dos religiosos dentro da instituição. Trata-se de documentos que tinham, além do objetivo de relatar os problemas e glórias da administração, o papel de legitimar posições e papéis, tão caros em um contexto de criação de identidade dos médicos alienistas e de institucionalização de um novo saber científico.

Além destes, outros autores das ciências sociais têm se dedicado, principalmente a partir da década de 1980, à história de instituições asilares, buscando relacioná-las com a formação de determinado saber científico ou com preceitos excludentes das sociedades. No

entanto, com relação à psiquiatria especificamente, percebemos uma prevalência da autoridade do discurso médico, se preocupando apenas superficialmente com a visão que a população imprimiu sobre suas práticas e instituições.

Em relação ao período que pretendemos analisar com este trabalho, percebemos também um olhar bastante negligente sobre o papel dos escravos e libertos nessas instituições. Tanto Magali Engel quanto Manoel Olavo apontam não ser significativo o número de escravos e libertos no HPII, o que trataremos de relativizar mais adiante.

Apenas Ricardo de Lorenzo, em sua dissertação de mestrado, buscou analisar, através da investigação dos internos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, uma relação mais direta entre alienação mental e escravidão. Para tal, lançou mão também de uma variedade de fontes que incluíram desde regulamentações da cidade e discussões parlamentares aos livros de entrada da Santa Casa (LORENZO, 2007). O esforço em detalhar o perfil quantitativo dos alienados internados no hospital entre 1843 e 1872, através de levantamento estatístico, ao mesmo tempo que nos ajuda a refletir sobre o papel do asilo para aquela sociedade, acaba, por vezes, deixando as análises qualitativas a desejar. Além disso, mais uma vez, os imperativos da perspectiva do controle social, visto de forma unilateral e vertical, acaba por forçar uma certa interpretação dos dados que problematizaremos posteriormente. O trabalho, no entanto, é bastante interessante e inovador, na medida em que nos traz dados e aspectos de uma região que tem sido negligenciada tanto nas análises sobre a escravidão quanto sobre a psiquiatria no Brasil.

Outro ponto pouco analisado por esses pesquisadores é a forma como os pacientes se relacionaram com o saber psiquiátrico e com as instituições a eles destinadas. Além dos posicionamentos teóricos, o próprio *corpus* documental por eles escolhido contribui para uma visão que privilegia o discurso médico. Analisando apenas escritos dos próprios psiquiatras, publicados em periódicos científicos, ou documentos oficiais do Estado, a maioria dos autores absorveu o discurso de parte do corpo médico como única possibilidade de análise dessas instituições. O cotidiano do hospício e a visão dos demais atores que conviviam nesses espaços foram, na maior parte das vezes, negligenciados.

Uma obra bastante relevante na tentativa de reconstruir a voz dos internos e de uma História Social do hospício é *O espelho do mundo* de Maria Clementina Pereira Cunha. Neste livro a autora, tendo a loucura como objeto, consegue, através do arquivo do Juquery, asilo psiquiátrico de São Paulo, identificar as vozes dos “loucos”. Embora houvesse uma tentativa persistente de silenciar esses pacientes, relegando-os à passividade, a autora demonstra como é possível resgatar a ação desses atores sociais na relação com o saber psiquiátrico.

No entanto, como a própria pesquisadora afirma, seu trabalho ainda é bastante panorâmico, por se tratar de uma primeira “entrada” nesses arquivos. Cunha apresenta a grandiosidade e a riqueza da documentação produzida pelos médicos e demais funcionários do hospício para novos estudos, com objetivos mais específicos (CUNHA, 1986: 17). Embora em alguns momentos da obra a autora tenda a partir para as fontes já com o pressuposto da dominação do poder médico sobre a sociedade como um projeto definido desde os primeiros anos do desenvolvimento da psiquiatria, o livro é exemplo de um vasto levantamento de fontes e teve um importante papel no sentido de trazer para o foco da análise a figura do “louco”.

Além dos autores que vêm discutindo a formação de um saber alienista no Brasil, principalmente através das primeiras instituições que abrigaram alienados, é fundamental o diálogo com estudos de outras instituições em outros países. Olga Villasante tem desenvolvido uma série de levantamentos e estudos sobre o Manicomio de Leganés na Espanha, justamente na segunda metade do século XIX, que tem contribuído para este trabalho. A autora destaca que os diagnósticos são os dados mais difíceis de serem analisados pela falta de homogeneidade. Afirma que “existem quase tantos diagnósticos quanto o número de pacientes que ingressaram” (VILLASANTE, 2010).

No primeiro levantamento de diagnósticos por classe social feito para o mesmo período no Hospício de Pedro II enfrentamos a mesma dificuldade. Nesse sentido, algumas das suas sugestões de agrupamento foram importantes para conseguirmos sistematizar os dados de nossa pesquisa. Além dos diagnósticos, outros dados sobre os internos e sobre o funcionamento manicomial estão sendo manejados por Villasante e são fundamentais para que possamos estabelecer comparações entre o Hospício brasileiro e outras instituições do mesmo período, sem esquecer que muitos dos nossos médicos faziam constantes viagens à Europa para visitar esses estabelecimentos.

A maior contribuição desta dissertação é ter deslocado a análise dos projetos oficiais, ou seja, do que esses autores defendiam ou reivindicavam publicamente, para as relações que se estabeleciam no interior da instituição asilar, ou seja, para a forma como os diversos atores envolvidos enxergavam o hospício. Outra novidade é o manejo dos prontuários ou fichas clínicas produzidas no HPII, documentação pouco explorada pelos historiadores que se dedicaram à análise histórica daquele estabelecimento.

Além disso, outro aspecto relevante deste trabalho é a tentativa de analisar a participação dos escravos e libertos na instituição, contribuindo assim para uma questão ainda contraditória entre os principais autores que se debruçaram sobre o tema. Conforme

destacaremos mais adiante, Magali Engel defende que o projeto institucional estava relacionado a isolar as camadas mais pobres da população, principalmente os indivíduos considerados perigosos à ordem pública. Já Manoel Olavo afirma que o hospício era um projeto para as elites e que teria asilado poucos negros, mestiços ou escravos. Embora esse não tenha sido o foco do trabalho, pudemos, com alguns dados contribuir para esse debate, que ainda merecerá novos estudos.

Alguns apontamentos teóricos

Para a construção e desenvolvimento da pesquisa alguns autores foram importantes por oferecerem ferramentas que nortearam a forma como percebemos nossas fontes e construímos as análises aqui apresentadas. Assim, mais do que fontes de informação sobre os temas aqui abordados, esses autores nos serviram como base e ponto de partida para a pesquisa e para as reflexões desenvolvidas.

A historiografia da psiquiatria no Brasil, à exceção dos escritos memorialistas de médicos, ganhou maior relevância a partir da década de 1970. Esses primeiros estudos, que se tornaram clássicos, tiveram como matriz teórica as abordagens foucaultianas sobre a loucura e o papel das instituições disciplinares na Época Moderna. Partindo da perspectiva da “medicalização da sociedade” e das relações entre ciência e poder, criaram uma visão da psiquiatria como ferramenta de controle social, diretamente ligada aos interesses das elites, que imperou nas últimas décadas e está presente em grande parte das abordagens sobre o Hospício de Pedro II. Nesses trabalhos, a psiquiatria surge como ferramenta mais sutil de domínio, disciplinarização e moralização das cidades brasileiras. Os autores fundadores dessa visão foram Roberto Machado com *Danação da Norma*, de 1978 e Jurandir Freire Costa com *Ordem médica e norma familiar*, de 1983.

Robert Nye, em artigo sobre a evolução do conceito de medicalização, de cunho foucaultiano, ao longo do século XX, destacou os fatores que levaram ao domínio dessa escola de pensamento para as ciências sociais (NYE, 2003). O autor destaca o movimento de militância estudantil que ganhou força entre as décadas de 1960 e 1970 como decisivos. Foucault e outros autores se preocuparam, principalmente ao longo da década de 1970, em demonstrar como as mais diversas patologias e normas sociais eram construídas socialmente e apontando como os ideais médicos acabaram atribuindo ao louco, ao pobre e ao criminoso o caráter de irracionalidade, legitimando assim a sua intervenção nas sociedades.

Para o autor, o caráter denunciatório dessas abordagens acabou caindo no gosto de uma juventude acadêmica envolvida em lutas sociais, sedenta por desvendar os mecanismos de controle presentes na sociedade em que viviam. Nessas análises, médicos e psiquiatras tornaram-se vilões, enquanto loucos e criminosos eram vitimizados em nome da defesa pela emancipação dos indivíduos (NYE, 2003: 116).

Da perspectiva da História Social surgiram críticas a esses modelos foucaultianos, partindo principalmente da relativização do poder que a medicina exercia sobre a sociedade no século XIX. Com relação à história da medicina e da saúde no Brasil destaca-se a análise de Flavio Edler, que trouxe à tona os debates sobre as reformas do ensino médico no Segundo Reinado, apontando as divergências que permearam o processo de profissionalização da medicina no Brasil (EDLER, 1998: 178). Essas críticas denunciavam a forma como os autores, embasados pelo conceito da “medicalização da sociedade”, tenderam a olhar para o século XIX com o olhar da medicina já institucionalizada e fortalecida das primeiras décadas do XX.

Em *O espelho do Mundo*, Maria Clementina Cunha contribuiu, em especial, pelas suas proposições de revisão das análises foucaultianas, que atribuíram ao saber médico o caráter do domínio sem levar em conta as contraposições. Embora houvesse uma tentativa persistente de silenciar a voz dos pacientes relegando-os à passividade, demonstra como é possível resgatar a ação desses atores sociais na relação com o saber psiquiátrico. Analisando o cotidiano do asilo, ela sugeria “recuperar a dimensão de contraposição ao poder absoluto da razão médica” (CUNHA, 1986: 16). Seguindo as proposições metodológicas de Edward. P. Thompson sobre as experiências dos sujeitos, Cunha corrobora a crítica de Peter Linebaugh sobre a influência de Foucault nos estudos sobre a loucura, que acabaram privilegiando o saber médico e esquecendo as dimensões de “contraposição”.

No entanto, se a análise de Cunha é inovadora no sentido de apontar essa contraposição, ainda insiste em afirmar um compromisso a priori dos psiquiatras com as elites. A autora parte para a análise com o pressuposto de que existia um projeto claro de dominação, o que ela faz é apontar os limites encontrados na execução de tal projeto. Embora partindo dessas inovações e de alguns apontamentos de autores já citados, pretendemos perceber os embates presentes na formação desse campo científico, buscando relativizar a existência de um projeto único e pré-definido que legava à psiquiatria o papel de ferramenta controladora da sociedade.

Outra autora relevante para a formulação das críticas a essas abordagens mais tradicionais foi Maria Helena Souza Patto. A autora analisa os limites da medicina brasileira

do século XIX, apontando a impossibilidade de médicos, alienistas ou não, assumirem qualquer tipo de controle sobre a sociedade naquele momento (PATTO, 1996). Apesar de apresentar uma perspectiva evolucionista da medicina no Brasil, apontando o século XIX como período pré-científico, as ressalvas que a autora faz sobre a necessidade de se relativizar o papel que tais indivíduos tiveram no século XIX são fundamentais.

No entanto, se essas primeiras críticas geraram uma certa repulsa às obras clássicas aqui referidas e à própria teoria foucaultiana, trabalhos mais recentes tem destacado a importância da sua obra e se preocupado em separar, o que é parte da proposta de Michel Foucault, e o que foram apropriações inadequadas ou exageradas de sua obra. É nessa linha que nos baseamos para a pesquisa das fontes e com esses autores que pretendemos dialogar mais diretamente⁶.

Robert Nye defende essa nova escola que tende a ver a medicalização de forma diferenciada. Nas palavras do autor:

“despite the fact that a generally critical outlook on medicalization still prevails, a complex scholarship has emerged that is more respectful of the archival and field work of historians and social scientists and resists being forced into a rigid ideological or conceptual framework. Medicalization is no longer understood as a nefarious collaboration of experts and state authority imposed from above but a process whereby medical and health precepts have been embodied in individuals who assume this responsibility for themselves.” (NYE, 2003: 117)

A prevalência da pesquisa empírica e das fontes em detrimento de um esquema teórico e conceitual pré-determinado é defendida pelo autor como uma forma menos limitada pelas ideologias de se estudar as práticas médicas. No entanto, o autor afirma que o próprio Foucault apresentou variações dessa visão em seus estudos, tornando-se mais sutil a cada trabalho, incorporando elementos que tornavam cada vez mais complexa a ideia de medicalização que, aos poucos, deixava de ser vista como medida vertical, evidenciando a participação de todos os indivíduos nos sistemas de poder. Assim, o poder deixava de ser uma imposição para ser visto como relação.

Partindo dessa perspectiva, buscamos dar conta de como os embates entre os atores eram travados no cotidiano da instituição, questionando a ideia de um saber consagrado com objetivo pré-determinado de controle social. Embora não se pretenda negar a existência de alinhamentos entre o projeto senhorial hegemônico e as dinâmicas cognitivas da ciência psiquiátrica, a ideia é questionar o papel de “vilões” dos psiquiatras. Se, por um lado,

⁶ Para uma análise histórica do conceito de controle social ver: ALVAREZ, Marcos C. Controle social – notas em torno de uma noção polêmica. São Paulo em Perspectiva, 18 (1): 168-176. São Paulo, 2004.

pretendemos destacar o caráter científico ou teórico-dependente de tais ações, ou seja, como, para além de possíveis preconceitos e juízos de valor, existia uma crença em certo rigor científico por detrás das ações desses indivíduos, buscaremos também demonstrar a participação de outros atores no processo de construção desse saber.

Apontando estudos de outros autores como exemplo, Nye destaca ainda os interesses profissionais dos médicos que, segundo ele, prevaleciam sobre o compromisso com o Estado em nome do enclausuramento de indivíduos e destaca ainda como o vínculo entre ambos era mais fruto de conflitos sociais do que de uma relação automática. Com relação aos médicos no Brasil do século XIX, acrescenta-se ainda a ética de favores que, como demonstraremos, regeu boa parte das relações que se estabeleceram no Hospício de Pedro II. Embora houvesse a exigência de uma determinada formação específica e qualificada para que os médicos assumissem seus postos, as redes de amizade parentesco e solidariedade contribuía na determinação da contratação de médicos e, principalmente, de funcionários. O acesso dos enfermos ao estabelecimento também foi bastante influenciado por essas redes, como veremos adiante. Dessa forma, torna-se ainda mais complexo analisar essas relações que para além de alinhamentos teóricos e/ou político ideológicos, deveriam dar conta dessas teias de influência.

Em referência ao trabalho de J. Blecker sobre a Alemanha, Nye afirma:

Aiding and abetting the state in the growth of carceral regimes that segregated the deviant or marginal seems to have been far less important a motive than that of adding to scientific knowledge and practice that would redound to individual practitioners and to the independence and status of medicine as a whole. (NYE, 2003: 121)

Aponta ainda, que “medical practitioners were no longer, in his thinking, enforcers or servants of the state but experts in the service of a discourse that, as Foucault put it, was already ‘in some sense immanent in the population’” (NYE, 2003: 118). Partindo desse pressuposto é que ganha relevância em nossa análise a participação, por exemplo, dos familiares nos processos de internação. Buscaremos, assim, demonstrar como a ideia da necessidade de enclausurar o enfermo mental, especialmente o furioso, permeava a visão da população, que apelava para a instituição.

Rafael Huertas também tem contribuído para a revisão do conceito de controle social. Em análise sobre a relação entre liberalismo, capitalismo e controle social, o autor apresenta novas nuances para se entender esse processo, evidenciando também a participação ativa da população. Embora reconheça o desejo das elites hegemônicas pelo controle social, destaca a

formação de um discurso civilizatório que visa construir o autocontrole. Assim, se trata de “una forma de ‘control social’ en el que prima la persuasión y la subjetivación de la norma, frente a la coacción” (HUERTAS, 2009: 40).

Ainda na década de 1980, Michael Ignatieff, em análise crítica do conceito de “instituições totais”⁷ formulado por Erving Goffman, também bastante apropriado pelas abordagens de cunho foucaultiano, buscou apontar novos caminhos e agendas de pesquisa. Defendendo o que seria uma história social das instituições, apontava um novo caminho para a análise desses locais de asilamento. Nesse novo tipo de abordagem, em que importava a “relação histórica entre o dentro e o fora” da instituição, o autor sugere que o melhor ponto de vista seria o externo, da população sobre a instituição. O autor limita o foco de sua análise às classes trabalhadoras, que teriam sido as principais atingidas por esses estabelecimentos. Embora em nossa análise tentemos demonstrar a diversidade dos internos, que não parecem ter se limitado a essa camada da população, a inversão de análise proposta por Ignatieff foi bastante relevante (IGNATIEFF, 1987).

A partir do momento em que a análise se centra no olhar externo sobre a instituição, e não mais apenas no interno, é possível questionar a ideia de uma dominação total do Estado em oposição à passividade dos alvos de tais instituições. Para Ignatieff, as próprias comunidades são lugares onde se criam regras que, baseadas no ideal de uma ordem moral, fazem com que a população se relacione de forma ativa com as instituições.

Ao longo da pesquisa tratamos a questão da institucionalização da psiquiatria e da internação de indivíduos no Hospício de Pedro II não como um projeto pré-definido e elaborado unilateralmente pelos médicos psiquiatras, mas como um arranjo de alianças e expectativas dos mais diversos atores sociais envolvidos neste processo. Desta forma, a visão tradicional de um projeto de exclusão e moralização que tinha como protagonistas os médicos psiquiatras, vilões que, teriam racionalizado seus preconceitos visando a reclusão de indivíduos “inocentes”, passa a ser contestável.

A partir dessa perspectiva não negamos a relação dos médicos com outros interesses presentes na sociedade. O que se pretende é sofisticar a análise enfocando a historicidade do conhecimento psiquiátrico e trazendo à tona o papel de outros atores sociais, evidenciando o caráter social da ciência. Assim, os projetos da instituição asilar e da ciência psiquiátrica em formação deixam de ser vistos como algo rígido, imposto verticalmente pelo poder imperial através da psiquiatria, seu braço científico, e passa a ser entendido como uma relação que

⁷Segundo Ignatieff, o conceito retrataria todas as instituições em que “a autoridade procura uma ‘total’ regulamentação da vida diária de seus habitantes” (IGNATIEFF, 1987:185)

inclui diálogos, alianças e disputas, não só aquelas inerentes ao saber em formação, mas com administradores públicos, médicos e familiares.

A atuação dos internos e de suas famílias não deve ser entendida como uma submissão a esse controle social, mas como parte da construção deste. Entender as confluências de interesse e a moralidade que toda a sociedade partilhava, nos ajuda a evidenciar os motivos que levavam um pai a solicitar a internação de um filho em um hospício. Nesta abordagem devemos destacar os interesses da população que era atendida pelo Hospício de Pedro II que, além de acreditar na proposta da ciência, via na reclusão a solução para os problemas gerados pela manutenção de um alienado mental em casa.

Estrutura da Dissertação

No primeiro capítulo, analisamos os dados referentes à relação entre condição social e diagnóstico de todos os registros disponíveis para os pacientes internados entre 1852 e 1889, levantados a partir dos resumos de prontuários feitos pela equipe de organização do acervo que se encontra no Instituto Municipal Nise da Silveira. Dentre as informações disponíveis nos resumos, optou-se por fazer o levantamento dos dados de condição social e diagnóstico que possibilitaram, além do mapeamento do perfil social mais simples (escravo, livre ou liberto), a percepção de mudanças ao longo dessas décadas, tanto do perfil quanto da forma como esses indivíduos eram classificados através dos diagnósticos.

Além disso, buscamos, através da documentação encontrada no Arquivo Nacional, contribuir para a discussão sobre as autoridades médicas e religiosas no Hospício. Aqui, ainda que de maneira superficial, analisamos o papel, tanto dos médicos quanto da administração da Santa Casa, à frente do Hospício. Buscamos, no entanto, nos afastar de uma perspectiva dualista, apontando a forma como esses indivíduos se relacionavam e buscavam equilibrar forças, já que reconheciam a importância do papel um do outro.

No segundo capítulo, analisamos o perfil e a trajetória dos pacientes que ingressaram no Hospício de Pedro II ao longo da provedoria do Barão de Cotegipe na Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (1883-1889). Com esse objetivo fizemos um levantamento mais denso relacionando os dados que se encontram disponíveis nos prontuários dos pacientes como: cor, raça, condição social, nacionalidade, endereço, diagnóstico, autoridade que remeteu, tempo que permaneceu na instituição, etc.

Além disso, pudemos reconstruir, a partir dos documentos anexos aos prontuários, as trajetórias institucionais dos pacientes, que evidenciaram um longo percurso burocrático,

demonstrando o esforço dos familiares para conseguirem uma vaga gratuita para os seus na instituição. A partir dessa constatação, foi possível analisar o papel das famílias dos enfermos nas internações, percebendo as expectativas que esses indivíduos construía em relação ao hospício e à própria psiquiatria.

No terceiro capítulo, tentamos articular a história do Hospício de Pedro II e da psiquiatria à da sociedade imperial e, especialmente, da Santa Casa da Misericórdia. Demonstramos, principalmente através dos pedidos de internação gratuita, como os critérios de admissão de internos estavam permeados pela lógica de favores e pelo apelo à caridade, que regiam a Santa Casa da Misericórdia e, de uma maneira mais geral, as relações sociais no Império.

Capítulo 1 - Hospício por quem e para quem?

O Hospício de Pedro II, como já afirmamos, foi fundado em 1852 embasado por estatutos que garantiriam o direcionamento da instituição para “alienados de ambos os sexos de todo o Império, sem distinção de condição, naturalidade e religião”. Além disso, os estatutos definiam a divisão da administração, que deveria ser executada pela Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em três serviços: econômico, sanitário e religioso⁸.

Apesar do universalismo pregado no estatuto, as abordagens que se debruçaram sobre a história da psiquiatria no Brasil, especialmente a de Roberto Machado, buscou demonstrar como, por trás de uma certa roupagem libertária, o alienismo nascera no seio da medicina social, com o projeto definido de controle de determinadas camadas sociais (MACHADO, 1978: 375). A partir dessa análise, com diferentes propostas, outros autores, buscando desmascarar as ideologias presentes em tal projeto, apontaram como os ideais de controle e moralização das cidades se aliava aos projetos de medicalização dentre os quais o hospício se incluía (ENGEL, 2001 & TEIXEIRA, 1998). Com essa leitura, poderemos localizar os autores precursores da historiografia da psiquiatria no Brasil e suas diferentes chaves interpretativas.

O primeiro foco de análise diz respeito à natureza da instituição, ou seja, como e a quem deveria atender. Nesse sentido, demonstraremos adiante como os autores se dividiram nessas questões, buscando sempre apontar um certo desvirtuamento, na prática, do estatuto inicial de um hospício que deveria atender a todas as camadas sociais da Corte. A segunda questão está relacionada às autoridades administrativas. Nessa linha de raciocínio, tem se procurado discutir que atores sociais estiveram à frente da administração institucional e como se travaram os debates entre eles.

Neste capítulo temos como objetivo, em diálogo com a historiografia sobre o tema e trazendo nossos dados de pesquisa, analisar como se confrontaram e interagiram os diversos projetos para a instituição e como os diversos interesses em jogo podiam ser equilibrados. Aqui, buscaremos contribuir com tal debate, além de propor novos caminhos de análise.

Para isso, lançamos mão, em um primeiro momento, de uma ferramenta de busca produzida pela equipe de organização do acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira. No

⁸Decreto 1077 de 04 de dezembro de 1852 – Aprova e Manda executar os Estatutos do Hospicio de Pedro Segundo.

total, entre prontuários e papeletas⁹ registramos, de 1850¹⁰ a 1889, 1846 entradas. Tais resumos consistem em nome, condição social, cor, diagnóstico, dentre outros dados de cada interno. Segundo informação de funcionários, apenas para o ano de 1889 o catálogo está incompleto, ou seja, existem prontuários que não foram incluídos no banco de dados. Por este motivo, e devido ao fato de, em nenhum dos 10 casos incluídos no banco de dados para o ano de 1889 constar a condição social, mesmo porque a escravidão já estava extinta, optamos por trabalhar apenas com os dados até 1888, que somam 1835 registros.

Além desses levantamentos, lançaremos mão, para a análise sobre a administração do hospício, de fontes mais diversas encontradas no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro e que trazem debates sobre as disputas pelo controle da instituição. Aparecem também, em alguns momentos, partes de alguns dos prontuários de entrada que foram consultados na íntegra.

1.1 A historiografia e os projetos do hospício

Para Roberto Machado, um dos fundadores da historiografia da psiquiatria no Brasil, esta teria nascido como projeto de patologização do louco que, como indivíduo medicalizável, tornou-se alvo do projeto de controle social urbano na segunda metade do século XIX. A partir das abordagens foucaultianas e tomando a criação do Hospício de Pedro II como marco institucional do nascimento da ciência psiquiátrica, o autor aponta como, em meio ao crescimento urbano do Rio de Janeiro, o louco pobre se torna prioridade nesse projeto de medicalização da loucura e de enclausuramento (MACHADO, 1978).

Entendendo a medicina como “apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado” (MACHADO, 1978: 155), os médicos do hospício assumem um papel central, como os verdadeiros vilões da instituição psiquiátrica. De acordo com esse viés interpretativo, o hospício nasce como projeto definido de controle das camadas mais pobres da sociedade, em especial, das grandes concentrações urbanas, tendo a liderança da ciência médica, “como instrumento técnico-científico a serviço, direta ou indiretamente, do Estado” (MACHADO, 1978: 11).

Em uma linha bastante próxima de Machado, Magali Gouveia Engel analisa o projeto do HPII desde a década de 1830, quando surgem as primeiras reivindicações por um espaço

⁹ Pelo que pudemos notar, não existe nenhuma diferença relevante entre os prontuários e as papeletas. Segundo informação dos funcionários do arquivo, estes teriam sido separados apenas por terem, os segundos, um título diferenciado. Aqui serão tratados de maneira unificada.

¹⁰ Existem documentos de entrada desde o ano de 1844, que se referem a pacientes que já ocupavam provisoriamente áreas do terreno onde era construído o hospício. Nesta análise trabalharemos apenas com os dados a partir de 1850, para facilitar a análise com décadas separadas.

destinado à loucura na Corte do Rio de Janeiro. Fazendo uso do mesmo instrumental teórico foucaultiano, porém com o uso de fontes mais diversificadas e matizadas por um olhar da História Social, Engel toma como objeto o projeto de medicalização da loucura no Rio de Janeiro.

No que diz respeito ao projeto institucional, Engel se aproxima de Machado afirmando ter sido o hospício um projeto de segregação social que tinha como alvo os “segmentos pobres e miseráveis da população urbana” (ENGEL, 2001: 196). Em relação à condução do projeto, embora se atribua também um papel de destaque aos médicos, aparecem nessa análise outros atores que, de alguma forma, limitavam seus poderes, como os juristas¹¹ e o poder religioso, representado pela administração da Santa Casa e pelas irmãs que auxiliavam o serviço dos médicos. Aqui, mais uma vez, aparece um projeto claro de dominação e exclusão, que teria sido assumido pela instituição desde seus primórdios, embora a autora afirme que este só tenha se concretizado plenamente com o advento da República (ENGEL, 2001: 252).

Ainda que embasado por um viés teórico próximo ao dos autores já citados, Manoel Olavo Loureiro Teixeira, em sua tese de doutorado apresentada no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1998, tem como foco da análise justamente as disputas pelo poder no Hospício de Pedro II. Segundo este autor, as primeiras décadas de funcionamento da instituição teriam sido marcadas por um forte embate entre a ciência, representada pelos médicos, e a religião, representada pela administração da Santa Casa e pelas irmãs de caridade, que teriam assumido um controle sobre o hospício acima do que estava disposto nos estatutos. Esta é a análise em que este embate ganha maior destaque. Corroborando as reclamações de Teixeira Brandão, médico que assumiu a direção do HPII em 1887, o autor conclui que a ciência só teria conseguido retirar o poder das mãos das irmãs em sua administração (TEIXEIRA, 1998).

No que tange ao público alvo do hospício, Manoel Olavo Teixeira, com base nos escritos de Philippe Rey¹², afirma ter sido este um projeto para as elites que teria atendido poucos negros e mestiços e quase nenhum escravo (TEIXEIRA, 1998: 143). Segundo este autor, a internação de escravos não seria vantajosa, nem para o Império, nem para os proprietários (TEIXEIRA, 1998: 146). Embora apresente essa questão, afirmando serem as

¹¹ Engel traz à tona os debates entre psiquiatras e juristas sobre a responsabilidade penal dos indivíduos acometidos por doenças mentais. Ver ENGEL, Magali G. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. P. 66 e 271. Para mais informações sobre o tema, ver: PAULA, Richard Negreiros de. Paciente duplicado: psiquiatria e justiça no Rio de Janeiro, entre as décadas de 1890 e 1910. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

¹² Médico francês que teria feito alguns estudos na instituição na década de 1860. (TEIXEIRA, 1998: 141)

bases do alienismo brasileiro marcadas pela distinção social e racial, o autor não se detém tanto à questão do público alvo do hospício, mas às disputas de poder nele existentes.

Embora diverjam em relação aos projetos institucionais, um ponto comum, principalmente à Magali Engel e Manoel Olavo Teixeira, que chama atenção, é a forma homogeneizante como tratam as administrações do HPII ao longo de quase toda a segunda metade do século XIX. Ambos se dedicam a análises sobre um período bastante longo que basicamente se divide em um primeiro momento de tentativas desacertadas de constituição do saber psiquiátrico e um segundo período de consolidação, que tem como marco inicial a administração de Teixeira Brandão como diretor do hospício, a partir de 1887 e a posterior separação administrativa da Santa Casa.

Para Manoel Olavo, Teixeira Brandão, “o Pinel brasileiro”, finalmente entrega “todo poder aos alienistas”, retirando a supremacia das irmãs de caridade e abrindo caminho para a laicização do hospício, ou seja, para a vitória da ciência sobre a religião (TEIXEIRA. 1998. 153-170). Todo o período anterior a esta transformação é visto apenas pelo ponto de vista da continuidade, sem reconhecer qualquer mudança ou mesmo qualquer caráter científico. O que se pode supor de tal análise é que, baseado nos relatórios e nos escritos do próprio Teixeira Brandão, Olavo tenha assumido as críticas feitas pelo diretor do hospício às administrações precedentes como verdades absolutas.

Magali Engel, embora com uma análise bem mais sutil, também tende à mesma homogeneização destacando sempre que, embora as ideias de uma administração científica estivessem presentes desde as primeiras reivindicações por um Hospício na década de 1830, os “sonhos de emancipação [...] só se realizariam de modo completo, [...] em 1890, após a instauração do regime republicano” (ENGEL, 2001: 194).

Com ênfase nessas transformações de fins do século XIX e início do XX, Engel e Olavo deixaram de destacar importantes transformações e debates que ocorreram ao longo das três primeiras décadas de funcionamento do hospício, sem levar em conta as disputas inerentes a um campo científico em formação. A própria estrutura dos prontuários é digna de futuros estudos e abordagens. Em vista superficial já podemos perceber que os campos sofreram variações. Vimos, por exemplo, que os campos “dietas” e “remédios”, presentes na década de 1850, desapareceram. Outros campos, preenchidos em determinado período, deixam de ser relevantes em outros.

Nossa hipótese é de que o processo de institucionalização que estamos estudando tenha contado com uma gama de forças e interesses diferentes que precisaram ser, algumas vezes resolvidos, outras equilibrados para o funcionamento do hospício. Assim, em lugar de

uma linearidade a-científica que teria transcorrido as primeiras décadas de funcionamento do estabelecimento, apontamos indícios de debates entre médicos e outros atores sociais que podem, por exemplo, ter sido responsáveis por mudanças nas formas de se classificar os indivíduos, como apontaremos adiante, e na própria documentação que os identificava na instituição.

Mais recentemente, Monique de Siqueira Gonçalves, em sua tese de doutorado, buscou matizar essas interpretações, até então disponíveis sobre a psiquiatria no Brasil e sobre o hospício. Com foco nas matrizes científicas em voga sobre a loucura no Brasil do século XIX, a autora conseguiu problematizar os modelos interpretativos homogeneizantes e demonstrar a complexidade das trocas de conhecimento e os debates em torno da loucura que não nos permitem mais enquadrar a ciência brasileira em um ou outro modelo dentre as teorias psiquiátricas do período.

No que diz respeito às discussões sobre o Hospício de Pedro II e os destinos da instituição, a grande contribuição de Gonçalves foi problematizar a ideia, até então recorrente, de um projeto institucional uníssono e pré-determinado voltado para o controle dos desviantes. A autora traz uma boa discussão sobre o ideal de cura presente na argumentação dos médicos que discutiram entre as décadas de 1850 e 1870 os rumos e o papel daquele hospício (GONÇALVES, 2010: 32). Com essa análise abre-se espaço para novas formas de abordar e pensar a história da psiquiatria, percebendo a diversidade de interesses e projetos que permearam a formação desta ciência.

A partir de agora, passaremos a debater as abordagens acima apresentadas com base em dados da pesquisa com os prontuários do Hospício de Pedro II e seus resumos disponíveis nos acervos do Instituto Municipal Nise da Silveira. Debateremos então, a vasta gama de projetos e interesses em voga na formação daquela instituição.

1.2 Classificações sociais: um levantamento inicial

Embora o cruzamento dos dados relativos à condição social e aos diagnósticos não tenha nos servido à hipótese preliminar desse trabalho, conforme discutiremos mais adiante, este permitiu que nos inseríssemos no debate acima apresentado, trazendo novos dados que possibilitem identificar o público alvo da instituição, ao longo das décadas de 1850 a 1880. Ainda que se trate de um perfil superficial já que analisaremos aqui apenas a condição social (livre, liberto ou escravo) atribuída ao indivíduo no ato de sua entrada, este esforço se mostra

relevante por se tratar de um dos primeiros empenhos classificatórios em relação ao indivíduo na instituição.

Desde o início do século XIX, principalmente a partir de 1808, com a chegada da Corte portuguesa, o Rio de Janeiro passaria por uma série de importantes transformações que dariam origem a uma sociedade mais densa e complexa, marcada pela convivência entre indivíduos das mais diversas origens. Uma ampla proporção de indivíduos africanos se misturava aos nativos e aos europeus, criando uma cultura bastante peculiar e complexa (KARASCH, 2000). Essa complexidade se refletia no próprio hospício que, devido à vinculação com a Santa Casa, tinha um importante papel na assistência aos pobres, o que não excluía a participação de membros das elites, já que se tratava do primeiro local destinado ao tratamento de alienados no Brasil.

Do total das 1835 entradas que consideramos, das quais 1746 tiveram condição social atribuída, 207 foram classificados como escravos (11,85%), 153 como libertos (8,76%) e 1386 como livres (79,38%)¹³. Já em um primeiro momento cabe ressaltar que, pelo menos até 1888, o dado de condição social foi bastante relevante para a classificação desses indivíduos na instituição. Ao lado de dados como classe, sempre preenchido, e cor, regularmente preenchido, podemos inferir que a condição social tinha papel relevante em definir o lugar desse indivíduo dentro do hospício.

Embora não possamos, a partir desse levantamento geral, aprofundar essa questão, vale destacar que o campo “classe” determinava o tipo de acomodação e de alimentação em que o indivíduo se enquadrava, a partir do valor e de quem financia sua estada. Segundo os estatutos, os “indigentes”, eram custeados pela própria instituição e ficavam em enfermarias. Os “pensionistas”, de 1ª, 2ª e 3ª classe pagavam pela internação, com valores e privilégios diferentes, de acordo com essa classificação. Além dessas, algumas vezes aparece a denominação “pobre” para os indigentes, as classificações “Exército” ou “Armada”, quando eram pacientes originários das forças armadas, e “província”, quando vinham de fora da Corte. Os últimos eram recebidos gratuitamente com recursos pagos por algumas províncias que contribuía com cotas para terem a garantia de determinado número de vagas para seus alienados.

¹³ Com relação a essas classificações, cabem algumas ressalvas que desenvolveremos posteriormente. Embora na ordem escravista tais definições tenham sido fundamentais para definir lugares sociais, com o passar dos anos, em especial na segunda metade do século XIX, estas se tornaram menos definitivas. Com o aumento do número de imigrantes e libertos, a população livre da Corte se tornou mais diversificada e fluida (CHALHOUB, 2011: 269). Com isso, pretendemos chamar atenção para o fato de que, entre os classificados como livres figuravam, além de libertos não identificados, muitos pobres dessas camadas urbanas.

Ao longo de todos os anos de funcionamento do hospício, os não pagantes parecem ter sido maioria na população de internos. Inclusive, a grande proporção de indigentes seria uma das justificativas para as diversas crises financeiras e de superlotação por que a instituição passava frequentemente (ENGEL, 2001; GONÇALVES, 2010).

A partir dos nossos dados, se levássemos em conta a cifra dos quase 80% de livres em detrimento daqueles indivíduos que vivenciavam ou que já haviam vivenciado a experiência da escravidão, poderíamos chegar a uma conclusão próxima à de Manoel Olavo Teixeira, de que o Hospício de Pedro II teria sido uma instituição segregadora, onde escravos e negros teriam raramente figurado. No entanto, alguns dados que apresentaremos em outros capítulos, sobre a década de 1880 nos mostram que, pelo menos nos últimos anos da escravidão, entre os livres figuravam diversos pretos e pardos. Essas constatações convergem com abordagens que demonstram a complexidade populacional da Corte nos últimos anos da escravidão, onde crescia o número de alforrias e as classificações de cor e raça se tornavam cada vez mais fluidas.

Mesmo os próprios estatutos jurídicos de escravo ou não escravo parecem ter, neste contexto, um certo grau de flexibilidade. Magali Engel afirma que entre os livres e libertos estariam alguns cativos que teriam sua condição dificilmente identificável (ENGEL, 2001: 223). Monique Gonçalves, por outro lado, aponta casos de alienados alforriados pelos senhores que, quando perdiam a esperança da cura do seu cativo, preferiam libertá-los e assim livrar-se das despesas¹⁴ com o hospício (GONÇALVES, 2010).

Com a pesquisa aos prontuários, encontramos dois tipos de caso em que essas classificações eram discrepantes, ainda que não tenhamos podido sistematizar esses dados, fazendo-o somente para a década de 1880. Em um tipo de caso o escravo entra como pensionista de terceira classe, mas em seus anexos consta carta de alforria e solicitação de baixa do pagamento. Do aferimento desses anexos podemos imaginar que seja um dos casos em que o Senhor alforria o cativo para se livrar das despesas com o hospício.

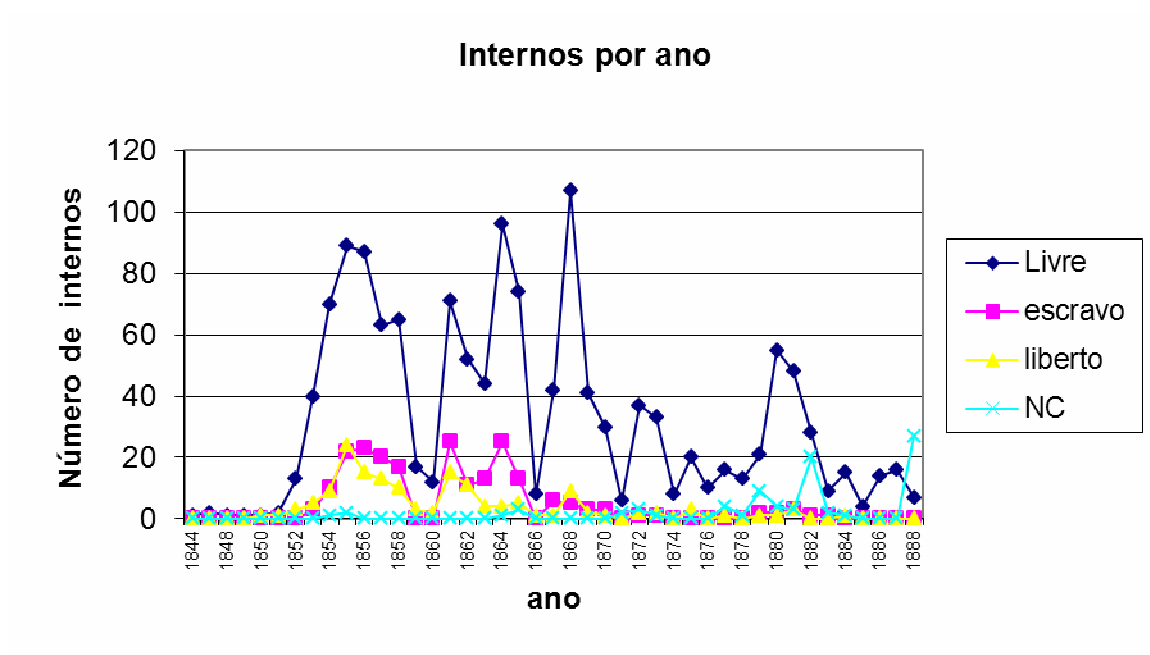
Em outros casos, o indivíduo é classificado como livre no prontuário, no entanto, em alguns anexos é referido como liberto. Outro indício da presença de libertos classificados como livres, que pudemos perceber ao ver os resumos dos prontuários, é o alto percentual de negros africanos livres. Em quadro de movimentação do HPII, Gonçalves demonstra que, dentre os pacientes estrangeiros, 50% eram africanos (GONÇALVES, 2010: 40). Embora não tenhamos sistematizado a soma desses casos e não se possa negar a possibilidade de um

¹⁴ Segundo os estatutos, os senhores que possuíam mais de um escravo e que tivessem condição, deveriam pagar para interná-los.

africano livre viver no Brasil, a grande proporção demanda estudos mais aprofundados e servem como indício de que o número de libertos pudesse ser ainda maior do que as cifras nos mostram.

A partir do levantamento simples da condição social dos indivíduos internados entre 1850 e 1888 podemos perceber que escravos e libertos, ainda que em menor proporção que os livres, tiveram um papel importante na instituição, diferente do que apontou Manoel Olavo Teixeira. Se levarmos em conta que parte dos livres pode ter vivido a experiência da escravidão e não estar classificada como tal e, ainda, que grande proporção dos que eram, de fato, livres era formada por indigentes, corroboramos a análise de Magali Engel de que o público alvo da instituição, embora não único, tenha sido uma camada menos abastada da sociedade. A partir dos próximos capítulos, buscaremos discutir sobre os objetivos e interesses que formaram esse perfil da população interna, mas por hora podemos dizer que o hospício contou sim com número relevante de escravos e libertos.

O gráfico a seguir aponta as variações da população admitida na instituição ao longo das décadas em questão.



A partir do gráfico podemos perceber algumas quedas bastante bruscas na entrada de livres nos anos de 1859 e 1866 e 1871. Uma vez que buscamos apenas fazer um levantamento geral e não aprofundamos a pesquisa para todas as décadas, podemos apenas apontar algumas tendências e sugerir análises. À exceção de alguns altos e baixos bruscos e bastante pontuais, e que não podemos explicar apenas a partir dos resumos contabilizados, podemos perceber

uma baixa contínua na entrada, não só dos livres, como dos escravos e libertos ao longo de toda a década de 1870, retomando o crescimento em 1879 e caindo novamente na década de 1880.

Essas discontinuidades apontam a necessidade de uma análise mais atenta de cada uma das décadas que, embora tenham sido tratadas de maneira homogênea nas abordagens mais clássicas, hoje podemos perceber que foram marcadas por importantes mudanças, possivelmente relacionadas às administrações e aos médicos em exercício. Monique Gonçalves demonstra uma peculiaridade bastante interessante sobre a década de 1870 que pode explicar essa diminuição no número de entradas. A década de 1870 teria sido o período em que melhor se conteve admissões requeridas por outras províncias, o que teria possibilitado uma diminuição na quantidade de internos que, até então, estava sempre acima do fixado. Essa diminuição das internações teria sido responsável também pelo sucesso, até então raro, nas finanças da instituição (GONÇALVES, 2010: 53).

Outro aspecto que nos chama atenção, a partir da análise no gráfico, é a diminuição gradativa do número de escravos e libertos em paralelo ao aumento do não preenchimento do campo de condição social, refletido pela quantidade de “não consta”. Nos levantamentos de Magali Engel, além de o número de escravos ser extremamente reduzido, teria apresentado uma redução drástica. Essa queda é atribuída a transformações macrossociais da segunda metade do século XIX. Assim, a extinção do tráfico teria estimulado dois movimentos que explicariam a redução de escravos no Hospício de Pedro II. Em primeiro lugar estaria a diminuição de escravos na cidade do Rio de Janeiro que teria reduzido de 31,8% em 1856 para 21,2% em 1870 (CHALHOUB, 1990. *Apud* ENGEL, 2001: P.222). O segundo fator explicativo seria uma valorização da mão-de-obra que exigia a concentração desta em setores básicos (principalmente agrícola). Além disso, afirma-se que despender recursos com o tratamento da alienação mental não fazia parte da lógica de exploração escravista, principalmente após a extinção do tráfico (ENGEL, 2001).

Dentro do universo que temos a partir do levantamento com o qual estamos trabalhando, a soma das entradas de escravos e libertos teria sido a seguinte: 180 (28%) na década de 1850; 155 (21,9%) na década de 1860; 17 (7,35%) na década de 1870 e 11 (4%) na década de 1880. Apesar de se tratar de uma cifra pequena, se comparados aos livres, podemos perceber sim uma participação razoável desses indivíduos na instituição, ainda que esta seja, de fato, decrescente.

No entanto, embora a diminuição de escravos na cidade do Rio de Janeiro seja um importante fator explicativo dessa tendência no hospício é necessário levar em conta outros

detalhes, mesmo porque eram recebidos internos de outras localidades. Pelo que podemos perceber, a redução dos registros de entrada de escravos e libertos foi acompanhada por um crescente processo de não-preenchimento do campo de condição social o que pode inferir a ideia de que escravos ou ex-escravos podiam estar, cada vez mais, entrando sem serem classificados como tal¹⁵. Outro fator que pode ter contribuído para essa diminuição pode estar associado ao reduzido êxito terapêutico do HPII. Toda a historiografia sobre o hospício aponta as crises e as críticas que surgem ao estabelecimento, em especial a sua incapacidade de cura. Certamente essa perda da expectativa da cura pode ter servido como desestímulo a muitos senhores que pensassem em internar seus escravos, com o objetivo de reestabelecer suas condições de trabalho.

Com essas sugestões podemos articular alguns fatores específicos ao tratamento psiquiátrico com outros fatores macrossociais que, em conjunto, explicam as mudanças no perfil demográfico do hospício. É claro que para essa análise faz-se necessário um estudo mais aprofundado da trajetória dos escravos internos e, em especial, das motivações que levavam o senhor a pagar pela internação de um escravo. Discordamos, a princípio, da afirmação de Engel de que a lógica de dominação escravista seria incompatível com a presença de escravos no hospício. Além de uma expectativa inicial na cura, podemos pensar em outros possíveis estímulos à busca pela instituição relacionados, por exemplo, à ideologia caritativa, à ideia do perigo que o doente mental poderia representar e à própria imagem progressista que alguns desses senhores poderiam desejar.

1.3 Classificações diagnósticas: um levantamento inicial

O projeto que deu origem à essa pesquisa foi construído a partir de algumas das abordagens, aqui apresentadas, sobre a psiquiatria no Brasil, que tinham como motor a questão do controle social que teriam desempenhado o hospício e seus médicos em nossa sociedade. Desta forma, havíamos pensado em uma metodologia que visava o cruzamento das informações de condição social e diagnóstico. Com esse levantamento pretendíamos demonstrar como certas classificações diagnósticas poderiam apontar a visão da ciência psiquiátrica em formação sobre cada camada da sociedade, buscando convergir, em especial, com as abordagens que atribuíam aos alienistas o papel de controle das camadas mais pobres

¹⁵Apesar de o número de fichas em que o campo “condição social” não foi preenchido ser pequeno, apenas 86 dos 1835 registros, apenas 20 estão relacionados a entradas anteriores a 1879, tendo a maioria entrado em fins da década de 1870 e ao longo na década de 1880.

da sociedade. Assim, esperávamos encontrar a prevalência de determinados diagnósticos para determinadas condições sociais.

Inspirada, em especial no argumento desenvolvido por Magali Engel de que diante das tensões desencadeadas pelo questionamento do sistema escravista a partir da década de 1870, teria surgido a necessidade de novos mecanismos de controle social, imaginávamos poder perceber, nos diagnósticos, um reflexo dessa busca de controlar a população mais pobre. Segundo Engel, em meio às transformações que marcaram as últimas décadas do século XIX, principalmente relacionadas às novas feições do Rio de Janeiro, que tornara-se cada vez mais diverso e populoso, entre os temas privilegiados por alienistas e psiquiatras “figuravam, por exemplo, a civilização, a raça, a sexualidade, o trabalho, o alcoolismo, a delinquência/criminalidade.” (ENGEL, 1999: 48) Imaginávamos, então, encontrar a prevalência de diagnósticos vinculados a essas temáticas entre escravos e libertos.

Do universo total de 1835 registros de nosso levantamento, entre prontuários e papeletas, 1749 indivíduos foram classificados de acordo com a sua condição social. Da análise do cruzamento de dados, não percebemos grande prevalência de um diagnóstico sobre determinada categoria social. As manias, nas diversas formas que se apresentaram prevaleceram sobre outros diagnósticos entre os livres, os escravos e os libertos. Da mesma forma, em segundo lugar, para todas as categorias, apareceram as classificações relacionadas à demência.

Assim, diante dos dados que tínhamos das décadas de 1850 a 1880 tal teoria não se concretizava. Diagnósticos relacionados ao abuso do álcool, por exemplo, apareceram 21 vezes entre os 1391 livres; apenas uma vez entre os 207 escravos e duas vezes para libertos. Como já informamos, os prontuários parecem ter sido preenchidos apenas para quem permaneceu no hospício após um período inicial de observação. Podemos até supor que houvesse casos em que pessoas fossem levadas ao hospício como alcoólatras e, passado o estado de embriaguez, fossem liberados. Dentre casos desse tipo, é possível que figurassem primordialmente escravos e libertos que circulassem pelas ruas. No entanto, como nossos registros não dão conta dessa possibilidade, podemos apenas afirmar que, em termos de permanência, ou seja, da ocupação fixa do estabelecimento, o alcoolismo não teve grande relevância na reclusão desses indivíduos.

Lourence Alves, em análise da base de dados que deu origem ao resumo dos prontuários, produzida pela equipe de organização do acervo do Instituto Municipal Nise da Silveira, afirmou ter encontrado como diagnóstico de maior ocorrência no período

selecionado do século XIX (a partir de 1883) o alcoolismo (ALVES, 2010). Como os dados não condiziam com os da nossa pesquisa, decidimos dedicar maior atenção à essa questão.

Em primeiro lugar, cabe destacar que para contabilizarmos os diagnósticos encontrados entre 1852 e 1889, através dos resumos de prontuários, precisamos simplificar e reduzir algumas das classificações. Da mesma forma, os dados manejados por Alves também parecem ter sido simplificados, já que ela trabalha com a categoria “alcoolismo”, nem sempre apresentada desta forma nos prontuários. Algumas vezes, o álcool aparece como subsidiário ao diagnóstico principal.

Tal constatação nos levou de volta ao levantamento inicial, anterior à simplificação para a contabilidade. Ainda assim, o número de diagnósticos de alguma maneira relacionada ao álcool é baixa. Encontramos referência em apenas 32 casos, do total de 1835. Também em relação aos anos de 1883 a 1889, para os quais trabalhamos diretamente com os prontuários, a referência ao álcool aparece em apenas 15 dos 135 casos. Mesmo incluindo os diagnósticos que não são “alcoolismo”, mas nos quais o álcool aparece como motivo desencadeador da doença, ou como diagnóstico subsidiário, não encontramos cifras majoritárias como afirmou Lourence Alves. No entanto, destacamos que o período analisado pela autora é mais amplo, incluindo a década de 1890, onde pode ter havido alguma mudança.

A única prevalência que merece destaque em nossos dados diz respeito aos casos de demência que apresentaram percentual mais alto entre os libertos, 42 casos, representando aproximadamente 27%, enquanto entre os livres aparecem aproximadamente 270 casos, 19%, e entre os escravos, 29 casos, 14%. Ainda mais especificamente, cabe ressaltar os casos de demência qualificadas como “senil”, que prevaleceram também entre os libertos. Embora, essa prevalência possa ser relativizada já que se trata de um número pequeno de casos, pode nos apontar uma certa tendência de internação de incapazes, sem expectativa de cura, maior entre os libertos. Esta análise pode ser coerente se pensarmos nas abordagens que demonstram o descaso com esses indivíduos, em relação aos quais se afirma que muitas vezes os senhores concediam alforria para não precisar mais se responsabilizar com seus gastos (GONÇALVES, 2010; ALVES, 2010).

Da mesma forma, outros diagnósticos, que poderiam se relacionar aos temas apontados por Engel como de preferência da psiquiatria no contexto, especialmente por se relacionarem à delinquência, como cleptomania, mania homicida e monomania religiosa apareceram pouquíssimas vezes (entre 2 e 3 cada) e entre os livres apenas. A partir de novas pesquisas historiográficas que tem buscado apontar para uma maior complexidade das classificações sociais nas últimas décadas do século XIX e da análise mais densa que

apresentaremos mais adiante sobre a década de 1880, é preciso destacar que dentre os livros certamente figuravam muitos indivíduos das camadas mais pobres da sociedade. No entanto, em termos de enquadramento diagnóstico, não podemos afirmar que, pelo menos até a década de 1880, estes se definissem a partir de diferenciações por condição social.

De certa forma, a não prevalência de diagnósticos específicos para determinadas camadas sociais poderia demonstrar uma certa falta de compromisso com as classificações diagnósticas, corroborando a tese que atribuía à psiquiatria um compromisso prévio com o controle social em detrimento da ciência. Partindo do pressuposto do controle, poderíamos chegar à conclusão de que os diagnósticos sequer seriam relevantes para tal análise, uma vez que a linguagem científica não passaria de roupagem legitimadora, logo, os pressupostos da exclusão social se sobreporiam a tais classificações, meras exigências burocráticas. No entanto, um olhar atento aos dados levantados nos apontou outros caminhos.

Com um simples olhar na planilha inicial do levantamento feito para esse trabalho, pudemos perceber, apenas visualmente, um crescimento no tamanho ocupado pelas classificações diagnósticas ao longo dos anos. Nesse caso, a década de 1870 foi a que apresentou a maior peculiaridade, com diagnósticos que demonstravam um olhar atento do médico, incluindo detalhes da doença. A surpresa inicial com tal fato nos levou a uma análise mais detida sobre essas classificações.

Percebemos, então, que neste período os diagnósticos, embora não tenham variado muito em termos de nomenclatura, se tornaram mais específicos em relação aos atribuídos nas décadas de 1850 e 1860. No caso das manias, por exemplo, passam a ser personalizadas, incluindo sintomas como complicações de alucinação da visão ou da audição, se era uma forma deprimente ou agitada e se era crônica ou periódica. Nas tabelas que se encontram em anexo (Anexos C, D, E e F) as diferenças, embora apareçam, não sobressaem tanto porque para contabilizar foi necessário simplificar e agrupar alguns dos diagnósticos¹⁶. Para ilustrar citarei alguns dos diagnósticos encontrados na década de 1870, nas formas originais e completas: a) paralisia geral incipiente, delírio agulhoso, grande agitação; b) mania crônica de forma deprimente complicada de alucinações da audição de natureza alcoólica; c) mania de forma deprimente complicada de alucinações de olfato, visão e audição, delírio de

¹⁶ O problema na quantificação de diagnósticos já foi ressaltado por Olga Villasante que nos apontou a necessidade de agrupá-los para possibilitar a análise. Segundo a autora, “El análisis de los diagnósticos es, quizá, una de las variables más difíciles de codificar ya en las historias clínicas hay casi tantos los diagnósticos como número de pacientes ingresados, por ello hemos tratado de agruparlos por el estudio.” (VILLASANTE, 2010: 38) Em nossa pesquisa, encontramos as mesmas dificuldades relatadas por Villasante e optamos por agrupar os diagnósticos da maneira menos prejudicial à análise qualitativa possível. Mesmo assim, não podemos negar a perda inevitável de certos detalhes dessas classificações.

perseguição; d) epilepsia com alucinação da vista e do ouvido; e) mania de forma histérica, mania crônica de forma deprimente, agitada e ataques de fúria. Estes são alguns exemplos da complexidade e especificidade dos diagnósticos atribuídos ao longo da década de 1870. Até a década de 1860 os diagnósticos de mania, paralisia e epilepsia já estavam presentes, mas apareciam de maneira simples, sem destacar as especificidades de cada caso.

Ao longo das décadas, podemos perceber também o surgimento de outros diagnósticos como alcoolismo, embora em proporção bastante pequena, um caso de cleptomania, e casos de lipemania e melancolia, que aparecem a partir da década de 1860. Na década de 1870 aparecem pela primeira vez as classificações de dipsomania, histeria e histeromania. Já na década de 1880 aparecem hipefrenia, periencefalite e psicopatia histérica. Apesar do aparecimento dessas categorias, as manias somadas as monomanias permanecem hegemônicas até a década de 1880, como podemos perceber com a análise das tabelas nos anexos (ver anexos E e F).

Ainda que não possamos, apenas com esses dados, inferir uma explicação para a alta especificidade desses diagnósticos, podemos apresentar como possibilidade para a análise a diminuição do número de entradas. Conforme já apontamos, a década de 1870 é o período em que são admitidos menos pacientes no hospício e é também, segundo Gonçalves, o primeiro momento em que se consegue limitar o número de internos, sem ultrapassar os limites estabelecidos. Diante disso, podemos imaginar que os processos de admissão tenham sido executados de forma mais tranquila, e que os médicos tivessem mais tempo para observar cada paciente. Outro aspecto que poderá ser analisado em outras pesquisas, que se detenham à análise de todos esses prontuários, é a atuação específica de determinados médicos no período.

Além disso, Flavio Edler, em seu trabalho de mestrado, já havia apontado uma mudança no pensamento médico geral da Corte na década de 1870. Segundo este autor, teria sido neste período que ganhara fôlego um projeto de reforma no ensino médico, através de um novo modelo de profissional da área. Dentre as principais bandeiras desse movimento reformista estariam o ensino prático, a valorização da medicina experimental e a especialização médica (EDLER, 1992). Supondo que alguns dos médicos atuantes no hospício ao longo da década de 1870 pudessem estar envolvidos em tal projeto e mais empenhados no estudo de cada caso, este movimento pode ter refletido na maior especificidade e detalhamento das classificações diagnósticas.

Por não serem o foco deste trabalho os projetos médicos em si, não pudemos aprofundar a análise dos diagnósticos, o que demandaria o estudo de outros dados dos

prontuários e dos pressupostos científicos dos médicos responsáveis por tais classificações. As constatações aqui apresentadas demonstram a necessidade de análises mais aprofundadas a partir dos caminhos abertos pela possibilidade de pesquisa com os prontuários médicos. Além disso, queremos destacar a importância de trabalhos mais específicos sobre cada administração do Hospício de Pedro II. Percebemos, por exemplo, que as abordagens estruturais da psiquiatria no Brasil, e do hospício especificamente, a partir de modelos explicativos mais generalizantes deixaram de lado as especificidades de cada período e o percurso institucional nos primeiros 40 anos de seu funcionamento. Tais obras foram fundamentais por nos apresentarem um panorama inicial da instituição. Ficaram, no entanto, importantes lacunas que, aos poucos, deverão ser preenchidas, abrindo novos caminhos e agendas de pesquisa.

A particularidade que percebemos para a década de 1870 aponta que não só de continuidades foi construída a história do Hospício de Pedro II e da psiquiatria no Brasil até a administração de Teixeira Brandão. Embora não possamos apresentar respostas para as questões levantadas, esperamos ter contribuído para o debate, com a sugestão de novos caminhos a serem explorados. A partir de agora, buscaremos discutir as disputas pelo controle do estabelecimento, demonstrando também a diversidade e a descontinuidade de interesses em voga.

Desta forma, a não comprovação da hipótese inicial, de um objetivo prévio de controle social que se sobreporia em todos os aspectos da atuação alienista, já nos aponta a necessidade de estudos mais aprofundados sobre tais classificações diagnósticas. Não poderemos aqui nos deter a essa questão, já que, para isso, deveriam ser levados em conta outros dados, especialmente relacionados aos médicos que atribuíam tais classificações, e uma análise qualitativa de cada uma das décadas. Além dessa conclusão prévia de um certo ideal científico, que aproxima o pensamento alienista de um ideal terapêutico e de cura¹⁷, o levantamento desses dados nos abriu outras chaves interpretativas que apresentaremos ao longo desse capítulo.

¹⁷ Para mais informações sobre o papel da cura no ideal alienista do século XIX, ver: GONÇALVES, Monique de S. *Mente Sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das “nevroses” e da loucura na Corte Imperial (1850-1880)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, COC/Fiocruz, 2010.

1.4 O controle do hospício: interesses, debates e conflitos

Até o momento, e ao longo de todo este trabalho, tentamos destacar os diversos interesses e projetos que permearam a história do Hospício de Pedro II durante as primeiras décadas de seu funcionamento. Pretendemos, assim, analisar os conflitos e as disputas que nos fazem perceber que não existia um projeto institucional único e definido desde a sua formação, mas uma gama de tensões que eram aos poucos equilibradas, em nome da continuidade da instituição e da própria especialidade médica que ia, pouco a pouco, sendo criada e reivindicada.

Conforme já apontamos, vemos o hospício não apenas como a instituição formadora do alienismo brasileiro, mas inserido na lógica das instituições imperiais. Desta forma, os mais diversos interesses da sociedade eram manipulados, postos em disputa e equilibrados, o que fazia com que o estabelecimento cumprisse os mais diversos papéis. Se por um lado o poder imperial, centrado na figura de D. Pedro II atribuía o papel de local da ciência, muito reivindicado pela maioria dos médicos, a lógica caritativa da Irmandade da Misericórdia, apelava não só ao bem estar do corpo, mas também da alma dos indivíduos. A esses interesses poderia somar-se a pressão da polícia para colocar alguns loucos das cidades e das famílias que precisavam de um lugar para isolar/tratar seus alienados.

Da mesma forma que atribuir ao projeto institucional um papel único e previamente definido de controle das populações urbanas é inadequado, nos parece simplista imaginar que um ou dois desses projetos, como no caso da análise de Manoel Olavo Teixeira sobre o conflito entre religiosos e médicos, tenham convivido em guerra declarada por tantos anos. A partir de agora, daremos início à análise de alguns desses conflitos, buscando demonstrar como estes podiam ser resolvidos, não a partir de grandes rupturas, mas através de resoluções que, pouco a pouco, agradassem ambas as partes.

Entre maio e junho de 1882 um longo debate se instaurou na imprensa da Corte do Rio de Janeiro, depois que Nuno de Andrade fora demitido do cargo de Diretor do Serviço Sanitário do Hospício e resolvera denunciar os desmandos da administração da Santa Casa. Ao longo de um mês, o referido médico, que teria sido o primeiro a ministrar um curso provisório de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apoiado pelo ex-mordomo, Conselheiro Pertence, trocou ofensas e denúncias com o Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. No centro da discussão aparecia o papel da administração religiosa da Santa Casa e, principalmente, do papel exercido pelas irmãs de

caridade, questão também apontada em outra abordagem, anteriormente citada, sobre o Hospício de Pedro II (Engel, 2001).

Nuno de Andrade dá início à contenda apresentando os motivos de sua demissão do hospício, que se deveria, de acordo com ele, à ousadia de ter escrito uma carta ao então Provedor, Visconde de Jaguaray, propondo a desanexação do HPII da Santa Casa. Além disso, denunciava aqueles que transformam “a caridade em rotulo da beatice e que se esquecem do homem que sofre para só se lembrarem que têm o poder de trocar a enfermaria pelo confissionario e o remédio pela agua de Lourdes”¹⁸. Assim, o debate é aberto a partir de críticas duras ao papel da “beatice” das irmãs em um espaço que se pretendia, no olhar de Andrade, cada vez mais, dominado pelos médicos. Esse tipo de denúncia ganhava espaço em um contexto de reformas, em que o próprio Visconde de Jaguaray havia criado o posto de médico interno na instituição.

Críticas da mesma natureza estiveram presentes no discurso de Teixeira Brandão, primeiro médico aprovado por concurso para a cadeira de Moléstias Mentais da Faculdade de Medicina, que assumira a diretoria do hospício em 1887, onde já atuava como médico desde 1884. Segundo a tese de Manoel Olavo Teixeira, a disputa de poder entre alienistas e religiosos teria sido a grande marca do HPII até o ano de 1887 quando, finalmente, Teixeira Brandão teria entregue “todo poder aos alienistas” (TEIXEIRA, 1998).

As reivindicações, tanto de Nuno de Andrade quanto de Teixeira Brandão, se davam em relação à falta de autonomia do poder médico que teria estado sempre subordinado ao poder religioso das irmãs de caridade, legitimado pelos provedores da Santa Casa que partilhavam a visão do hospício como lugar de caridade e não de cura. Assim, denunciavam o papel assumido pelas irmãs na administração institucional, na escolha dos enfermeiros e até na determinação de quem seriam os indivíduos atendidos pela instituição.

A década de 1880 foi marcada pelos debates acerca da reforma do ensino médico, que se daria em 1884, e que reivindicava o papel da pesquisa e do ensino dentro dos hospitais, a partir do modelo institucional germânico (EDLER, 1992). Nesse contexto, o acirramento dessas questões no interior do hospício teria dado origem aos conflitos que nos referimos aqui. No entanto, a análise de Manoel Olavo tende a reproduzir o discurso das fontes, principalmente da fala do Dr. Teixeira Brandão, que buscava legitimar sua posição a partir de uma forte ruptura com o passado institucional. O que buscaremos, a partir de agora, é demonstrar, em primeiro lugar, que esse conflito é uma marca desse contexto e que não pode

¹⁸ Recortes do Jornal do Commercio agrupados em: Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

facilmente ser ampliado para todas as décadas anteriores. Em segundo lugar, pretendemos destacar o caráter conciliador através do qual se efetivaram tais mudanças, bem ao modo brasileiro, sem rupturas bruscas e através de alianças, mesmo que, a princípio, contraditórias.

Em seus artigos no jornal, Nuno de Andrade argumenta que desde o Regimento Interno do Hospício, de 1858, as irmãs teriam tido seu papel ampliado, o que não seria uma particularidade nossa, já que o anseio pelo poder seria marca registrada das irmãs de caridade em todos os países. Em seu discurso, o absurdo poder atribuído à esfera religiosa seria reflexo de uma grande discrepância entre o Regimento e os Estatutos, de 1852, onde as irmãs ocupavam um papel legitimamente limitado. Andrade afirmava ainda que esses desmandos teriam sido denunciados por todos os antecessores responsáveis pelo Hospício.

Diante dos ânimos inflamados e do acirramento das críticas feitas às irmãs de caridade e à administração da Santa Casa, pode realmente parecer que os médicos do Hospício aguardavam, desde sempre, pelo Teixeira Brandão redentor para libertá-los de tamanha dominação e entregar, finalmente, o hospício à causa da ciência. No entanto, a problematização das fontes e a análise do cotidiano burocrático da instituição nos obrigam a relativizar a ideia desse poder religioso dominante e trazer à tona uma visão menos maniqueísta do que esta, em que os médicos aparecem como rivais incontestes das irmãs sedentas pelo poder e vice-versa.

Para começar, precisamos levar em conta o papel dos médicos na sociedade imperial, percebendo as diversas transformações por que passava a ciência naquele contexto. Flavio Edler aponta a década de 1870 como fundamental para novos rumos de profissionalização da medicina no Brasil, com a disseminação de um movimento reivindicatório e do surgimento de um novo perfil de médicos, especialistas em problemas sanitários. Essa nova geração trazia, dentre suas bandeiras, a da medicina experimental e a da especialização médica. A partir das reformas reivindicadas, as Faculdades de Medicina ganhariam papel central como precursoras de um formato de ensino que deveria unir a teoria à prática (EDLER, 1992).

Tendo em mente esse movimento reformista que ganha espaço na década de 1870, podemos supor que qualquer rivalidade, nos termos apresentados nos discursos de Nuno de Andrade e Teixeira Brandão, e comprados pela análise de Manoel Olavo Teixeira (TEIXEIRA, 1998), seria improvável até então. A separação maniqueísta entre o hospício, lugar de cura, com poder ao corpo médico, e o hospício, lugar de caridade, com poder ao corpo religioso, é, antes de tudo, uma construção somente possível posteriormente ao movimento da década de 1870, que trouxe à tona a questão do ensino prático e da ocupação dos espaços hospitalares pelas faculdades. De maneira mais intensa, a discussão ganhara

relevância no contexto de discussão da reforma do ensino de 1884. A tentativa interessada dos médicos de 1880, que buscavam se unir em nome da formação de uma identidade profissional coesa, não pode ser vista como verdade única nem, menos ainda, como reflexo de uma realidade presente nas décadas anteriores, o que incorre no mais simples dos anacronismos.

Se pensarmos na trajetória dos médicos envolvidos nessas contendas, fica ainda mais fácil perceber a relação das lutas pela profissionalização da medicina, de uma maneira geral, com as reivindicações específicas do campo das doenças mentais. Quando Nuno de Andrade dá início às publicações no *Jornal do Commercio* e leva à público as questões acerca do poder religioso no hospício, logo aparece o ex-mordomo, Conselheiro Pertence, para corroborar suas denúncias e propõe uma Comissão de Inquérito através da qual, dizia ele: “demonstrarei que os artigos do Sr. Nuno de Andrade são pallidos reflexos da verdade, que será refulgente”¹⁹.

Algum tempo antes, em 1880, o mesmo Conselheiro Pertence havia encabeçado a organização das Conferências da Glória, apresentações pedagógicas onde se discutiam temas científicos, com o intuito de trazer à tona, novamente, as reivindicações da década de 1870. Dentre os palestrantes estava o Dr. Nuno de Andrade, justamente com uma conferência sobre a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (EDLER, 1992: 252). Apesar de entre o público das conferências estarem grandes personalidades políticas do Império e o próprio Imperador, o movimento buscava denunciar o patronato presente na formação profissional e defendia o ensino prático. Embora à primeira vista o movimento parecesse contraditório, ao mesmo tempo criticando as estruturas políticas e administrativas e a elas recorrendo, Edler destaca o papel conciliatório das Conferências, que buscavam uma transformação por dentro do regime e não a sua quebra.

É justamente esse caráter conciliatório que nos interessa para entender como os vários interesses em torno do Hospício de Pedro II estavam longe de ser um entrave. Por mais que existissem conflitos, como o aqui descrito, estes eram resolvidos através de acordos e alianças e, assim, pouco a pouco, os papéis iam se reconfigurando e o jogo de forças pendendo para um lado ou para outro.

A reivindicação do hospício como instituição médica e de pesquisa trazia à tona outra questão muito bem localizada naquele contexto, a ocupação de salas do HP II pela Faculdade de Medicina. Foi também no início da década de 1880 que tal debate teria se intensificado, quando em 1883, Pedro Leão Velloso, Ministro dos Negócios do Império, solicita ao

¹⁹ Artigo do Conselheiro Pertence para o *Jornal do Commercio*. Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS^o09, 1880-84.

Provedor da Santa Casa que cumpra um antigo decreto, de 1854, que determinava que os diretores das Faculdades de Medicina se entendessem com os provedores das Santas Casas para ceder enfermarias para as aulas de clínica²⁰. Às exigências do Ministro, Visconde de Jaguaray responde, após convocação da Mesa e junta da Santa Casa, citando visões de diferentes nomes da psiquiatria, favoráveis e contra o ensino em hospitais. Depois das considerações, conclui:

“Em todo o caso, á vista do que ahi fica exposto parece-me que não é mais licito, no estado actual da sciencia oppôr barreiras ao seu progresso, fechando ou negando ao ensino pratico de psychiatria o único estabelecimento, que na actualidade pode prestar-se efficazmente a esse mister, uma vez respeitadas as exigencias e condições indispensaveis para que não sejam lesados os princípios e fins de sua instituição. Creio não ser difficil **conciliar os interesses reciprocos** da Faculdade e do Hospicio.[grifo nosso]”²¹

O decreto que falava nos hospitais das Santas Casas como espaços de estudo e pesquisa era de 1854, mas, é somente na década de 1880 que a Santa Casa se vê no dever de ceder às exigências,

“não porque se julgue a isso obrigada, mas porque é regra a que voluntariamente se submetteu, e que há de manter como norma invariavel de seu procedimento prestar aos desvalidos que buscam o auxilio de seus hospitais os mais desvellados soccorros, o melhor conforto, e á Faculdade de Medicina em beneficio do ensino medico, o seu concurso em tudo que estiver a seu alcance, não prejudicando a regularidade do serviço e boa ordem do Hospital, sua principal incumbencia.”²²

Aqui, mais uma vez, podemos perceber a importância de posturas conciliatórias e a dependência mútua dos atores sociais envolvidos nos debates. Se nos discursos espinhados dos Drs. Nuno de Andrade e Teixeira Brandão parece ter lugar uma grande rivalidade totalmente explícita entre poder médico e poder religioso, nesses trechos podemos perceber

²⁰Ofício do Ministério do Império ao Provedor da Santa Casa do Rio de Janeiro em 16/02/1883, anexo à Acta da Sessão da Mesa e junta da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em 02/04/1883. Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

²¹Parecer da comissão do Hospital da Misericórdia e do Hospício sobre a solicitação do uso de salas pela Faculdade de Medicina, assinado por Agostinho José de Souza Lima em 23/03/1883, anexo à Acta da Sessão da Mesa e junta da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, em 02/04/1883. Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

²²Ofício de resposta do Sr. Provedor da Santa Casa ao Ministério dos Negócios do Império, em 19/02/1883. Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

uma relação bastante mais tênue e sutil. Mesmo pelo lado do discurso médico, parecia existir a consciência, pelo menos por parte dos membros da comissão nomeada para negociar com o Provedor a ocupação das salsas, dessa dependência em relação à Santa Casa. Sendo assim, no ofício que encaminham proposta de acordo ao Provedor, apelam

“para os sentimentos patrióticos e altamente humanitários de V. Ex. na deliberação que a esse respeito houver de tomar. Os abaixo assignados conhecem perfeitamente os serviços meritorios e dignos de exaltação que V. Ex. tem prestado ao Estado e á nossa Faculdade de Medicina e não será quando a nossa Patria reclama mais desenvolvimento no ensino medico que, o Estadista, provecto, de alma grande e generosa, se tornara surdo e inabalavel aos clamores da mocidade brasileira avida de instrucção na pratica da medicina, e que pede para elevar-se á altura de seu destino futuro, afim de corresponder aos intuitos do legislador quando decretou a criação de novas cadeiras de clinica.”²³

Aqui, vemos um discurso bastante elogioso em relação à administração da Santa Casa. Embora os membros da comissão estivessem reivindicando medidas da mesma reforma defendida por Nuno de Andrade, utilizam de um tom bastante arguto e amigável. Na verdade, o próprio médico em questão, antes de ser demitido, quando enviou a primeira carta ao Provedor, foi bastante elogioso, segundo ele, por dirigir-se “a um dos mais nobres servidores do meu paiz”, reconhecendo, inclusive, os esforços do mesmo Visconde de Jaguary para tentar corrigir os erros em vigor. É somente após a sua primeira resposta que os ânimos se afloram e as críticas se tornam mais diretas e pessoais²⁴.

O próprio desfecho do conflito, que teria se dado a partir da atuação de Teixeira Brandão como diretor do serviço sanitário, parece ter sido marcado por alianças aparentemente contraditórias, mas que serviam a essas mudanças sem rupturas. Segundo Manoel Olavo Teixeira, o Dr. Teixeira Brandão era republicano e teria sido nomeado diretor em 1887 pelo provedor, Barão de Cotegipe, conservador. Apesar do conservadorismo antiescravista do barão, o compadrio teria sido a marca da sua relação com o médico republicano, que teria sempre contado com seu apoio (TEIXEIRA, 1998). Sua nomeação e mesmo o objetivo de separar o Hospício da Santa Casa só parecem viáveis a partir desta relação de compadrio, demonstrando como os conflitos e mesmo as oposições podiam ser

²³ Ofício da Comissão nomeada da Faculdade de Medicina ao Provedor da Santa Casa em 01/03/1883 - Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

²⁴ Carta de Nuno de Andrade ao Provedor, Visconde de Jaguary, em 09/04/1882, transcrita no Jornal do Commercio de 07/05/1882. Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

resolvidas através de acordos que permitiam uma certa continuidade, atendendo a parte dos interesses de todos os envolvidos.

Ainda outra questão que merece destaque na análise sobre o controle do hospício, e sobre a forma como este foi visto pelos autores que se debruçaram sobre o tema, diz respeito à particularidade do caso brasileiro. Na visão apresentada por Manoel Olavo Teixeira, quem mais se debruçou sobre a questão do embate ciência X religião, o caso do desenvolvimento da psiquiatria no Brasil seria uma anormalidade em relação à Europa. Para este autor, o modelo do hospício era comparável ao dos Hospitais Gerais da Europa do século XVIII, em parte medicalizados, em parte depósito religioso caritativo (TEIXEIRA, 1998: 239).

No entanto, a análise desenvolvida por Olga Villasante sobre o *Manicomio Nacional de Leganés* na Espanha do século XIX, aponta um debate bastante parecido ao aqui apresentado. A autora destaca uma forte presença religiosa no manicômio, que se dava através da irmãs de caridade e “rectores”, que foram os três primeiros chefes presbíteros do estabelecimento. Neste caso também, a presença destes elementos religiosos teriam dado à instituição um caráter “benéfico-asilar” (VILLASANTE, 2008: 35). Esse paralelo com a administração de um hospício na Espanha serve para relativizar essa peculiaridade, associada a um suposto atraso científico brasileiro, demonstrando um percurso administrativo institucional mais ou menos comum, pelo menos entre Brasil e Espanha.

Até o momento, analisamos a relação dos médicos com a provedoria da Santa Casa, através, principalmente, dos debates travados na imprensa. Em relação às irmãs de caridade, que não participaram diretamente das discussões aqui apresentadas, a análise é mais complicada, uma vez que a convivência era mais cotidiana do que burocrática, deixando, portanto, menos vestígios documentais.

Nos prontuários analisados, não encontramos nenhuma referência às irmãs de caridade, nem mesmo nas admissões e altas, processos em que, segundo essas abordagens, o papel das religiosas seria decisivo. A simples ausência desses atores na documentação pode nos indicar que a interferência destes no cotidiano da instituição pudesse não ser tão decisiva quanto nos apontavam os discursos de Teixeira Brandão e Nuno de Andrade. É claro que a documentação não dá conta de tudo o que acontecia no hospício, mas apresenta importantes dados sobre a entrada e a saída de pacientes, processos que, segundo os médicos citados, eram decididos pelas irmãs e pela administração religiosa da Santa Casa.

Nos registros que levantamos, tanto a admissão quanto a alta dos pacientes eram decisões, senão do próprio médico ou do administrador do hospício, por eles autorizadas. Na maioria dos casos, quando o Provedor recebia o requerimento solicitando a entrada de algum

indivíduo, este era encaminhado ao administrador do hospício, que informava sobre a disponibilidade ou não de vagas. Apenas em alguns casos, em que o encaminhamento era feito por outras províncias, que tinham número mínimo de vagas garantido, ou quando se tratava de admissões não gratuitas, o provedor autorizava a entrada sem consulta prévia. Ainda assim não era em todos os casos.

No entanto, embora o Provedor tivesse realmente alguma autoridade para definir algumas entradas, estava nas mãos do facultativo clínico emitir parecer de observação que determinaria se o indivíduo deveria ou não ser matriculado. Embora a matrícula dependesse da aprovação do médico-diretor, do Mordomo e do próprio Provedor, o registro do clínico, salvo raras exceções, era respeitado e definia se o indivíduo permaneceria no hospício ou não. Esse trâmite parecia ser levado a sério, já que em alguns casos as admissões eram autorizadas ou negadas pelos médicos e sempre corroboradas pelo provedor. Mas, mesmo que se tratasse de mera formalidade, achamos importante destacar que, pelo menos na análise dos prontuários, não podemos notar nenhuma participação efetiva das irmãs nesse tipo de decisão.

Em 22 de outubro de 1880 o cunhado de João G. F., solicitou sua alta por achar-se “em condições de poder viver no seio de sua família, composta de sua may, irmãs e cunhados”. O médico diretor, Gustavo de Moura e Camara, atesta ao provedor que o enfermo a que se refere “soffre de paralytia geral, é incuravel e tranquillo, póde viver inoffensivo no seio de sua família, pelo que acha-se comprehendido no artigo 23 do Regimento que lhe faculta o que requer-se”²⁵. Antes de devolver o requerimento ao Provedor, no entanto, o mordomo, Bithencourt e Camara, ressalta que o indivíduo “não foi admittido a requerimento do Suppte, mas em virtude de requisição do Chefe de Policia [...] Devo além disto notar a discordancia que parece haver entre a opinião do Facultativo Clinico em vista da qual V. Ex. se dignou de ordenar a matricula, e o que hoje informa o Snr. Director do Serviço Sanitario...”²⁶. Apesar da ressalva do mordomo, o provedor atende ao parecer do médico e pede que se consulte o Chefe de Polícia para consultar sobre o destino do alienado. Apesar de autorizada sua alta pelo chefe de polícia, João faleceu antes que sua família o retirasse do hospício.

Desse caso podemos deprender, mais uma vez, que a vontade do médico responsável pelo processo de alta prevaleceu sobre qualquer das esferas administrativas. Aqui, como em nenhum outro caso, as irmãs de caridade não parecem ter participado do processo de alta. Em

²⁵ Arquivo do IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de João G. F. – 1880 – Cx. 028.

²⁶ *Idem.*

nossa pesquisa analisamos todos os prontuários disponíveis entre os anos de 1883 e 1889 e alguns de 1880 e, é em relação a esses, que afirmamos a ausência das irmãs. Então, embora não possamos generalizar a análise, afirmamos que no contexto específico das contendas, já que estas durariam, segundo as análises citadas, até o período Teixeira Brandão, o papel das irmãs parece ser mais limitado do que supunha o Dr. Nuno de Andrade e o próprio Teixeira Brandão.

Com essa análise pretendemos cotejar outros aspectos da relação entre os médicos e a administração religiosa, trazendo à tona um caráter de parceria que pode ter funcionado bem durante bastante tempo. É claro que não sem conflitos de interesses. Nessas disputas o papel do provedor era, muitas vezes, o de tentar conciliar e equilibrar alguns desses interesses em momentos de conflito. Ao responder às acusações de Nuno de Andrade, fazia questão de ressaltar os papéis de cada um dentro do estabelecimento:

“O médico é sem a menor contestação, o único competente para determinar o gênero de trabalho que pôde convir ao alienado e é compatível com suas forças e estado da moléstia; mas o medico não conhece a aptidão artística de cada um dos enfermos, nem esse conhecimento é da sua profissão, ao passo que a irmã superiora, que tem a seu cargo a inspecção das oficinas, lhe será util auxiliar.”²⁷

O provedor, também tinha, ele, seus próprios interesses, em geral relacionados ao compromisso com a Irmandade da Misericórdia e com os valores caritativos que a regiam, fortemente vinculados pela moral cristã. No entanto, o interesse recíproco de um ator em relação ao outro, como já apontamos em outro momento, ditava o empenho pelo equilíbrio das relações e para que, em momentos de mudanças, estas se dessem sem grandes rupturas. Se por um lado reconhecia-se a importância e o papel do médico, buscava-se destacar a importância da presença das irmãs naquele espaço.

Na mesma carta de resposta, o Visconde de Jaguary destacava ainda o erro que era o Dr. Nuno de Andrade querer atribuir suas demandas e reivindicações a toda a história do hospício, demonstrando a gratidão de alguns antecessores às religiosas. Assim, dizia ele:

“o Dr. Manoel José Barbosa, o diretor do serviço sanitario, que por mais tempo occupou este cargo, em seu relatório, de 1870, exprimo-se desta maneira: ‘As irmãs

²⁷ Carta do provedor, Visconde de Jaguary, ao Dr. Nuno de Andrade, 04/05/1882. Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

de caridade continuação na sua difficil e ardua tarefa, sempre com o mesmo zelo, que tive occasião de observar em outros tempos; admiro a coragem de todas ellas”²⁸

Em sequência, o Visconde de Jaguaray citava as palavras do Dr. Ignacio Francisco Goulart que, em 1873, elogiava o trabalho das irmãs, destacando a atuação destas durante a epidemia de febre amarela.

Através dessas análises, sugerimos que o conflito, mesmo sendo um fato totalmente coerente com os debates da década de 1880, não parece ter sido uma questão relevante para a administração do hospício em décadas anteriores, quando o papel das irmãs era bastante reconhecido. Mesmo depois de conflagrado o conflito, nos parece que a resolução do problema não se deu com a vitória absoluta de um grupo sobre outro. Possivelmente, as irmãs ainda se mantiveram, mesmo sob duras críticas, auxiliando o trabalho dos médicos no hospício durante algum tempo, mesmo porque o número de enfermeiros era bastante reduzido. Assim, com o acirramento dos ânimos, novas pressões por parte dos médicos surgiram e foram atendidas, em alguma medida, mas sem romper bruscamente com a ordem anterior.

Não pretendemos aqui negar a existência de conflitos nem negar que um poder pudesse se sobrepor a outros em determinados momentos. Por um lado tentamos analisar a presença de interesses distintos, o que não poderia ser diferente em uma instituição regida por uma ordem religiosa, em um momento de luta por institucionalização de uma camada profissional, que lutava para fortalecer sua identidade e seus papéis. Por outro lado, no entanto, destacamos uma dependência recíproca entre os atores sociais envolvidos no estabelecimento, que fazia com que estes precisassem de acordos e alianças. Esperamos poder ter começado a traçar a teia de interesses e conflitos, a qual será incorporada, ao longo dos próximos capítulos, outros atores.

²⁸ Carta do provedor, Visconde de Jaguaray, ao Dr. Nuno de Andrade, 04/05/1882. Arquivo Nacional. Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84.

Capítulo 2 – Indivíduos e trajetórias (1883-1889)

Em março de 1884, o Sr. João V. R., irmão da Sra. Carolina V. R. R., havia sido encaminhado para Portugal para cuidar de seus “desarranjos intellectuaes”, na Casa de Saúde Lisbonense. Ao longo de sua internação neste estabelecimento, o doente parece ter gozado de boa saúde física e permanecido tranquilo na maior parte do tempo. Entretinha-se com atividades de leitura e escrita, além de admirar as vistas da rua pelas janelas. Se a calma e o bom estado de saúde agradavam os médicos, a “mania de viver concentrado e só para si” não se alterava. Além disso, a resistência aos banhos que “recusa com enfado [...] dizendo que não está doente nem o precisa” era incontornável e, informava o médico, “entendemos todos, os facultativos da casa, que o não devemos obrigar por meio de força”.

Embora o diretor do estabelecimento, Dr. Manoel Pereira de Mira Franco, enviasse informações, frequentemente, e outros conhecidos da família o visitassem, podendo falar-lhe do estado de sua saúde, a mãe de João, com a proximidade do fim do ano de 1885, recomendava ao dito médico que tratasse “de adoçar a infeliz sorte do Snr. R.”. Apesar da saúde do filho e de todo o conforto do estabelecimento, que contava com “jardins e uma quinta de grande extensão”, a mãe parecia insatisfeita com a infelicidade do filho que “não quer passeiar [...] elle é que se ha de lavar e quando quer; se lhe indicam um banho geral, ou outra qualquer cousa, que não seja de sua iniciativa, repelle e agita-se”²⁹.

As despesas do tratamento, que não deviam ser baratas, eram autorizadas pela própria mãe e pagas pelo Sr. Henry Burnay³⁰. O filho parecia estar bastante bem acomodado e recebendo cuidado e atenção dedicados dos médicos do estabelecimento e de conhecidos da família. Entretanto, a não resolução do problema do filho e, provavelmente a distância que os separava, fizeram com que a Sra. Carolina Augusta optasse por trazer o filho de volta ao Brasil.

Já em junho de 1888, a mãe de João V., que já havia passado algum tempo em outra instituição particular no Brasil, decidiu recorrer ao Hospício de Pedro II, solicitando autorização de entrada, como pensionista de segunda classe, do seu filho “affectado de enfermidade mental”. Em 17/09/1888 foram emitidas as ordens para que fosse admitido naquele estabelecimento. Para sua entrada, foram apresentados, como prova da doença

²⁹ AIMNS - Correspondências anexas ao prontuário de João V. R.. 1888. Cx. 033.

³⁰ Segundo acervo digital do Arquivo Nacional Torre do Tombo, Henry Burnay foi um importante comerciante português, nascido em Lisboa, em 1838. Para mais informações, consultar: <http://digitarq.dgarq.gov.pt/details?id=4187671> – Acesso em 06/12/2011.

mental, os informes da Casa de Saúde Lisbonense e, como responsabilidade pelo pagamento, a declaração de fiador do Sr. José L. do Lago.

Treze dias após sua entrada, o Dr. João Carlos Teixeira Brandão emitia parecer de observação do paciente, atribuindo a ele o diagnóstico de “mania chronica, com impulsos homicidas”. Além do diagnóstico, o médico emitiu opinião favorável à matrícula definitiva do alienado, já que estava nas condições exigidas para tal.

Em 06/12/1895, a Sra. Carolina V. R. R., Baronesa, então curadora, já com seus 48 anos, possivelmente pela proximidade dos festejos de fim de ano, solicitou licença de 3 meses para seu irmão. Em março de 1896 a mesma irmã pediu prorrogação da licença por mais um mês e meio. Talvez, para a Baronesa e sua família fosse mais fácil manter e conter o irmão. Membro de uma família bastante influente na Corte do Rio de Janeiro, tendo o cunhado Barão, doutor em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro e deputado pela província do Ceará, além dos sobrinhos também bastante conhecidos na sociedade como diplomatas e magistrados e ainda um como poeta³¹. A facilidade de acesso ao hospício, em caso de não conseguirem conter algum surto, a possibilidade de pessoas para manterem as vistas sobre o enfermo, além do seu estado, que, em geral, parece ter se mantido tranquilo, facilitavam a permanência de João V. com a família.

Embora a mãe do alienado tenha solicitado sua internação no hospício, possivelmente por motivo de morte, ao longo dos primeiros anos de sua estada na instituição, a Sra. Baronesa, sua irmã, foi quem esteve mais presente na vida de João V. e quem se responsabilizou por ele. Em caso da morte do interno, a notícia deveria ser dada à Sra. Baronesa, em sua fazenda na Freguesia do Irajá e não à mãe. No entanto, apesar da preocupação dispensada ao alienado, ele continuou vivendo no hospício por alguns anos, embora tenha se perdido em nossas documentações. Após a morte da Baronesa, em 1901, quem assumiu a curatela de João foi seu sobrinho, Raul F. R. do A., advogado e diplomata. A última notícia que temos é da mudança de fiador em 1904. E João V. lá permaneceu.

A trajetória de João V. R. como alienado é uma das muitas histórias de vida que encontramos nos passeios pelos prontuários do Hospício de Pedro II. O processo da sua entrada, as requisições de licença, os contatos com a família e a atribuição do diagnóstico são alguns dos processos que analisaremos nesse capítulo, tentando contar parte da trajetória desses indivíduos que passaram pela instituição. Apesar de nem a quantidade, nem a qualidade, das informações serem regulares em todos os prontuários, a combinação dos dados

³¹ A genealogia da família da Baronesa foi retirada do sítio do Colégio Brasileiro de Genealogia.

das fichas e dos pedidos e ofícios, que se encontram em anexo, nos permitiram reconstruir parte do perfil e das histórias que passaremos a apresentar e analisar adiante.

Na primeira parte, apresentaremos o perfil geral dos indivíduos que foram admitidos na instituição entre os anos de 1883 e 1889, período em que o Barão de Cotegipe esteve à frente da provedoria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro³². Buscaremos traçar o perfil social de parte da população que se juntou aos já internos nesse período determinado, analisando dados relacionados à condição social, à cor, à origem geográfica de nascimento, ao estado civil e à procedência, ou seja, onde se encontravam antes da internação.

Posteriormente, buscaremos analisar os trâmites burocráticos e as trajetórias institucionais a que os alienados estavam submetidos, desde a decisão pela internação ou transferência de outras instituições, até a alta ou falecimento, perpassando os processos de matrícula e, de alguma forma, a estadia no hospício. Aqui, um dos aspectos mais relevantes será o levantamento das formas de acesso, ou seja, quem eram as instituições ou indivíduos que encaminhavam os alienados para o Hospício de Pedro II. Além disso, buscaremos reconstruir os percursos e negociações relacionados aos processos posteriores a internação, incluindo as licenças.

Por último, trataremos da participação dos familiares como agentes decisivos, não apenas no processo de internação, como ao longo do período em que seus parentes estiveram no hospício. A partir de uma combinação da análise dos dados de entrada com o estudo qualitativo dos documentos anexos aos prontuários, buscaremos destacar o papel desses atores sociais e suas demandas na formulação dos diversos projetos que se desenhavam e eram debatidos acerca do papel da instituição e da própria psiquiatria para o Estado brasileiro.

³² José Mauricio Wanderley, o Barão de Cotegipe, “nasceu em 1815 e faleceu em 1889 no Rio de Janeiro. Advogado, Juiz, Chefe de Polícia, Presidente da Bahia, Deputado, Senador, Ministro 8 vezes, Comendador. Como Ministro foi enviado a República do Prata negociar um tratado de paz que resultou na Tríplice Aliança. Foi Mordomo dos Presos na Provedoria do Visconde de Jaguari. Notável político, banqueiro e financista, saldou dívidas com a doação de seus amigos influentes. Iniciou um período de reformas nos hospitais e educandários. Restaurou a capela, fundou um hospital e o Instituto Pasteur, mudou um asilo. Concluiu as obras do Hospital Nossa Senhora do Socorro, iniciadas por Zacharias de Góes e Vasconcellos.” Santa Casa da Misericórdia – História. Disponível em: <http://www.santacasarj.org.br/#>. Embora o Barão de Cotegipe não tenha assumido a provedoria desde o início de 1883, nem tenha permanecido até fins de 1889, estamos trabalhando com todas as entradas localizadas para esses anos.

2.1 Perfil social dos internos

No ano de 1887, Palucena de P. M., depois de manter em casa, por 14 anos, o filho Henrique, em estado de demência, já tendo sido tratado por mais de oito meses, no ano de 1884, pelo Dr. Carlos Fernandes Eiras, resolveu recorrer ao Hospício de Pedro II. Oriundos de família pobre, residente na freguesia da Lagoa, Palucena começa, em maio, a reunir os documentos necessários para requerer a internação de seu filho como indigente no Hospício, até que em 31 de outubro de 1887 solicita ao provedor da Santa Casa da Misericórdia que seja admitido gratuitamente. No dia 08/11, então, o provedor interino, Barros Barreto, autoriza sua entrada.

Em 30/12/1887, o Dr. José Carlos Teixeira Brandão, responsável pela ala masculina, emite o parecer da observação que, além de atestar o diagnóstico “idiotia e surdo mudo por atrophia cerebral”, requeria a matrícula nos quadros do hospício, ao que o provedor chancela, no último dia do ano, com o “Matricule-se”. Aproximadamente quatro anos depois, em janeiro de 1892, Henrique faleceu de entero-colite.

Henrique de P. M., branco, livre, admitido aos 30 anos na classe dos indigentes, através da solicitação de um parente, era o típico interno admitido no Hospício de Pedro II na década de 1880. Neste capítulo apresentaremos e analisaremos dados e trajetórias dos indivíduos que entraram para o Hospício de Pedro II entre os anos de 1883 e 1889, se juntando a uma enorme massa de alienados, em maioria, brasileiros da Corte, que, em geral, morriam na instituição.

No capítulo anterior, já apresentamos um panorama geral do perfil dos internos que deram entrada no hospício ao longo da segunda metade do século XIX, dialogando com a historiografia sobre o tema. No entanto, naquele momento, nos restringimos apenas à condição social atribuída a esses indivíduos de acordo com os resumos dos prontuários. Aqui, trataremos de apresentar e analisar os diversos dados constantes nos próprios prontuários. Os campos que constavam nessas fichas eram os seguintes: “nome”, “classe”, “filiação”, “côr”, “nação”, “constituição”, “raça”, “naturalidade”, “estatura”, “condição social”, “rezidencia”, “entrada” (data), “idade”, “molestias anteriores”, “saida”, “estado civil”, “causa”, “falecimento”, “profissão”, “temperamento”, “estada”, “diagnostico”, “atestado do Dr.”, “autoridade que remetteu” e “observações”. Em nossa análise lançaremos mão de alguns desses dados, excluindo, em especial, os campos que eram pouco preenchidos como: “filiação”, “constituição”, “raça”, “estatura”, “rezidencia”, “molestias anteriores”, “causa”, “profissão” e “temperamento”.

O campo “classe”, dizia respeito à classificação desses indivíduos dentro da instituição e definia, como já apontamos anteriormente, o regime, tratamento e dieta a que estariam submetidos. Além disso, cada classe representava um custo da internação, afora as despesas de vestuário. Segundo os estatutos do HPII, de 1852, as divisões se dariam entre 1ª, 2ª e 3ª classe. Os internos da 1ª classe teriam direito a quarto separado e tratamento especial, e deveriam pagar 2\$000. Os da 2ª classe teriam direito a se acomodar em quartos para dois alienados e também receberiam tratamento especial, e pagariam 1\$600. Os alienados de 3ª classe ficariam em enfermarias gerais, com a despesa de 1\$000 se fossem livres e \$800 se escravos.

Além da diferença dos aposentos, a classe deveria diferenciar a mobília destes e as dietas. Em relação à alimentação, os pensionistas de 1ª e 2ª classe teriam algumas regalias em relação aos pensionistas de 3ª classe e os indigentes. No jantar, além da carne de vaca tinham a opção do frango, e direito a ervas, saladas, vinho e doces. Na ceia, os indigentes e os pensionistas de 3ª classe não teriam direito ao leite, como os outros. Ainda, algumas variações da dieta poderiam incluir, para as duas classes mais elevadas, peixes e lombo de Minas³³.

Como podemos perceber, estas categorias reproduziam a lógica social hierárquica dentro do estabelecimento. Se por um lado a instituição tinha o papel de atender as camadas mais pobres da sociedade, relacionado aos ideais caritativos da Santa Casa da Misericórdia. Por outro, como primeiro asilo especializado em tratar alienados no Brasil, também recebia uma parcela das camadas mais abastadas. No entanto, para que os indivíduos das elites internassem seus alienados no hospício, fazia-se necessária essa categorização e a separação dessas classes no interior da instituição.

Apesar do destaque dessa classificação e das suas relações com a sociedade hierárquica escravista, esse tipo de diferenciação não era “invenção” brasileira, e parece ter sido um padrão em instituições da mesma natureza neste período. Robert Castel apresenta descrições de Bicêtre e Salpêtrière, estabelecimentos franceses em que Pinel atuou, onde também se diferenciavam as pensões pagas (CASTEL, 1978). No Manicomio Nacional de Leganés, na Espanha, o pagamento também distanciava os pensionistas dos pobres (VILLASANTE, 2008: 37), inclusive diferenciando as vestimentas, que eram livres aos pensionistas, enquanto os pobres deveriam usar uniformes (VILLASANTE, 2008: 58).

A partir do levantamento dos dados de internos ingressos entre 1883 e 1889, identificamos a seguinte distribuição entre as classes no Hospício de Pedro II:

³³ Decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852 – Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo.

Classificação dos admitidos entre 1883 e 1889	
1ª classe	7
2ª classe	12
3ª classe	11
4ª classe	1
armada	2
exército	14
indigente	55
província	32
NC ³⁴	1
Total	135

Fonte: Levantamento dos prontuários disponíveis no acervo do IMNS.

Como podemos perceber, a maioria dos internos que deram entrada ao longo da provedoria do Barão de Cotegipe na Santa Casa da Misericórdia, e que parece ter sido uma tendência geral da instituição, foi de indigentes. As classes pensionistas não contaram com grande número de internos. A mesma tendência predominou entre os internos do Hospital Geral da Santa Casa do Rio de Janeiro, que também admitia doentes pagantes, nos primeiros anos do século XIX, mas estes também representaram uma parcela pequena (MELO, 1997). Essa constatação, em primeiro lugar, nos aponta o papel caritativo, e de assistência aos pobres, da Santa Casa da Misericórdia, enquanto outros segmentos mais abastados da sociedade deviam recorrer prioritariamente a hospitais de outras ordens religiosas, que não eram marcadas pelos mesmos compromissos que a da Misericórdia. No entanto, o aparecimento da quarta classe, que não constava nos primeiros Estatutos do Hospício, e de casos em que vimos uma mudança de classes no interior na instituição, nos direcionam para outros aspectos.

Além do único caso em que a classificação de quarta classe aparece como primeira informação registrada na ficha, encontramos outros dois casos em que o interno parece ter sido transferido da terceira para a quarta classe. Esta nova classificação pode ter surgido como uma forma de manter os internos como pensionistas, mesmo que pagando menos, já que a falta de pagantes parece ter sido uma preocupação para as finanças da instituição. Outra possibilidade é que a 4ª classe tenha sido incluída em regimentos posteriores, já que os valores das diárias também parecem ter sofrido alterações posteriormente.

³⁴ NC = Não consta, ou seja, o campo não foi preenchido.

As classes da armada e exército correspondem a membros das forças armadas e já estavam previstas nos estatutos. Os alienados militares deveriam ser tratados “como pensionistas; regulando-se a classe pelo pagamento, e este pelos vencimentos que lhes competirem quando enfermos, com tanto que não excedão á quota da 1ª classe”³⁵. Apesar dos estatutos destacarem uma diferença no pagamento, de acordo com os vencimentos, nas solicitações para internação desses indivíduos não encontramos nenhuma diferenciação de classe ou de pagamento entre eles. De qualquer forma, é possível que existisse uma reserva de vagas para atendê-los e que o custo com o tratamento dos militares fosse repassado ao Hospício pelos Ministérios. Em 1884, o Administrador do Hospício, Bithencourt e Camara, responde a uma solicitação do Ministério dos Negócios da Guerra, destacando o “espaço destinado aos officiaiz e praças do Exercito”³⁶.

O mesmo tipo de procedimento parecia ocorrer para as internações na classe “província”. Referia-se a pacientes vindos da província do Rio de Janeiro ou de outras do Império. Estes enfermos tinham sua estadia requerida e paga por essas instâncias que tinham um número de vagas determinado no hospício para encaminhar seus alienados. Para enviarem outros pacientes, precisavam esperar que se disponibilizassem vagas, o que, em geral, só acontecia com a morte de algum interno da própria província.

Em relação aos dados de cor e condição social, obtivemos os seguintes registros de entrada:

Cor e condição social dos admitidos entre 1883 e 1889			
branca	86	escravo	1
parda	29	liberto	3
preta	13	livre	62
NC	7	NC	69
Total	135	Total	135

Fonte: Levantamento dos prontuários disponíveis no acervo do IMNS.

O campo “condição social” foi bastante relevante, pelo menos até a abolição da escravidão. Vale destacar que, dos 69 casos em que este campo não foi preenchido, apenas 2 foram anteriores a 1888, o que demonstra a diminuição da relevância desse tipo de classificação, apenas a partir do ano de assinatura da Lei Áurea.

³⁵ Decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852 – Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo.

³⁶ Arquivo IMNS – Requerimento anexo ao prontuário de Francisco M. de C. – 1884. Cx. 032.

Aqui, podemos perceber que a maioria dos indivíduos que foram internados nesse período era de brancos e livres. No entanto, embora já tenhamos relativizado o papel do branco pobre na corte do Rio de Janeiro nesse momento, que podia viver, em muitos casos, em condições próximas as de escravos, precisamos destacar, mais uma vez, a possibilidade da presença de libertos não identificados entre os livres. Em dois, dos três que foram classificados como libertos, o termo foi posteriormente riscado e trocado pelo termo livre. Esta alteração pode apontar uma certa tendência, na década de 1880, de tentar “apagar” a origem escrava. Conforme apontamos, a classificação que diferenciava os escravos ou ex-escravos dos livres era bastante relevante, tendo sido um campo regularmente preenchido nas fichas. No entanto, ainda que com dados bastante superficiais, podemos sugerir uma diminuição, mesmo que tímida, dessa diferenciação, o que tornava, gradualmente, mais difícil a identificação dos indivíduos que viveram a experiência do cativo daqueles que não carregavam consigo essa marca.

No que tange à nacionalidade dos internos entre 1883 e 1889, obtivemos os seguintes dados:

Nação dos admitidos entre 1883 e 1889	
africana	1
brazileira	77
franceza	1
hespanhola	1
italiana	1
portuguesa	11
NC	43
Total	135

Fonte: Levantamento dos prontuários disponíveis no acervo do IMNS.

Percebemos que a maioria dos atendidos pelo Hospício de Pedro II nesses anos era de brasileiros. Entre os estrangeiros recebidos, a maioria era de portugueses. Em relação à naturalidade, embora o campo tenha sido pouco preenchido, a maioria dos identificados nasceu no Rio de Janeiro³⁷.

³⁷ Apesar de o número de internos naturais do Rio de Janeiro ser o maior, vimos que 100, dos 135 casos, não tiveram este campo preenchido. Embora, o Hospício recebesse alienados de todo o Império e estrangeiros, conforme Monique Gonçalves já havia apontado, a maioria de internos era natural do Município da Corte, seguidos dos habitantes da Província do Rio de Janeiro (GONÇALVES, 2010: 39). Levando em conta essa

Abaixo, podemos ver a distribuição detalhada dessas localidades:

Naturalidade dos internos entre 1883 e 1889	
Algarve	1
Bahia	1
Braga	2
Bragança	1
Cabinda	1
Campos	1
Ceará	2
Minas Geraes	2
Parahyba do Norte	1
Paraty	1
Pernambuco	2
Piauí	1
Porto	1
Rio de Janeiro	12
Rio Preto	1
São Paulo	4
Santa Catharina	1
NC	100
Total	135

Fonte: Levantamento dos prontuários disponíveis no acervo do IMNS.

Em relação à idade, o registro dos admitidos entre 1883 e 1889 apontam que a maioria dos que entraram entre 1883 e 1889 era de adultos, na faixa entre 20 e 40 anos de idade, somando quase 45%. O percentual de jovens entre 10 e 20 anos, somou 11 casos e o de crianças até 10 anos, apenas 2 casos. Estes dois únicos casos de crianças se referiam a crianças pardas, uma delas exposta³⁸, e encaminhadas do Hospital Geral da Santa Casa por sofrerem de epilepsia. Os adultos com mais de 50 anos totalizaram apenas 5 casos. O não preenchimento também foi grande neste dado, somando 37 casos.

A prevalência de homens adultos internados como alienados foi recorrente em outras instituições de mesma natureza. Segundo Ricardo de Lorenzo, esse seria também o principal público de alienados internos na Santa Casa de Porto Alegre. Buscando relacionar as internações com o mundo do trabalho, o autor se empenhou em analisar os dados de idade,

prevalência, podemos deduzir que, entre os casos que não foram preenchidos, a maioria também fosse de nascidos no município ou na província do Rio de Janeiro.

³⁸ Crianças expostas eram aquelas deixadas pelos pais para o cuidado caritativo. Desde o século XVIII a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro teria assumido o compromisso sobre essas crianças, dando origem à criação da Casa dos Expostos da cidade do Rio de Janeiro. (MELO, 1997:86)

associando a prevalência de homens em idade produtiva ao ideal de controle social, demonstrando assim, que a preferência das internações era, não só de homens em idade produtiva, mas especialmente os que não tinham profissão ou estavam sem atividade laboral (LORENZO, 2007: 135).

Como não estamos analisando os dados de profissão não podemos corroborar ou negar sua hipótese. No entanto, é importante apontar outras possibilidades mais óbvias como fatores explicativos dessa tendência. Era natural que os alienados em idade adulta pudessem trazer maiores transtornos, sendo mais difíceis de ser contidos e/ou tratados em suas casas do que as crianças e os idosos (já enfraquecidos pela idade). Além disso, a própria hipótese de que os “indesejáveis” pela sociedade, no caso os que não trabalhavam, eram caçados nas ruas, já foi questionada em outros momentos deste texto, e ainda voltaremos a ela mais tarde.

Com relação ao estado civil também temos uma grande quantidade, 69 casos (aproximadamente 51 %) em que este dado não foi preenchido. Dos que temos informação, 37 eram solteiros, 24 casados e 5 viúvos. Aqui, embora haja uma preponderância de indivíduos solteiros, o número não é tão superior ao de casados. A superioridade numérica dos casados e solteiros em relação aos viúvos está diretamente relacionada ao baixo número de idosos internos.

Apontadas as principais características dos internos admitidos ao longo da administração Cotegipe, daremos início à análise das trajetórias desses indivíduos, buscando reconstruir o acesso ao hospício e as burocracias institucionais ao longo de sua permanência, até sua saída.

2.2 Trajetórias institucionais

a) Formas de acesso e requisições de entrada

Da análise dos dados constantes nas fichas de entrada de cada paciente, o que nos chamou mais atenção foram as anotações referentes à “autoridade que remetteu”. Neste campo, além do destaque ao papel do provedor da Santa Casa, de cuja autorização dependiam todas as entradas, podemos compreender as formas de acesso à instituição. Além de quem havia solicitado a internação, podiam constar dados sobre a origem dos indivíduos, quando estivessem sob tutela de alguma outra instituição.

Do levantamento quantitativo dos dados referentes a esse campo, obtivemos a seguinte tabela:

Requerimentos de internação entre 1883 e 1889	
Ilegível	2
Chefe de polícia da Corte	2
Chefe de polícia da Província / Estado do Rio de Janeiro	32
Consul Geral de Portugal	1
Diretor H. N. S. Saúde	1
Administração do Hospital Geral	12
Juízes de Órfãos	2
Ministério da Guerra	14
Ministério da Justiça	5
Ministério da Marinha	2
Ministério do Império	4
Mordomo do Hospício de S. João Baptista da Lagôa	1
Particulares	46
Provedor / interino	2
Administração de outras ordens e irmandades	3
NC	6
Total	135

Fonte: Levantamento dos prontuários disponíveis no acervo do IMNS.

Como podemos perceber, a maior parte das entradas foi requerida por particulares, ou seja, familiares ou outros responsáveis pelos alienados. Em segundo lugar, aparecem as entradas requeridas pelo Chefe de Polícia da Província. Esta constatação nos chamou a atenção por se contrapor ao que parte da historiografia da psiquiatria no Brasil tem apontado e acabou se tornando parte central de nossa pesquisa. Por isso, reservaremos a última parte deste capítulo para a discussão do papel dessas instituições policiais e das famílias nos processos de internação. Neste momento, daremos início à análise das outras formas de ingresso e dos trâmites burocráticos inerentes ao acesso.

Outro percentual que merece destaque é o correspondente às remessas de outras instituições hospitalares como o Hospital Nossa Senhora da Saúde e o Hospital Geral da Santa Casa, com maior número. A partir destes dados, podemos concluir que, embora não tenham sido tão recorrentes, apontam alguma perspectiva de terapêutica especializada no hospício. Da mesma forma, a entrada de outros pacientes vindos do Asylo de Mendicidade, encaminhados pelo Ministério da Justiça, por particulares ou pela Vara de Órfãos, pode, de alguma forma, apontar para alguma perspectiva de tratamento diferenciado do hospício em relação a outras instituições e asilos da Corte. Também os encaminhamentos dos Ministérios da Guerra e da

Marinha, quando, em geral, o indivíduo já estava abrigado em seus próprios hospitais, parecem seguir a mesma perspectiva.

Caso o papel do hospício fosse apenas, ou primordialmente, o de asilamento de parte da população que não se adequava aos padrões previstos pela sociedade, não haveria necessidade da transferência, já que os referidos indivíduos já estariam devidamente enclausurados em outros estabelecimentos. Essa constatação, pelo contrário, nos aponta a importância dos diagnósticos e do tratamento especializado do hospício em comparação com outras instituições, não especializadas. Além disso, demonstram, já que em muitos casos estão relacionadas a solicitações dos próprios hospitais gerais ou dos familiares, a percepção social sobre a ciência psiquiátrica, como instrumental qualificado para o tratamento de moléstias específicas.

Em maio de 1889, o Ministério dos Negócios da Guerra, expede recurso solicitando a transferência do soldado do 27º Batalhão de Infantaria, Francisco F., segundo requisição da Presidência da Província da Parahyba, que se achava no Hospital Militar da Corte. Em agosto, o enfermo foi encaminhado ao hospício, acompanhado de um parecer do Hospital da Corte que afirmava não ser possível tratar naquele hospital “de uma especialidade, que requer também meios especiais de therapeuticas”, por isso, foi “requisitada a sua remoção para o Hospicio de Pedro Segundo”³⁹. Argumentos do mesmo gênero aparecem em algumas outras requisições dos Ministérios da Guerra e da Marinha.

No entanto, apesar do apelo às medidas terapêuticas, não se pode deixar de ressaltar que, neste contexto, a terapêutica incluía o sequestro e a própria contenção do paciente, ou seja, o estabelecimento apropriado deveria ter locais preparados para esse tipo de contenção. Assim, o Dr. Agostinho de Souza Lima, médico responsável pelo atestado que constatava a doença mental de Eugenia L., em abril de 1885, atribuía o diagnóstico de uma das formas de mania e afirmava que o “tratamento reclama incontinenti a sua sequestração da família, para um estabelecimento apropriado”⁴⁰. Da mesma forma, o Dr. Benjamim Antonio de Faria, doutor pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Presidente da Comissão Sanitária do Engenho Novo, em janeiro de 1883, emitia atestado de doença mental à Maria B.. Neste documento, o médico afirma que, apesar de já ter passado por tratamento dirigido por ele mesmo, e, em outro período, em casa de saúde especializada, o estado da doente, desinquieta e oferecendo riscos aos circunstantes, exigia com “toda a urgência encerra-la em

³⁹ Arquivo IMNS - Ofícios anexos ao prontuário de Francisco F. – 1889. Cx. 034.

⁴⁰ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Eugenia L. – 1885. Cx. 032.

um estabelecimento adaptado, onde a par dos recursos therapeuticos, exista meios coercitivos de qualquer atentado [que a alienada pudesse vir a cometer]”⁴¹.

Esses atestados médicos eram parte dos documentos exigidos pelos estatutos de 1852 para os internamentos particulares, e cuja cobrança vigorou até o contexto da década de 1880, pelo menos, ao que se somava, para os casos das entradas gratuitas, os atestados que comprovassem pobreza, emitidos pelo vigário da freguesia e/ou pelo Inspetor de Quarteirão da Freguesia. Para o caso dos pensionistas, em geral, era exigida carta de um fiador que se responsabilizasse pelo pagamento das despesas. Além desses documentos, o processo de internação feito por particulares, tinha início com solicitação escrita, pelo próprio ou não, onde o solicitante deveria “convencer” o Provedor da Santa Casa da Misericórdia da necessidade da vaga, demonstrando a carência de meios para manter o enfermo.

Neste momento, a questão da classe em que o indivíduo se colocaria dentro do hospício fazia toda a diferença no direcionamento do processo. Para a internação como pensionista, o trabalho, em geral, era menos árduo. Apesar de serem exigidos diversos documentos, havia sempre vagas disponíveis. Algumas vezes, para facilitar o processo dos pagantes, em especial os de primeira classe, que além de menos numerosos, retribuíam com uma maior quantia, o recolhimento se dava antes de finalizada a burocracia. Esse foi o caso de Augusto S. P. e de Belisaria C., ambos admitidos em 1888. O primeiro, foi recebido provisoriamente pelo administrador, Bithencourt e Camara, sob ordens do provedor, na mesma data do atestado que alegava doença mental. O parecer do Provedor Barão de Cotegipe, oficializando a admissão, só ocorreu no dia seguinte⁴². O mesmo aconteceu com Belisaria⁴³.

No caso das solicitações para entrada nas classes de indigentes as manobras eram mais complicadas e a exigência dos documentos mais rígida, embora em alguns casos pudesse se aceitar, quando não havia vaga ou faltasse documentos e o doente fosse perigoso, “em depósito”, para depois ser matriculado. Aqui, aparece de maneira bastante clara a preocupação com a internação de um perfil específico de doentes, os perigosos, que pudessem, em liberdade e sem tratamento, oferecer riscos à sociedade. Voltaremos a essa questão mais adiante.

Em outubro de 1880, o pai de Antonio J. P., parece ter armado uma estratégia para superar as dificuldades do acesso e, embora tenha sido desmascarado, conseguiu atingir seus

⁴¹Arquivo IMNS - Atestado anexo ao Prontuário de Maria B. – 1883. Cx. 031.

⁴² Arquivo IMNS - Requerimentos anexos ao prontuário de Augusto S. P. – 1888. Cx. 033.

⁴³ Arquivo IMNS - Requerimentos anexos ao prontuário de Belisaria C. – 1888. Cx. 033.

objetivos, mantendo o filho gratuitamente no hospício. O caso começou em fins de outubro, quando o pai solicitou a entrada de seu filho no Hospício de Pedro II, como pensionista de 2ª classe, ao que o Provedor atende, em 30 de outubro. Já no dia 12 de novembro, entrou com pedido de transferência para a classe dos indigentes, anexando dois atestados de pobreza, um do vigário e outro do Inspetor do Quarteirão da Candelária. Ao seu pedido, encaminhado pela Secretaria da Santa Casa ao hospício, o administrador, Dr. Bithencourt e Camara, responde que a solicitação deveria ser aceita, já que o atestado do Vigário merecia inteira fé, mas ressalta que:

“O Suppte., suppondo que mais facilmente obteria a admissão de seu filho no Hospício, compromettendo-se a pagar a pensão de segunda classe, assim o requereu a V.Ex. juntando uma carta de fiança, no manifesto intuito de pedir, apenas conseguisse a entrada, a passagem do enfermo para o numero dos indigentes. Outra coisa se não pode deprender do procedimento do Supte, attendendo-se a que a admissão de seu filho teve lugar em data mui recente, a 20 do mez p. passado.”⁴⁴

Apesar de este caso estar fora do período a que temos dedicado nossa análise, ajuda a corroborar nosso argumento sobre a dificuldade do acesso ao hospício, demonstrando os esforços de algumas famílias para conseguir uma vaga para seus doentes.

A questão da classificação dentro do hospício não só era fundamental no trato desde a requisição da entrada, como foi assunto de muitos trâmites burocráticos. A recorrência às classes pensionistas era a saída encontrada para muitas famílias que não podiam pagar casas de saúde particulares, mas que, para enviarem os filhos ao Hospício de Pedro II, precisavam que houvesse uma distinção clara das categorias de internos, já que se negariam a colocar seus alienados nas enfermarias comuns. Apesar da afirmação constante das diferenciações sociais, o pagamento do HPII, ainda que mais barato em comparação ao das casas particulares⁴⁵, era alto para a maioria dos internos, cujas famílias, muitas vezes, se viam obrigadas a reduzir a classe de seus filhos, maridos, ou esposas, especialmente quando as esperanças da alta e da cura iam diminuindo.

Em janeiro de 1888, o marido de D. Emiliana O. de S., parda, livre, diagnosticada com “mania chronica” solicitou autorização para admissão da esposa “em commodo de 2ª classe,

⁴⁴ Arquivo IMNS – Requerimento anexo ao prontuário de A. J. de M. P.. 1880. Cx. 028.

⁴⁵ Conforme apontamos, os valores determinados pelos Estatutos do Hospício eram de 2\$000 para a primeira classe, 1\$600 para a segunda e 1\$000 para a terceira. Segundo anúncios, os custos das diárias na Casa de Saúde do Dr. Eiras eram de 10\$000 na primeira classe, 6\$000 na segunda e 3\$000 na terceira (GONÇALVES, 2010: 241). Embora na década de 1880 os valores possivelmente já fossem diferentes dos estabelecidos pelos estatutos, sabemos que até a década de 1890 não tinham ultrapassado esses valores da Casa de Saúde do Dr. Eiras. Ver anexos ao prontuário de Henrique V. - 1888. Cx. 033.

mediante a responsabilidade do supplicante e dos fiadores cuja carta tambem junta”⁴⁶. Em agosto de 1888, a secretaria da Santa Casa registrou a seguinte solicitação, em tom desesperado:

“O marido, residente em Resende, quando solicitou entrada da esposa não requereu a estada gratuita da dita enferma n’aquelle estabelecimento, por se lhe haver affirmado ser a mesma curada em tres ou quatro meses e preferio o recurso de pagamento que se acha cumprido por seus correspondentes Sicterino Alves Netto & Cia, até junho proximo passado.

Não melhorando a enferma porem, e esgotados os recursos do supplicante, veio elle a esta Côrte e em principios de Julho ultimo appresentou n’esta Casa attestados de pobreza, pedindo então estada gratuita p’ra sua doente, a qual ainda lhe não foi concedida.

Assim o supplicante requer a S. Ex. que a doente Emiliana possa continuar no Hospicio de Pedro 2º a ser tratada gratuitamente, ou então, attento o estado precario do mesmo que não póde continuar a mantel-a alli, lhe seja ella entregue, pois lhe dará o destino que puder.”⁴⁷

Diante da solicitação do marido, o Provedor, Barão de Cotegipe, responde que “seja relevado do pagamento, e recebida como indigente”⁴⁸.

O caso de D. Emiliana O. ilustra bem a perda da perspectiva de um tratamento rápido e eficiente. No entanto, o descrédito da perspectiva da cura e a falta de recursos fizeram com que seu marido, talvez por pressão dos fiadores, abrisse mão dos privilégios da classe da esposa⁴⁹. Em outros casos, abrir mão da diferenciação social dentro do hospício não parecia ser uma opção considerada pela família.

A jovem Eugenia L., branca, brasileira, foi internada pelo pai, no HPIL, em abril de 1885, como pensionista de 1ª classe. O responsável pelo pagamento das despesas foi um tio de Eugenia, diretor do “Collegio Frances”, localizado na Rua Visconde do Rio Branco. Já em maio de 1885, o pai, com “receio que seu estado de alienação se prolongue muito tempo, e não tendo infelizmente meios sufficientes para continuar a pagar pensão de 1ª classe por ter numerosa familia a sustentar com sua modestia profissão de Guarda Livros”, pediu que a filha fosse transferida da 1ª para a 2ª classe, o que foi concedido pelo provedor. Em setembro do mesmo ano, o pai, Pedro L., retorna ao hospício, “com a maior afflicção de hum pai que não pode mais recuar este passo humilhante, por falta de recursos”, e solicita que esta passe a ser tratada gratuitamente.

Embora este pedido não tenha resposta do provedor, é possível que tenha sido enviada resposta sinalizando que a mudança no pagamento acarretaria mudança na classe. De qualquer

⁴⁶ Arquivo IMNS - Requerimento de admissão anexo ao prontuário de D. Emiliana O. S. - 1888. Cx. 033.

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ Arquivo IMNS - Solicitações ao provedor anexas ao prontuário de Emiliana O. S. - 1888. Cx. 033.

forma, um mês depois, em outubro de 1885, Pedro faz nova solicitação, afirmando não serem suficientes seus recursos para continuar arcando com a pensão de noventa mil réis e pedindo o “favor de ficar reduzida dita pensão a sessenta mil reis mensaes pa. a classe que occupa actualmente sua filha”⁵⁰. Embora não possamos ter certeza se foi pela falta de autorização anterior do provedor, ou para evitar o declínio de classe da filha, o que acontece é que a solicitação é para que Eugenia pague menos, mas mantenha a classe, ou seja, não seja igualada aos indigentes.

Aparentemente, a família de Eugenia parece ter conseguido preservar a filha na 2ª classe, apesar do pagamento reduzido. Porém, no ano de 1889, com o falecimento do pai, e, talvez, com a perda da perspectiva de cura seguida de alta, as coisas parecem ter mudado de figura e a mãe, Cecília L., se viu obrigada a pedir que se autorizasse a permanência da filha gratuitamente, lembrando das despesas com que já haviam contribuído até então. Embora a burocracia não tenha sido fácil, já que se exigiram atestados de pobreza e documentos que comprovassem ser a menina de família brasileira, todas as exigências foram cumpridas e, apesar de não termos tido acesso à resposta do provedor, o caso parece ter sido resolvido.

Em outros casos, a exigência de manutenção da classe é mais contundente. Em março de 1888, o pai de Joaquim F. B., branco, de 30 anos, apresenta ao provedor pedido de admissão do filho, acompanhado de atestados de que a família contava com poucos recursos. Além dos atestados, constava o seguinte pedido, em nome de Araújo Maia & Irmão:

“por estar soffrendo das faculdades mentaes e [...] com um tratamento adequado poderia recuperar a saúde e tornar-se util.

Entretanto, João [...], **não sendo um indigente** apenas dispondo de pequenos recursos, e pedindo para seu filho o favôr de ser admittido no Hospicio de D. Pedro II, quer manifestar o seu reconhecimento concorrendo até onde puder estender os limites do sacrificio de suas posses, para o patrimonio de tão util instituição qual é a Santa Casa da Misericórdia da Côrte, e autorisa-nos a solicitar o favor da admissão de seu filho, mediante a esportula unica de quantia equivalente a uma Apolice da Divida Publica, de cuja compra estamos autorizados nos termos do pedido. [...] unica dadiva que elle como pai pode offerecer ao pio Estabelecimento que receber em seu seio o filho querido, cujo tratamento até lhe é vedado pelas autoridades medica e policial como mencionam os documentos juntos á petição...”⁵¹ [grifo nosso]

Aqui, aparece, de forma clara, a intenção de diferenciar e distanciar o filho da categoria dos indigentes, desejo que parece ter sido atendido pelo provedor, que pede que se insira a quantia no patrimônio do hospício.

⁵⁰ Arquivo IMNS – Solicitações ao provedor anexas ao prontuário de Eugenia L. – 1885. Cx. 032.

⁵¹ Arquivo IMNS – Solicitações anexas ao prontuário de Joaquim F. B. - 1888. Cx. 033.

Outro caso interessante é o de D. Julia P. de S., esposa do médico Gualberto de S., que, embora classificada em 2ª classe na ficha de internação, os anexos nos permitem concluir que aquele tipo de concessão houvera sido fruto de acordos. Um mês após sua entrada, em julho de 1887, Mario Celso, que, embora não saibamos o grau de parentesco, parecia ser alguém próximo da família, reitera um acordo que parecia ter sido previamente definido com o provedor.

“Entrou já para o Hospício de Pedro 2º a Sra do Snr. Dr. Gualberto [...], mas foi recebida em 3ª classe, conforme requerente.
V Ex., porém, teve a bondade de prometter-me, que em atenção á ser espoza de hum medico, onerado de numerosissima familia, e sem grandes recursos, recommendaria que a considerassem como de classe superior.
Permitta, pois, que lhe avive a lembrança, esperando q desculpará...”⁵²

O pai de Henrique V., brasileiro, branco, que entrou para o hospício em 18/09/1888, solicitou, já em 1891, que se transferisse o filho da 3ª para a 4ª classe, mudando o valor de três para dois mil réis. Um ano depois, em abril de 1892 o pai solicita que o filho retorne a 3ª classe. Assim, percebemos que, embora o hospício acolhesse pessoas de diversas camadas sociais, manter a diferenciação e os privilégios no tratamento era fundamental para as distinções dessas camadas no interior da instituição. Outro aspecto importante, que trataremos mais adiante, no último capítulo, é a influência que as relações sociais tinham nesses pedidos, ou seja, a classe não dependia necessariamente de pagamento material, mas era influenciada pelo status social e pelas relações pessoais dos indivíduos.

b) A matrícula e a permanência no hospício

Resolvidos os trâmites burocráticos da entrada e acomodados os pacientes, estes passavam por um período de observação, que durava, em geral, de 15 a 20 dias, podendo chegar a um mês. Após esse período, os médicos emitiam parecer da observação, no qual apontavam o diagnóstico e se o paciente estava no caso de ser matriculado ou não. Conforme afirmamos anteriormente, para a maioria dos nossos casos os pareceres eram favoráveis à permanência no hospício. Emitido o parecer, este era encaminhado ao Provedor que deveria dar a ordem para a matrícula. Em parte dos casos, antes de ser encaminhado ao Provedor, o parecer era assinado pelo Administrador e/ou diretor do hospício.

⁵² Arquivo IMNS - Solicitação anexada ao atestado de D. Julia P. de S. - 1887. Cx. 032.

Em alguns casos, o médico solicitava a ampliação do período da observação, para que se pudesse afirmar, com maior segurança, o estado do paciente. Apenas em um dos casos analisados, o parecer foi negativo. Em 1884, o Dr. Agostinho de Souza Lima, 18 dias após a entrada de Baptista de A. R., branco, vindo de Niterói e com as despesas pagas pela Província do Rio de Janeiro, emitiu parecer solicitando a renovação do prazo para que pudesse observá-lo por pelo menos mais 15 dias. Em 29 de outubro, mais de um mês depois da solicitação, o mesmo médico apresentou o parecer no qual afirmou que Baptista “não soffre de alienação mental, é um homem [...] achacado de doenças, e cujo tratamento não pertence a este Hospício, convindo por isso a sua remoção para o hospital geral”.

Entre os anos de 1883 e 1885 os pareceres, relativos ao período de observação de pacientes do sexo feminino, foram, em geral, preenchidos pelo Dr. Francisco Claudio Ferraz, e recebiam “de acordo” do Dr. Agostinho de Souza Lima que, além de Diretor do Serviço Sanitário do Hospício, emitia pareceres dos pacientes do sexo masculino. A partir do ano de 1885 quem passa a assinar os pareceres de observação dos homens é o Dr. José Carlos Teixeira Brandão, sob vistoria do Dr. Souza Lima. Já em 1887, o Dr. Teixeira Brandão assume o papel de Souza Lima e passa a agregar a função de vistoriar os pareceres das mulheres, ainda feitos por Francisco Claudio Ferraz, à emissão dos pareceres da ala masculina. Até que, em 1888, o Dr. Pedro Dias Carneiro assume o cargo de facultativo clínico e passa a dividir a tarefa de emitir os pareceres dos homens com o Dr. Teixeira Brandão. Desta forma permaneceu a divisão das tarefas entre os médicos do Hospício de Pedro II até 1889.

Se, através dos pedidos de entrada e dos atestados anexos, podemos ter alguma informação da vida do indivíduo anterior à internação e dos motivos que o levaram ao hospício, temos poucos resquícios das atitudes e comportamentos dos alienados depois que foram internados. As fichas de entrada e os documentos anexos nos apontam muitas informações sobre os percursos institucionais, os processos burocráticos e a intervenção das famílias, mas possuem poucas anotações dos médicos sobre o estado dos pacientes e seu itinerário terapêutico.

Posteriormente ao período de observação, outras informações relevantes que temos são acerca dos pedidos de licença temporária. Alguns pacientes passaram anos na instituição, sem nunca terem saído, sem a família nunca ter solicitado sua alta definitiva ou licença temporária. Adolpho A. da C., brasileiro, branco, de 42 anos, embora tenha sido admitido, em 13/03/1888, como pensionista de 3ª classe e depois ter passado para a 4ª classe, em junho de 1911, quando faleceu, a família não foi localizada para que fosse feito o comunicado. Pelo contrário, a

anotação em sua ficha dizia o seguinte: “A comunicação de fallecimento não pode ser feita visto não ter esta Administração conhecimento da residencia da familia ou de pessoa que se interesse pelo enfermo fallecido que ha mais de tres annos não é visitado.”⁵³

Por outro lado, outros pacientes, apesar de terem passado vários anos no hospício, recebiam licenças regularmente para visitar e passar algum tempo com a família. A jovem Eugenia L., interna pensionista, a quem já nos referimos anteriormente, embora tenha vivido no HP II entre 1885 e 1894 quando faleceu, saiu em 1887 depois que seu pai solicitou licença “para que ella esteja no seio da família sendo lhe conservado o lugar que alli ocupa”⁵⁴. Embora o Dr. Teixeira Brandão tenha autorizado a licença por 6 meses, Eugenia saiu em 01/03 e voltou em 04/06. Apesar de não termos indício do motivo do retorno precoce, podemos imaginar que a família, embora quisesse a presença do parente em casa, não tivesse como manter os cuidados necessários, ou ainda, que em novas crises se recorresse de volta ao hospício.

Outro aspecto interessante da solicitação do pai de Eugenia é o destaque para a manutenção da sua vaga, ou seja, a garantia de que a saída temporária não acarretaria problemas e novas burocracias quando esta precisasse retomar o tratamento. Em outros casos, podemos perceber a mesma preocupação. O irmão do alienado Agostinho J. de S. C. solicitou licença de três meses “visto achar-se muito melhor parecendo não haver mais tal soffrimento que obrigue a estar no Hospicio”. À requisição, o Dr. João Carlos Teixeira Brandão respondeu que o paciente “está actualmente em boas condições de saúde mental. Julgo, portanto, sem inconvenientes a concessão requerida pelo supplicante”⁵⁵. Neste caso, embora o pedido seja feito com base na melhora do interno, o que é requerido é uma licença temporária e não a alta do paciente. Diferente do caso de Eugenia L., Agostinho J. não retorna à instituição depois da licença expirada, até que, em janeiro de 1889, 6 meses depois de ter saído, o Mordomo do hospício encaminha ofício ao Provedor notificando que o paciente não havia retornado. O Barão de Cotegipe responde pedindo que se lhe dê alta, eliminando-o do quadro de internos.

Apesar de o irmão de Agostinho estar convicto do seu bom estado, opinião partilhada pelo médico, ele não pede alta definitiva. A licença garantiria uma “fase de teste” e, caso o irmão apresentasse novos sintomas, poderia devolvê-lo ao estabelecimento sem maiores problemas. Em outros casos, renovavam-se as licenças, buscando, mais uma vez, manter o local reservado, caso quisessem reenviar o alienado. Iria A., interna em 1889 teve sua

⁵³ Arquivo IMNS - Prontuário de Adolpho A. da C. – 1888. Cx. 033.

⁵⁴ Arquivo IMNS - Requerimentos anexos ao prontuário de Eugenia L. - 1885. Cx. 032.

⁵⁵ Arquivo IMNS - Requerimentos anexos ao prontuário de Agostinho J. de S. C. – 1886. Cx. 032.

primeira licença de 3 meses registrada em maio de 1891. Em setembro do mesmo ano a irmã pediu prorrogação por mais 3 meses. Em 28/11, atenta ao fato de que em 04/12 expiraria novamente a licença e “visto ter melhorado consideravelmente dos encommodos que determinaram sua estada no mesmo estabelecimento [...]”⁵⁶ solicita a renovação por mais 3 meses. Em março de 1892 temos o registro de mais um pedido de renovação, agora por mais seis meses. Aqui, mais uma vez, percebemos que, apesar da paciente ter se livrado dos sintomas que justificavam sua internação, existe a preocupação de renovar sempre a licença, afastando o risco da perda da vaga. No entanto, depois de muito tempo o temor de que a doença se manifestasse novamente foi se afastando e em janeiro de 1894 ela foi eliminada por ter expirado o prazo da licença.

Como no caso de Agostinho, encontramos outros 10 em que o não retorno de uma licença representou a alta do paciente. Em 7 outros casos, os indivíduos foram transferidos para outras instituições (um deles para o Hospital Geral e os demais, já no século XX, para as colônias de tratamento psiquiátrico) e 3 fichas não apresentam registro de saída do interno. As formas de saída que contabilizamos estão, assim, de alguma forma, em consonância com o que a historiografia sobre o tema sempre apontou (ENGEL, 2001; GONÇALVES, 2010), tendo como principal forma de saída o falecimento, que contabilizou quase 75 % dos casos. Em exemplos como o do irmão da Santa Casa, José L. G. R., que deu entrada no ano de 1884, o enfermo falecia antes mesmo de ser matriculado, ainda no período de observação. Estes dados de falecimentos, se contrapõem aos registros de alta direta, sem ser através de licenças, que, raríssimos, contabilizaram apenas 14 casos, dos 135. Essa discrepância em geral é relacionada ao recebimento dos incuráveis, que, como apontam os autores, foram sempre um estorvo ao bom funcionamento da instituição (ENGEL, 2001: 249; GONÇALVES, 2010: 43).

No entanto, se a prevalência dos casos de falecimento é consonante com a abordagem recorrente da historiografia, os dados que obtivemos também apontam outras questões interessantes, que acabam contrapondo, mais uma vez, a ideia do hospício como local primordial de isolamento e de internação compulsória. Se somarmos os casos de altas originárias do não retorno de uma licença (10) com os de alta direta (14), temos 24 casos (aproximadamente 18%), dos 135 totais, em que o paciente obteve liberação do processo terapêutico asilar, muitos deles, através de requerimentos das famílias.

⁵⁶ Arquivo IMNS - Requerimentos anexos ao prontuário de Iria A. A. de S. - 1889. Cx. 033.

Mais uma vez, podemos perceber o papel atuante das famílias na administração da internação. Se por um lado as altas não eram ações ativas dos médicos, já que, segundo os estatutos:

“Os alienados não poderão ser despedidos do Hospício antes de obterem hum curativo completo, excepto sendo pensionistas; os quaes poderão obter alta, qualquer que seja o seu estado mental, se assim o requererem as pessoas, que requerêrão a sua admissão, satisfeitas as despesas vencidas.”⁵⁷

Por outro lado, os familiares possuíam uma certa prerrogativa na decisão de continuar ou não o tratamento dos seus alienados, pelo menos quando estes se apresentavam tranquilos e deixavam de oferecer riscos a eles próprios e aos próximos.

Vimos aqui que, mais uma vez, os estatutos e as regras visavam assistir os que precisavam da caridade da Santa Casa, por isso, o atendimento deveria ser garantido e os próprios médicos não poderiam negar ou interromper o tratamento. Já os familiares, ainda que precisassem da autorização da administração e dos próprios médicos responsáveis, quando queriam ter seus filhos de volta, conseguiam sua saída. E lembramos ainda que, muitas vezes, não havia interesse em retirá-los do hospício, justamente por não ter condições de oferecer cuidados em casa.

Aqui, buscamos apresentar e reproduzir as lógicas institucionais e as trajetórias desses indivíduos que entraram no Hospício de Pedro II entre 1883 e 1889. Um aspecto que nos chamou bastante atenção, e que nos demandou certo esforço de análise mais detalhada, embora já tenha sido apontado superficialmente, foi a participação das famílias dos alienados nessas internações, desde o seu requerimento até os pedidos de licenças e altas, nos casos encontrados. Buscaremos agora nos deter a esse aspecto.

2.3 Familiares como agentes

Monique Gonçalves contabilizou, para o ano de 1869, a Polícia da Corte como principal requerente das internações (GONÇALVES, 2010: 52). Lourence Alves, na análise da base de dados com informações dos prontuários do Hospício de Pedro II, disponíveis no Instituto Municipal Nise da Silveira, chega a contabilizar, para a década de 1880, que 48% das entradas eram requeridas por instituições policiais (ALVES, 2010: 83). Ricardo de

⁵⁷ Decreto 1077 de 04 de dezembro de 1852 – Aprova e Manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo.

Lorenzo, em pesquisa sobre alienados recolhidos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, constatou que 244 das 865 internações consideradas, foram remetidas pela polícia. Embora o percentual não seja tão grande quanto o atribuído por Alves, o autor também oferece destaque a essa forma de ingresso.

A partir dessas constatações e das disparidades numéricas em relação aos dados por nós contabilizados, vimos a necessidade de nos deter com mais calma à reconstrução dos percursos de acesso ao HP II, caminho de análise aberto pelo acesso aos anexos dos prontuários, em especial, as solicitações de entrada. Do cruzamento das informações, é possível constatar alguns trâmites burocráticos que merecem destaque.

Reproduzimos aqui, novamente, a tabela das entradas, entre 1883 e 1889:

Requerimentos de internação entre 1883 e 1889	
Ilegível	2
Chefe de polícia da Corte	2
Chefe de polícia da Província / Estado do Rio de Janeiro	32
Consul Geral de Portugal	1
Diretor H. N. S. Saúde	1
Administração do Hospital Geral	12
Juízes de Órfãos	2
Ministério da Guerra	14
Ministério da Justiça	5
Ministério da Marinha	2
Ministério do Império	4
Mordomo do Hospício de S. João Baptista da Lagôa	1
Particulares	46
Provedor / interino	2
Administração de outras ordens e irmandades	3
NC	6
Total	135

Fonte: Levantamento dos prontuários disponíveis no acervo do IMNS.

Em primeiro lugar, percebemos que duas autoridades policiais costumavam encaminhar doentes ao hospício: o Chefe de Polícia da Província e o Chefe de Polícia da Corte. Somadas as solicitações de entrada dos dois, o número parece bastante expressivo, chegando próximo, mesmo que sem ultrapassar, à quantidade de enviados por particulares. Segundo os dados quantitativos, essas duas autoridades teriam sido responsáveis por 34 das internações, enquanto os particulares por 46. No entanto, ao analisar os anexos percebemos que o Chefe de Polícia da Província do Rio de Janeiro era o responsável por encaminhar os

pacientes de fora da Corte. Se levarmos em conta que, dos pacientes da Corte, a maior parte teve sua entrada requerida por parentes ou pessoas próximas, embora a documentação não nos confirme, podemos supor que o mesmo acontecesse nas províncias. Possivelmente, as famílias recorriam ao Chefe de Polícia, que administrava, de acordo com as vagas disponíveis, o envio desses alienados ao Hospício de Pedro II, na Corte.

Nas análises de Alves e Lorenzo as considerações acerca do papel da polícia no envio de alienados para os hospitais são diretamente relacionadas à tese da psiquiatria como instrumento científico para o controle social das camadas mais pobres. Nessas abordagens, a psiquiatria como ferramenta/discurso, aliada às demais esferas de controle da sociedade, fazia com que os alienados, especialmente os das camadas mais pobres ou, mais especificamente, os sem trabalho (LORENZO, 2007: 126), fossem perseguidos nas ruas, sendo, posteriormente, encerrados nos hospitais. Ambos os autores tratam a categoria “polícia” ou “instituições policiais” genericamente, aliando esses dados ao patrulhamento das ruas e a busca por desviantes. Ricardo de Lorenzo chegou a constatar que mais da metade dos que eram encaminhados pelo Chefe de Polícia da Província (57%) eram originários do interior (LORENZO, 2007:118). Se pudermos inferir uma burocracia parecida com a da Província do Rio de Janeiro, poderemos sugerir que, também em Porto Alegre, nem todos os encaminhamentos pela polícia estivessem associados ao patrulhamento das ruas, mas sim ao papel das instituições policiais como intermediárias na transferência desses pacientes.

Quando percebemos o papel da Polícia da Província como burocraticamente responsável por essas transferências da província originária ao hospício na Corte, o papel exercido pela polícia na caça aos alienados, merece ser relativizado. Por outro lado, o papel das famílias, que ainda abordaremos mais adiante, passa a ser fundamental na análise do controle das sociedades em fins do século XIX.

Ainda outra constatação sobre os procedimentos burocráticos merece destaque para essa análise. Ao longo do período analisado, após a solicitação de internação, os internos entravam na instituição e passavam por um período de observação. Apenas após esse período, que durava aproximadamente 15 dias para a maioria dos casos, o interno, a partir de requisição do médico e autorização do Provedor da Santa Casa, era definitivamente matriculado. Em nossa análise percebemos que, para praticamente todos os casos que temos, os pacientes foram matriculados, o que nos leva a supor que apenas os matriculados tinham prontuários preenchidos⁵⁸.

⁵⁸ O único caso em que não se confirmou a internação ocorreu em 1884 e se refere a Baptista de A. R., que, após a renovação do prazo de observação por mais 15 dias, teve parecer emitido pelo Dr. Agostinho Souza, que

Apontada essa característica da documentação, cabe destacar a possibilidade de muitos outros indivíduos terem passado pela instituição, onde ficavam por curtos períodos e recebiam alta. Embora não tenhamos como afirmar, através da análise dos prontuários, supomos que dentre esses casos podia figurar um perfil de indivíduo que se enquadraria no ideal apresentado por esses autores: o alcoólatra sem trabalho que vagava pelas ruas e era levado pela polícia ao hospício, por exemplo. A presença desses atores sociais, que embora possam ter passado pela instituição, parecem não terem sido os “habitantes” permanentes dela, pode ter “engrossado” os números das análises de Ricardo de Lorenzo, que trabalhou com documentos da Santa Casa que podiam registrar essas passagens periódicas, e de Monique Gonçalves, que analisou dados oficiais, os quais ainda não sabemos se registravam ou não esse tipo de “interno temporário”.

Se, por um lado, o papel das internações solicitadas por instituições policiais passa a ser relativizado, por outro, a ação das famílias na requisição das entradas ganha destaque, representando 34% dos casos, sem contar a possibilidade da participação destas na internação de indivíduos que vinham de outras províncias, sobre os quais não temos tal informação. Além da análise quantitativa, expressa nos números das tabelas, foi possível empreender uma investigação qualitativa dessa participação. Ao longo deste capítulo já apontamos algumas características da relação das famílias com o hospício ao longo da estadia de seus doentes. A partir de agora, centrados nas solicitações de entrada, buscaremos analisar as motivações que levaram esses indivíduos a recorrerem ao hospital psiquiátrico para tratar seus enfermos.

Se nos surpreenderam os números de requisições feitas pelas famílias, mais surpreendentes ainda foram as constatações das burocracias e dos documentos exigidos para a internação feita por particulares. Conforme já descrevemos nos casos aqui tratados, o processo para conseguir uma vaga, em especial no caso dos indigentes, não era simples. A percepção do tempo e do trabalho que uma família precisava despender para recolher a documentação exigida e receber finalmente a autorização para a admissão, nos levou a conclusão de que não podia se tratar de uma decisão repentina, possivelmente em casos de acessos e surtos ocasionados pelas doenças. Provavelmente fruto de diversos dilemas pessoais e entre membros das famílias, a internação de um enfermo no hospício aparece sempre como uma decisão amadurecida, programada e previamente negociada entre os interessados.

Da análise das solicitações que eram direcionadas ao provedor para solicitar a vaga, podemos identificar dois fatores que parecem ter sido relevantes nas decisões pela internação.

recomendou remoção para o Hospital Geral, já que, apesar de muito doente, o tratamento não pertencia ao hospício. AIMNS – Parecer de observação anexo ao prontuário de Baptista de A. R. – 1884. Cx. 032.

Em primeiro lugar, como já destacamos em outras partes do texto, aparece a expectativa de cura, ou pelo menos de tratamento, da instituição. Em segundo lugar, talvez com maior relevância que a primeira, aparece o perigo que representava o enfermo mental, identificado no medo das agressões e dos danos que poderia causar a si mesmo e aos que o circulavam, apontando uma determinada ideia socialmente aceita acerca do perfil de alienado que deveria ser internado, o louco perigoso.

O Dr. Benjamim Antonio de R. Faria, ao atestar a doença mental de Maria B., no documento que a sua irmã apresentou ao HPII para requerer sua entrada, descrevia:

“está há seis mezes completamente louca, tendo até hoje sido improficuas todos os cuidados e meios empregados em seu tratamento quer dirigido por mim quer por espaço de cinco mezes em uma casa de saúde propria para o tratamento destas afecções. A doente está constantemente desinquieta, tentando ora incendiar a casa ora ferir os circuntantes de modo que é de toda a urgência encerra-la em um estabelecimento adaptado, onde a par dos recursos therapeuticos, exista meios coercitivos de qualquer attentado.”⁵⁹

Neste caso, é possível apreender os dois motivos como legitimadores da internação, embora a perspectiva terapêutica esteja subordinada à questão do perigo que o alienado poderia oferecer. Assim, embora se apele aos “recursos therapeuticos”, a maior preocupação é com os “meios coercitivos de qualquer atentado” que a instituição poderia oferecer.

O mesmo sentimento apareceu expresso no atestado de José Maria da V. J., interno em outubro de 1884, em que o Dr. Manoel Martins de Azevedo, doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que atribuía a necessidade do tratamento em um estabelecimento como o hospício ao fato de poder “ser sequestrado, de modo a evitar qualquer impulsão contra as pessoas que o cercão ou contra si mesmo”⁶⁰. No caso de Eugenia L., a quem já nos referimos anteriormente, o argumento do Dr. Agostinho de Souza Lima era que o “tratamento reclama incontinenti a sua sequestração da familia, para um estabelecimento apropriado”⁶¹. Em agosto de 1886, o Dr. Alfredo Guimarães, doutor em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e efetivo do Hospital do Carmo da Corte, atestava que Maria M. N. estava “soffrendo de alienação mental com accessos fortissimos que exigem que o seu tratamento seja feito em um estabelecimento apropriado”⁶².

⁵⁹ Arquivo IMNS - Atestado médico anexo ao prontuário de Maria B. -1883. Cx. 031.

⁶⁰ Arquivo IMNS - Atestado médico anexo ao prontuário de José Maria da V. J. - 1884. Cx. 032.

⁶¹ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Eugenia L. - 1885. Cx. 032.

⁶² Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Maria Magdalena N. - 1886. Cx. 032.

O Dr. Prudencio Brandão, cirurgião da Armada Brasileira, atestava sobre Candido F. R. que este:

“acha-se soffrendo de delirio de perseguição com accessos de extrosperação [?], pondo assim em grave risco a integridade e paz da familia: Em virtude do exposto, principalmente, e de tôda a necessidade de reclusão d’este doente em um estabelecimento de alienados, onde, por certo, ao abrigo de tôdos os recursos, em breve se restabelecerá.”⁶³

Até aqui as reivindicações destacadas foram feitas pelos próprios médicos que emitiram atestado da doença e que, em alguns casos, acompanhavam os pacientes há algum tempo. Em outros, o médico apenas atendia à solicitação de preencher o atestado, sem fazer comentários mais extensos ou detalhados. Outras vezes, era a própria família que apelava às mesmas justificativas, em seus requerimentos de entrada, para conseguir a vaga.

A mãe de Anna P., branca e livre, em novembro de 1887, descreveu que a filha “soffrendo de alienação mental e sendo impossivel medical-a em casa de sua residencia visto não poder usar de meios para conter a paciente na ocasião dos accessos de loucura”⁶⁴, solicitava sua admissão no Hospício de Pedro II. A D. Palucena de P. M., mãe de Henrique, branco e livre, também se preocupava porque seu filho apresentava-se “ultimamente muito agitado, a ponto de se tornar perigoso”⁶⁵ e solicitava sua entrada para o hospício. Da mesma forma, D. Amália e Sr. Tinoco, pais do louco João Maria de A. T., cujo documento anexo do subdelegado atestava extrema pobreza, apelavam ao hospício por “não ter meios para tratá-lo”⁶⁶.

No caso de Joaquim F. B., branco e indigente, o pai, ao solicitar internação, afirmava ser “perigosa a sua permanencia no meio de sua numerosa familia, correndo tambem grande risco a visinhança pela impossibilidade que tem do supplicante conte-la em seus accessos furiosos, que poderão occasionar victimas”⁶⁷. Como o caso de Joaquim, que já vimos em outro momento, era bastante delicado já que, apesar de não poder pagar as despesas, a família não aceitava ser considerada indigente e ofereceu o pagamento único de uma apólice da dívida pública, foi necessário ainda outro documento, de Araújo Maia & Irmão, fiadores do

⁶³ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Candido F. R. - 1888. Cx. 033.

⁶⁴ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de Anna P. - 1887. Cx. 032

⁶⁵ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de Henrique P. de M. - 1887. Cx. 032.

⁶⁶ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de João Maria de A. T. - 1887. Cx. 032.

⁶⁷ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de Joaquim F. B. - 1888. Cx. 033.

pai. Neste documento, aparecia uma descrição ainda mais detalhada do papel que o hospício poderia ter para aquela família:

“por estar soffrendo das faculdades mentaes e portanto impossivel o tratamento em casa da familia, junto á qual é perigoso permanecer; não só por perturbar a tranquillidade como por difficultar o trabalho cada dia mais penoso na lavoura, principalmente para um ancião sobrecarregado de familia para cuja manutenção dispõe do pequeno recurso de seu trabalho diário; é igualmente perigoso para o próprio doente continuar com a familia porque com um tratamento adequado poderia recuperar a saúde e tornar-se util.”⁶⁸

Este último caso é bastante interessante porque, aliado aos argumentos da agressividade e da cura, aparece a questão da produtividade e do trabalho. O pai, já ancião, dependia da ajuda do filho e o hospício aparecia como única alternativa para resolver seus problemas.

Da análise quantitativa e qualitativa do papel das famílias, através das suas solicitações e dos argumentos utilizados para conseguir a vaga no hospício, é possível perceber o uso que faziam da instituição. Através das suas demandas, os doentes, principalmente através dos familiares, participavam ativamente da formulação e reformulação dos projetos de hospício. Andrés Molina, analisando a importância dos loucos como atores sociais para a historiografia, demonstra como os internos faziam uso do manicômio de acordo com seus interesses, questionando a ideia deste como um local que anula completamente os indivíduos (MOLINA, 2009: 92). Embora não tenhamos podido encontrar a voz dos internos em si, esse papel parece ter sido bem desenvolvido pelos seus familiares.

Através dos argumentos aqui apresentados e da importância atribuída por esses indivíduos à instituição, no sentido de cuidar e conter seus filhos, maridos e esposas, podemos perceber o papel ativo desempenhado pelas famílias na construção do Hospício de Pedro II. Como vimos apresentando até o momento, os projetos institucionais e da própria psiquiatria não podem ser analisados sem levar em conta os diversos interesses, demandas e expectativas que ali estiveram envolvidos.

A diversidade de interesses e expectativas era fruto, muitas vezes, de discordâncias e certos conflitos. No caso de José Antonio de A. A. as várias opiniões se expressaram em uma das licenças requeridas pela mãe que, em janeiro de 1889, pedia que, já que achava-se “quase restabelecido” se concedesse licença de 3 meses. O Dr. João Carlos respondia à requisição, dizendo que, “não é exato o que alega a Supplicante, o enfermo [...] não pode achar-se quasi restabelecido porque soffre de molestia incurável. Entretanto, não ha inconveniente em

⁶⁸ Arquivo IMNS - Requerimentos anexos ao prontuário de Joaquim F. B. - 1888. Cx. 033.

permitted-se sua retirada deste estabelecimento visto ser elle inofensivo”⁶⁹. Sobre o parecer do Dr. João Carlos, o administrador do hospício, acrescentava: “O enfermo em questão é indigente; aqui deu entrada pela segunda vez em Dezembro de 1884 e tem tido várias licenças.” Apesar das várias ponderações, o provedor, Barão de Cotegipe, concedeu licença.

Nesse caso, o incômodo com relação aos diversos pedidos de licença por parte do administrador era agravado pelo fato de ser o interno indigente, porque em relação aos pagantes os estatutos eram mais claros:

“Os alienados não poderão ser despedidos do Hospicio antes de obterem hum curativo completo, excepto sendo pensionistas; os quaes poderão obter alta, qualquer que seja o seu estado mental, se assim o requererem as pessoas, que requererão a sua admissão, satisfeitas as despesas vencidas.”⁷⁰

Já com relação às internações gratuitas, embora a saída fosse vedada sem a cura, as licenças eram bastante recorrentes. No entanto, nesse caso, o direito às saídas temporárias, requeridas pelas famílias, foi considerado extrapolado pelo administrador do hospício. Bithencourt e Camara ainda faz menção ao fato de ter entrado pela segunda vez, ou seja, provavelmente a mãe do alienado costumava requerer licenças ou altas e depois, em novos surtos, recorrer novamente ao estabelecimento. Apesar dessa atitude, que parece ter irritado a administração, o provedor manteve a postura comum aos casos em que o médico afirmava não haver inconveniente na licença, autorizou a saída.

Aqui, podemos perceber os diversos interesses envolvidos na questão. Se, por um lado, a mãe recorria à instituição apenas quando manter o filho em casa se tornava inviável, por outro, o médico se preocupava com as categorias próprias ao seu ofício, estabelecendo os limites da condição do alienado. Embora ele destaque o equívoco da mãe em considerar a possibilidade de reestabelecimento do filho, leva em conta o fato de ser um paciente inofensivo para permitir sua saída temporária.

Com a apresentação desses casos e da atuação dos familiares, buscamos apresentar um novo olhar sobre o HPII, a partir da visão de outros atores que, quantitativa e qualitativamente, percebemos terem desempenhado uma função mais importante do que tem se atribuído até o momento. A partir desse novo viés, é possível relativizar a questão do controle social da forma como foi apresentada, até o momento, por grande parte da

⁶⁹ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de José Antonio de A. A. - 1884. Cx. 032.

⁷⁰ Decreto 1.077, de 4 de dezembro de 1852 – Approva e manda executar os Estatutos do Hospicio de Pedro Segundo.

historiografia da psiquiatria no Brasil. Se existia uma perspectiva de controle dos indivíduos que não se adequavam a ordem estabelecida, especialmente a partir das tentativas de controle das populações urbanas, essa perspectiva não se manifestava, pelo menos não nesse momento, de forma vertical. Não se tratava de uma manifestação unilateral dos médicos contra a população, mas era pouco a pouco, assimilada por seus habitantes, que passavam a enxergar o hospício como um instrumento para minorar seus sofrimentos e dos seus parentes alienados.

Nesse sentido que estamos apontando, as abordagens de Rafael Huertas e Robert Nye, retomando criticamente os conceitos de controle social e medicalização da sociedade, indo de encontro à forma como estes foram apropriados por vários intérpretes de Foucault, contribuíram bastante para a análise. Rafael Huertas destacou a persuasão e a subjetivação da norma como formas decisivas para o controle social (HUERTAS, 2009: 40). Assim, abre-se espaço para analisar esse controle como uma construção conjunta, mediada por diversos interesses e negociada pelos atores sociais envolvidos. Em nosso caso, fica demonstrado que as famílias partilhavam parte dos ideais que haviam embasado a criação do hospício e o desenvolvimento da psiquiatria no Brasil, além de intervir nesses projetos com suas próprias demandas, atribuindo à instituição novos usos e papéis.

Em relação ao conceito de medicalização da sociedade, sempre em consonância com as abordagens do controle social, a proposta de Robert Nye em que a medicalização é vista de forma mais difusa, como um processo em que os preceitos médicos são incorporados pela própria sociedade, também ganha relevância. Se antes esses indivíduos eram vistos como vítimas, sujeitos passivos de um projeto vertical de controle, nessas interpretações, que corroboramos com nosso trabalho, aparecem como sujeitos ativos dos processos.

Ainda em 1987, Michael Ignatieff havia proposto uma análise crítica das “instituições totais”⁷¹, outro conceito fundamental para análises estruturais relacionadas ao modelo de controle social, especialmente a clássica abordagem de Robert Castel (CASTEL, 1978). Ignatieff destacou a importância de instituições dessa natureza na reprodução da ordem social do mundo além de suas paredes (IGNATIEFF, 1987:188). Nesse sentido, o autor sugere a abordagem do ponto de vista de quem estava de fora, ou seja, dos que eram atendidos por essas instituições.

⁷¹ Segundo Ignatieff, “instituições totais” seriam todas aquelas em que “a autoridade procura uma ‘total’ regulamentação da vida diária de seus habitantes (IGNATIEFF, 1987:185). Nesse sentido, estariam incluídos os asilos ou hospitais psiquiátricos.

Na agenda proposta por Ignatieff, as comunidades ou familiares devem ser entendidas como lugares de regras implicitamente determinadas, com a preocupação de reproduzir uma certa ordem moral. Sobre a institucionalização do pobre demente no século XIX, afirma:

“O processo pelo qual as pessoas são primeiramente definidas, estigmatizadas e marginalizadas como loucas sempre deve começar ou no lar, ou no trabalho, e desde que a grande maioria de lunáticos era pobre, deve-se começar com a família da classe trabalhadora”. (IGNATIEFF, 1987:191)

Apesar de, como apontaremos mais adiante, o caso brasileiro ser marcado por diversas particularidades, relacionadas ao patrimonialismo e as redes de solidariedade que predominavam no acesso ao hospício, o que ampliava o público para além das fronteiras das classes trabalhadoras, a percepção das famílias como colaboradoras nessa ordem de marginalização da loucura é fundamental. O autor aponta ainda outra questão fundamental para compreendermos a maneira como as famílias passam a recorrer ao hospício. Não se trata apenas de uma imposição da ciência sobre a sociedade, mas a própria oferta de uma instituição onde as famílias pudessem colocar os que não tinha condições de cuidar, criou a demanda cada vez maior por esses espaços (IGNATIEFF, 1987: 191).

Desta forma, não pretendemos negar que houvesse, nesse momento, em fins do século XIX, um ideal de controle social e de padronização dos indivíduos que começa a enxergar na diferença e na doença mental um problema para essas sociedades. No entanto, trata-se de problematizar o papel dos atores sociais envolvidos na questão da loucura, trazendo à tona seus anseios e interesses. O hospício, que até agora foi visto como local de controle e dominação e como responsável pelo encarceramento da população de desviantes, era também uma saída importante para muitas famílias, que não tinham condições ou não queriam manter seus alienados em casa, ou mesmo, que acreditavam poder a instituição devolver as condições de vida exigidas pelo padrão social de então.

A proporção de famílias que recorreram ao estabelecimento demonstra como uma certa visão positiva, ou pelo menos utilitária, do estabelecimento, fosse pelos ideais de cura ou pela necessidade de contenção da fúria desses alienados, estava presente e se incrustava cada vez mais na sociedade brasileira.

Análises críticas dos conceitos relacionados ao controle social, como as construídas por Robert Nye, Rafael Huertas e pelo próprio Ignatieff, nos ajudaram a implementar uma nova abordagem sobre essas instituições, em contraposição as análises que foram recorrentes

ao longo das décadas de 1980, 1990, e que ainda estão presentes em algumas mais recentes. Segundo a crítica de Ignatieff:

“Todos os usos do termo ‘controle social’ estabelecem uma semelhante suposição e, conseqüentemente, todos negligenciam o papel crucial que as classes dependentes e dominadas desempenham nas suas próprias sujeições, mas também, e mais crucialmente, na criação de novas formas de poder de Estado para satisfazer às suas exigências”. (IGNATIEFF, 1987: 192)

Se nossos números não podem nos dizer tudo o que gostaríamos, mesmo porque não podemos ter a noção exata da proporção que nossos prontuários desempenharam no universo total dos que passaram pelo hospício, demonstram, ao menos, uma outra visão, uma outra face da moeda. Ainda que se possa demonstrar, no futuro, que esses números não eram tão elevados como supomos, ou que se possa desvendar o que aqui chamamos de “internos temporários”, os que entravam, mas não eram matriculados e que, talvez fossem levados pelo patrulhamento da polícia, o papel dessas internações requeridas por particulares não deverá mais ser negligenciado.

A contribuição que esperamos ter tido nos debates acerca do controle social na sociedade de fins do século XIX e do papel desempenhado pela ciência psiquiátrica, é a constatação da participação das famílias, como representantes da sociedade “de fora” do hospício, nesse processo. Visamos assim, inverter a lógica da análise, trazendo para o foco do debate a visão e as reapropriações da ciência que eram formuladas pela população, o que desconstrói a visão de uma psiquiatria que poderia exercer um controle vertical e unilateral sobre a população. Aqui, percebemos que os diversos atores sociais envolvidos no processo tiveram seu papel na ordem que se estabelecia, cada um imprimindo suas demandas ao projeto de hospício que vigoraria, não sem debates e nem de forma definitiva, em fins do XIX e início do XX.

Capítulo 3 - O Hospício de Pedro II, a Irmandade da Misericórdia e a lógica de favores do Império

Até aqui apresentamos diversas abordagens sobre o Hospício de Pedro II e a psiquiatria no Brasil. Em geral, os autores analisaram a instituição, ou de maneira isolada, ou atrelada a interesses sociais e/ou estatais maiores. No entanto, ao longo de nosso trabalho, percebemos, no cotidiano do estabelecimento, diversas dinâmicas que não poderiam ser explicadas de maneira isolada ou pela simples imposição de controle do Estado. Dentre elas, a participação ativa das famílias nos processos de internação, apresentada no capítulo anterior, foi a mais relevante para nosso trabalho. Diante de constatações dessa natureza, e a partir de uma nova literatura sobre as relações clientelistas e a lógica caritativa da Santa Casa da Misericórdia, pudemos empreender uma análise que desse conta da forma como o entrecruzamento dos interesses e demandas dos diversos atores sociais, envolvidos nessas diferentes esferas administrativas, se relacionavam.

A própria vinculação à administração da Santa Casa da Misericórdia e à lógica da irmandade, apesar de descrita e apontada por todos os autores, sempre nos pareceu pouco explorada. Desde as abordagens mais clássicas, a relação entre o HPPII e a Santa Casa foi destacada, em especial, a partir da análise dos conflitos da década de 1880 entre poder médico e poder religioso, em que a irmandade apareceu sempre como entrave ao poder requerido pelos médicos (MACHADO, 1978; TEIXEIRA, 1998; ENGEL, 2001). No caso de Manoel Olavo Teixeira, a Santa Casa e o seu projeto caritativo teria sido o grande entrave ao triunfo do projeto científico para o hospício. Dessas abordagens é possível apreender a presença de dois projetos em disputa, mas estes são vistos como opostos e, assim, a vitória de um só é possível em detrimento do outro.

Aqui, buscaremos analisar como as diferentes demandas e projetos se relacionavam, baseados em uma lógica própria da sociedade imperial, sendo sempre permeadas pelas relações pessoais que se construía. Nesse jogo complexo de interesses, tentaremos abordar o papel e os deveres de cada uma dessas esferas e a forma como essa lógica clientelar, baseada na troca de favores, e os pressupostos caritativos da Irmandade da Misericórdia permearam as relações institucionais e, em especial, as estratégias de acesso ao Hospício de Pedro II.

3.1 A lógica social do Império

Dentre os autores que marcaram o pensamento social brasileiro, buscando analisar as raízes e os traços marcantes da sociedade brasileira, Sérgio Buarque de Holanda, sugeriu como chave interpretativa, a ideia do “homem cordial”. O homem cordial brasileiro não estaria, segundo ele, relacionado à bondade, mas à determinação que sentimentos do coração exerceriam sobre suas ações e relações, incluindo tanto sentimentos positivos quanto negativos. Relacionada a essa cordialidade, se daria nossa formação social patrimonialista, na qual aspectos, sentimentos e relações da ordem privada imperariam sobre a esfera pública, definindo as relações sociais (BUARQUE DE HOLANDA, 1992).

Segundo sua análise, o processo de transformação da sociedade, principalmente com a urbanização, teria trazido em si a tradição da família patriarcal, que se traduziria na falta de compreensão das diferenças entre o público e o privado. O autor destaca, então, que nossa história teria sido marcada pelo “predomínio constante das vontades particulares”, embargando a formação de uma “ordenação impessoal” (BUARQUE DE HOLANDA, 1992: 106). Para Buarque de Holanda esse “fundo emotivo”, cordial, teria sido a base das relações sociais ao longo de nossa história e teria marcado nossa sociedade até o momento de sua escrita, na primeira metade do século XX.

Com diferenças nas formas como atestavam diagnósticos e previam prognósticos de nossa sociedade, com diferentes abrangências geográficas e temporais e mais, ou menos, deterministas, diversos outros intelectuais têm se dedicado à análise da nossa formação social. A questão da cordialidade, ou da prevalência da ordem privada sobre a pública, permeou grande parte do debate sobre nossa sociedade, incluindo-se, assim, principalmente nas análises centradas na virada do século XIX para o XX, o fenômeno do clientelismo e da formação da dependência de indivíduos supostamente livres⁷².

Ivan Vellasco apresentou os diferentes modelos interpretativos que traçaram um certo panorama do atraso de nossa sociedade a partir da prevalência da ordem privada sobre a pública, do clientelismo e da lógica da dependência entre os indivíduos. No entanto, o autor apresenta uma série de críticas a modelos clássicos como os de Caio Prado Junior, Oliveira Viana e Roberto da Matta, além de apresentar uma nova proposta interpretativa que corroboramos em nossa análise sobre o Hospício de Pedro II.

⁷² Para uma análise crítica desses debates ver: VELLASCO, Ivan de A. Clientelismo, ordem privada e Estado no Brasil oitocentista: notas para um debate. In: CARVALHO, José M. e NEVES, Lúcia M. Repensando o Brasil do Oitocentos: Cidadania, política e liberdade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 71-100.

Dos diversos aspectos presentes nas análises apresentadas por Vellasco, duas características específicas nos levaram a discordar da maneira como os fenômenos sociais acima descritos foram abordados por parte desses autores. Em primeiro lugar, aparece o determinismo, ou seja, a forma como o clientelismo, o patrimonialismo e a “lógica de favores” são acionados como ferramenta explicativa do nosso atraso político, econômico e social. Nesse caso, a análise de Roberto DaMatta sobre o “jeitinho brasileiro”, e uma certa tendência à corrupção e incompatibilidade com a modernidade, é emblemática. Nesse caso, a análise histórica ou o nosso processo de formação social é tratado em uma linha contínua, de certa forma, justificando o atraso do país até fins do século passado.

Outro traço marcante em algumas abordagens, como as de Oliveira Viana e Maria Sylvia de Carvalho Franco, seria uma certa rigidez nas relações de dependência das camadas pobres em relação ao domínio patriarcal rural. Nesse sentido, a sociedade aparece como dividida entre senhores e escravos e uma camada intermediária de homens pobres que, apesar de livres, viviam sem lugar específico, como anexos dependentes do poder patriarcal. Vellasco aponta a crítica de Kátia de Queirós Mattoso a esta que seria “a mais pobres das visões, a mais imprecisa das descrições de uma sociedade” (MATTOSO, 1992. *Apud*: VELLASCO, 2009).

Corroborando a crítica à rigidez e determinismo dessas interpretações, é necessário destacar a complexidade da sociedade escravista, em especial na Corte do Rio de Janeiro no século XIX, como já nos apontaram Mary Karasch (KARASCH, 2000) e Sidney Chalhoub (CHALHOUB, 2001). Para uma sociedade complexa, em que se misturavam no trabalho e nos cortiços, brasileiros pobres livres, escravos, libertos e imigrantes, uma interpretação que se baseie no binômio senhores X escravos nos parece bastante limitada.

Além disso, existe uma tendência a retirar da camada dos “dominados”, nessas chamadas relações clientelistas, qualquer possibilidade de agência, legando aos dominantes todo o protagonismo e direcionamento dessas relações. No entanto, diversos historiadores que se dedicaram a estudos sobre a escravidão como Sidney Chalhoub, Flávio dos Santos Gomes, João José Reis, dentre outros, tem apresentado estudos que apontam a participação ativa de escravos e libertos na vida social, econômica e política das cidades no século XIX, para além da dominação vertical e unilateral dos senhores e patrões.

Fugindo do imobilismo e determinismo dessas análises, Vellasco aponta como novos estudos historiográficos tem contribuído para novos caminhos interpretativos que foram bastante importantes para compreendermos a lógica de funcionamento do hospício. Embasado em Edward Thompson, principalmente a partir do conceito de “economia moral” e Hespanha

e Xavier, a partir das “redes clientelares”, Vellasco aponta o caminho traçado por diversos autores que tem estudado a formação das redes sociais, analisando as relações de parentesco e alianças. O autor propõe então, a existência de práticas que eram implicitamente determinadas pelos costumes e que regiam a formação dessas redes.

Para Hespanha, que tem sido um nome importante na conceituação mais recente das redes clientelares, a ligação entre os deveres políticos e os morais ou afetivos já faziam parte da tradição da monarquia portuguesa (HESPANHA, 2001: 166). Embora sua análise esteja centrada em período anterior, no contexto do grande império ultramarino português, a lógica das redes clientelares tem sido mapeada também no Brasil do século XIX, após a independência.

Nessa nova vertente, as redes clientelares são vistas como relações de reciprocidade e alianças, ou seja, pactos implícitos entre grupos que, embora estabelecidos entre desiguais, dependiam da participação ativa de todos os envolvidos. Analisando o trabalho de Maria Fernanda V. Martins, Vellasco afirma que as redes clientelares eram formadas por grupos que,

“perseguindo seus interesses, estabeleciam alianças e se submetiam a novos compromissos estratégicos, funções que ultrapassam a mera dependência reproduzida como dominação, definindo uma complexa articulação de estratégias de diversos grupos sociais, cujo nexos residia na estabilização de padrões de interdependência e poderes que se alicerçavam numa permanente negociação e repactuação das hierarquias.” (VELLASCO, 2009: 87)

Aqui percebemos a importância da diferenciação entre esse viés interpretativo e o modelo de dominação vertical presente em outras abordagens. Os diversos grupos sociais que se articulavam nas redes clientelares agiam a partir de suas estratégias e de padrões de interdependência que eram negociados, ou seja, estavam baseados em relações mais complexas que a dominação unilateral.

Hespanha e Xavier analisam o universo mental que permeava as “redes clientelares” no Antigo Regime, apontando que as relações institucionais

“tinham tendência para se misturar e coexistir com outras relações paralelas [...] que se assumiam tão ou mais importantes do que as primeiras, e se baseavam em critérios de amizade, parentesco, fidelidade, honra, serviços” (HESPANHA & XAVIER, 1998. *Apud*: VELLASCO, 2009: 88).

Ainda, segundo esses autores, a lógica dos favores estaria tão incorporada no cotidiano que era vista como norma. Baseadas em contratos implícitos, essas relações de interdependência geriam as instituições e a vida social, de uma maneira geral, como uma “economia moral”, segundo Vellasco.

A diferença mais importante dessa forma de abordar as relações clientelares, com a qual corroboramos, daquelas mais clássicas propostas por autores como Richard Graham (GRAHAM, 1997), está justamente na questão do papel exercido pelos indivíduos nelas envolvidos. No sentido de clientelismo proposto por Ivan Vellasco, e que tem nos ajudado a analisar as solicitações de entrada no Hospício de Pedro II, o que ganha destaque é a interdependência e as estratégias de cada um dos atores ao participarem dessas ações. Nesse sentido, a participação dos indivíduos, mesmo aqueles considerados como “dominados”, ou menos importantes na ordem hierárquica, não é vista como simples figuração, mas como ação pensada e interessada deles próprios, que também possuíam interesses em tais alianças.

Dessa forma, corroborando a ideia de redes clientelares, proposta por Vellasco, com base em Thompson, Hespanha e Xavier, percebemos que,

“a lógica das relações ‘clientelares’ não era, portanto apenas a do ‘interesse’ nem a do controle unilateral dos dominantes, mas antes uma lógica ordenadora, naturalizada como visão de mundo e que estabelecia um jogo de reciprocidades, direitos, deveres e compromissos que, creio eu, constituíam o cimento de uma ordem social que, de resto, seria insustentável” (VELLASCO, 2009: 88).

Foi a partir dessa visão da sociedade oitocentista que buscamos entender a lógica das relações sociais que regiam o acesso a instituições como o Hospício de Pedro II, em especial por notarmos as estratégias utilizadas pelas famílias que reivindicavam uma vaga para seus enfermos. Em alguns casos, a ideia do favor e do “jogo de reciprocidades” aparece explicitamente, em outros de maneira mais implícita, em significados e no próprio discurso. Ao fim deste capítulo veremos com mais detalhes como essas relações de amizade, parentesco, fidelidade, honra e serviços podiam determinar o lugar de um alienado na instituição.

3.2 A Irmandade da Misericórdia e seu projeto caritativo

Além da relação com a lógica social do Império, de uma maneira mais geral, da qual falamos acima, e que não tem sido levada em conta pela historiografia do hospício ou da psiquiatria no Brasil, o primeiro estabelecimento destinado a alienados do país, possui ainda outra característica muito peculiar, e que não deve ser negligenciada: a relação com a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Até o momento, esta ligação entre uma e outra instituição foi analisada apenas do ponto de vista da submissão do hospício em relação à irmandade, ou seja, foi acionada, na maioria das vezes, para destacar a luta entre poder médico e poder religioso, como já destacamos.

No entanto, ao analisar as solicitações de entrada feitas por particulares, percebemos um forte apelo à caridade que nos fez dedicar maior atenção ao vínculo com a Irmandade da Misericórdia, agregando novo sentido explicativo para os projetos da instituição. Ao estudar com mais afinco a história da irmandade religiosa, percebemos como suas demandas e interesses foram agregados ao funcionamento do HPIL, ajudando a delimitar o papel dessa instituição que surgia no Império.

A Irmandade da Misericórdia, criada em Portugal ainda no século XV, esteve presente no Rio de Janeiro desde o início da colonização. Embasada por uma ampla proposta de caridade, “visava o bem estar do corpo e da alma” dos seus assistidos (MELO, 2009). O papel da Misericórdia, como era o de outras irmandades leigas, sempre geridas pelos membros de maior prestígio da sociedade, visava de alguma forma atenuar tensões sociais através de ações assistenciais destinadas, especialmente, aos mais pobres. Sua amplitude, inclusive nas colônias, tornou-a a irmandade de maior expressão em todo o império português (GANDELMAN, 2001; MELO, 2009).

Além do compromisso de proporcionar alívio aos despossuídos, a irmandade era meio de distinção social dos seus irmãos. No caso do Rio de Janeiro e do Hospital Geral da Ordem, havia uma relação estreita entre a Irmandade e a Coroa, que oferecia uma série de vantagens econômicas e sociais aos componentes da Mesa. A própria escolha dos médicos, posição de destaque, e demais funcionários era marcada pela lógica da proteção e dos privilégios (PIMENTA, 2003).

Além dos preceitos cristãos, da caridade e assistência aos pobres, a Irmandade era marcada pelas relações do Antigo Regime. Segundo Luciana Gandelman, em uma sociedade marcada pelas relações de parentesco e clientela, onde as camadas mais pobres, afastadas desses laços comunitários ficavam desamparadas, a irmandade tinha importante papel

assistencial, com foco nessas camadas (GANDELMAN, 2001). Segundo essa perspectiva, a Santa Casa teria o papel de atender justamente os mais pobres, que estavam desamparados pelas redes clientelares e que, portanto, não podiam ter acesso a tratamento em outras instituições. Mais do que isso, entendemos, como demonstraremos adiante, que a instituição tinha o papel de suprir, justamente através das relações parentais, as carências que não podiam ser sanadas diretamente. Assim, veremos como os laços de solidariedade foram definitivos para o acesso às instituições ligadas à Santa Casa, como o Hospício de Pedro II.

Mariana de Melo destacou o papel que a Irmandade da Misericórdia, junto com outras confrarias leigas, desempenhou tanto para os socorridos, quanto para seus membros, atendendo aos preceitos de sociabilidade presentes na sociedade, conforme já apontamos.

“enquanto espaço privilegiado de exercício de certa forma de sociabilidade, própria da época moderna, pautada no estabelecimento de redes clientelares de solidariedade e troca entre os irmãos, constituindo-se em um elemento central tanto de coesão grupal quanto de distinção social. Ao mesmo tempo que expressava e refletia em seu interior, em sua própria organização interna, as relações hierárquicas de uma sociedade pautada por valores como honra e prestígio, a Misericórdia reforçava distinções sociais e preconceitos raciais existentes na sociedade colonial. Considerando a inserção da Santa Casa na lógica das relações de poder próprias do Antigo Regime, poderemos compreender o significado mais profundo da presença dessa instituição nos domínios ultramarinos portugueses. A prática da assistência era, portanto, parte integrante e ativa do exercício dessas relações de poder.” (MELO, 2009: 118)

Embora uma das características destacadas por Tânia Pimenta sobre o Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro tenha sido justamente a abertura para todos os grupos sociais, ou seja, sendo o local principal de atendimento dos pobres da Corte, a própria autora destaca a existência de uma série de brechas, desde o Regimento de 1827, que permitiam a entrada de não pobres. A própria irmandade teria reclamado do desrespeito aos artigos que restringiam a entrada no Hospital aos comprovadamente pobres (PIMENTA, 2003: 152). Apesar de as formas de acesso dos pacientes não ter sido o foco de análise das autoras aqui citadas, que destacaram a perpetuação dos pressupostos clientelares na instituição, essa breve constatação de Pimenta é fundamental para a análise do Hospício de Pedro II.

Mariana Melo, ao apontar o público alvo da instituição que seria, segundo ela, formado pelas camadas médias e pobres “incluídos pequenos comerciantes, padres, oficiais mecânicos, soldados, homens livres e pobres, negros forros e escravos” apresentou análise que também pode nos ajudar a entender as lógicas de acesso ao Hospício de Pedro II (MELO, 1997: 75). A autora destaca, com base na conceituação de Michel Mollat, o papel da

Irmandade da Misericórdia em atender os “necessitados”, o que, segundo ela, deve ser entendido de maneira mais ampla, podendo ser considerados pobres,

“todos aqueles que se encontram em situação de debilidade, dependência e humilhação, caracterizada pela privação dos meios, variáveis segundo as épocas e as sociedades, que garantem força e consideração: dinheiro, relações, influência, poder, ciência, honorabilidade de nascimento” (MOLLAT, 1989. *Apud*: MELO, 1997: 131)

Complementando a relativização do público alvo predominantemente pobre da instituição, Melo apresenta o exemplo da Roda da Casa dos Expostos, destinada ao recolhimento de crianças. Os principais “necessitados”, nesse caso, não estavam entre as camadas mais pobres, mas entre uma parte relevante das mulheres de camadas mais altas que tiveram filhos frutos de relações ilícitas. Segundo ela, a preocupação com a desonra de relações reprováveis moralmente era mais intensa entre mulheres das camadas mais altas, que, portanto, teriam figurado com frequência entre as que abandonavam os filhos na Roda. (MELO, 1997:133)

A relativização ou, pelo menos, uma maior atenção na análise de quem eram os pobres que se internavam no Hospício de Pedro II se tornou fundamental. Mesmo depois da inauguração de estabelecimentos da mesma natureza em outras cidades e das próprias casas de saúde particulares, o hospício da Corte continuou sendo pioneiro e modelar no atendimento de alienados. Por se tratar de uma instituição referência, era ainda mais difícil restringir o atendimento aos mais pobres. Os próprios estatutos do hospício, assim como os da Santa Casa, já garantiam a entrada de enfermos pagantes. Afora os pagantes, percebemos que a lógica das redes clientelares definiam também a entrada de enfermos classificados como indigentes, ou ainda alteraram a posição desses indivíduos dentro do Hospício.

A partir deste momento buscaremos analisar a maneira como as redes de amizade e conhecimento, em conjunto com o apelo ao ideal caritativo estiveram presentes no acesso ao Hospício de Pedro II. Com isso pretendemos imprimir ainda mais complexidade às relações ali estabelecidas, já que, como pudemos perceber, a instituição devia atender a diferentes demandas, impostas por diferentes esferas institucionais e apelos de diferentes camadas da sociedade.

3.3 Estratégias sociais de acesso ao Hospício de Pedro II

Depois de alguns anos convivendo com o filho sofrendo das faculdades mentais, em 1888, João F. B., um homem de pouca instrução, trabalhador da lavoura, resolveu recorrer ao Hospício de Pedro II, para tratar seu filho Joaquim, branco, de 30 anos. No dia 05 de março, então, procurou o Dr. Heitor de Paula Valle, pedindo que este atestasse o estado de seu filho, ao que o médico, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, declarou: “acha-se soffrendo ha 4 annos das faculdades mentaes, trazendo assim perigos para sua numerosa familia e vizinhança”⁷³.

Já munido do atestado médico da doença do filho, João deu prosseguimento à busca pelos documentos necessários para a internação, procurou o subdelegado de polícia do distrito do Rio Pardo, onde morava, para pedir que este declarasse as condições de vida da família. O subdelegado, então, atestou, não só os poucos recursos materiais com que contavam, mas confirmou o perigo que sua doença representava para a família.

Ainda no sentido de confirmar a pobreza da família, o pai do alienado solicitou declaração do Revmo. Sr. Francisco de Assis. O eclesiástico atesta que João tinha o filho doente, perigoso, e que não possuía recursos para seu tratamento. O pai ainda pediu que escrevessem, em seu nome, a solicitação da internação destinada ao provedor da Santa Casa da Misericórdia, justificando a necessidade da vaga para o filho, por ser “perigosa a sua permanencia no meio de sua numerosa familia, correndo tambem grande risco a visinhança pela impossibilidade que tem do supplicante conte-la em seus accessos furiosos, que poderão occasionar victimas [...]”⁷⁴. A questão dos riscos que o alienado oferecia era decisiva no processo de reivindicação das vagas, como vimos no capítulo anterior.

Dois dias depois, em 07 de março, João, já tendo recolhido toda a documentação, levou cada um deles para que fossem reconhecidas as firmas. Munido de toda a papelada, o pai partiu em viagem do distrito do Rio Pardo, localizado na província de Minas Gerais, longe da fronteira com o Rio de Janeiro, em direção à Corte, para fazer o pedido da internação. O pai havia seguido todas as instruções e recolhido todos os documentos exigidos. O argumento presente, tanto no atestado do Dr. Heitor de Paula Valle, quanto nas outras declarações, do perigo que o enfermo representava para si, para a família e para a vizinhança, imprimia maior legitimidade ao requerimento e garantia, a princípio, a autorização para a internação e justificaria, então, todos os esforços do pai.

⁷³ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Joaquim F. B. - 1888. Cx. 033.

⁷⁴ Arquivo IMNS – Solicitação anexa ao prontuário de Joaquim F. B. - 188. Cx. 033.

Apesar de todo o trabalho, a solicitação parece não ter sido aceita, ou por falta de vagas ou por as firmas dos documentos não terem sido reconhecidas no Rio de Janeiro. Não sabemos se João F. B. voltou para o Rio Pardo e pediu que alguém o representasse, ou se ficou direto, já que a viagem era longa, mas no final do mês ele já havia se articulado novamente, e o pedido foi reapresentado, agora com o reconhecimento das firmas também no Rio de Janeiro.

O caso de Joaquim F. B., embora não seja o único, é um pouco atípico, já que o caminho mais comum para enfermos que vinham de outras províncias era o encaminhamento oficial através destas. Não sabemos exatamente porque o Sr. João optou por recorrer diretamente ao hospício, sem a intervenção da Polícia da Província de Minas Gerais, mas é possível que, tendo condições de fazer a viagem e se articular, como veremos mais adiante, tenha achado que seria mais simples do que aguardar as vagas destinadas à sua localidade. Como já afirmamos, havia um número de leitos destinados a cada província e os chefes de polícia só encaminhavam novos enfermos quando suas vagas ficavam disponíveis, em geral, a partir da morte dos seus internos.

A tramitação de documentos, atestados médicos e reconhecimentos de firma nos chamou a atenção desde o início da pesquisa, em especial pela contraposição em relação às abordagens até então disponíveis sobre o HPII. Essas análises reforçam o caráter compulsório da internação e descrevem o sequestro dos pacientes como uma ação liderada pela polícia, que os tirava das ruas e os lançava no hospício, a partir de um projeto de controle da população urbana da Corte, em franco crescimento (MACHADO, 1979; ENGEL, 2001). Especialmente os atestados médicos, pré-requisito para a admissão dos pacientes, em geral expedidos por médicos particulares, que algumas vezes pareciam atender às famílias há alguns anos, nos impressionaram por se referirem a enfermos internos como indigentes, e nos fizeram analisar quem eram esses indigentes e as redes em que estavam inseridos.

A exigência da declaração de um médico de fora do hospício, atestando a doença mental, além do processo de recolhimento do resto das declarações de pobreza e reconhecimento da firma de todos eles, não nos parece um processo tão simples nem que estivesse disponível para qualquer família pobre do Império do Brasil. Em relação aos médicos, imaginamos duas possibilidades. Ou a família pagava pela visita para solicitar o atestado, ou conseguia através de favores diretos ou de conhecidos. Os dois casos certamente excluiriam uma parcela considerável da população da Corte, que não teria recursos para pagar e que também não possuía laços diretos ou indiretos de amizade com doutores.

Em alguns casos, os atestados eram fornecidos por médicos renomados na Corte. O indigente, João Maria de A. T. teve sua moléstia mental atestada pelo Dr. Carlos Fernandes Eiras, filho do famoso Dr. Eiras, fundador da Casa de Saúde do mesmo nome⁷⁵. Henrique P. de M., que entrou como indigente em 1887, teve a doença declarada pelo mesmo médico⁷⁶. Outro nome importante da família Eiras, Manoel Joaquim Fernandes Eiras, forneceu atestado à indigente Joanna M. B.⁷⁷.

Alguns internos também iam para o Hospício de Pedro II depois de uma estadia na própria Casa de Saúde Dr. Eiras. Como já apontamos anteriormente, a transferência podia ser interessante, em especial pela discrepância dos valores, bem mais altos na instituição particular. Embora nos três casos em que aparecem indícios de internações anteriores na Casa de Saúde Dr. Eiras, os pacientes tenham sido admitidos como pensionistas, nos chamam atenção alguns aspectos.

Em primeiro lugar, nos três casos, as entradas foram feitas como pensionistas de 3ª classe, ou seja, pagando o valor mais barato disponível para a internação. Posteriormente, em dois casos, existe referência à falta de recurso das famílias. O irmão de Julio M. L., tendo seu parente “recolhido ao estabelecimento do Dr. Eiras, e não podendo, por mais tempo mantel-o ali, por falta de recursos”, solicitou sua entrada como pensionista de 3ª classe no hospício⁷⁸. Neste caso, a transferência e os argumentos parecem fazer sentido. Provavelmente a família pagou a internação na Casa de Saúde Dr. Eiras, mas, depois de um tempo, não podia continuar arcando com as despesas e decidiu transferi-lo para um estabelecimento com menor custo. Lembramos que, em uma sociedade desprovida de seguros sociais ou outras garantias financeiras estatais, em que as famílias dependiam da economia pessoal, o esgotamento dos recursos em casos de doenças, como esses, podia ser recorrente.

No caso de Adolpho G., que também foi transferido da casa de saúde, sendo internado como pensionista de 3ª classe no hospício, chama atenção uma declaração de pobreza anexada ao prontuário, emitida pelo delegado de polícia. A declaração é do dia 18/07/1888, mas já em 01/08 a solicitação de internação como pensionista de 3ª classe, encaminhada ao provedor, foi escrita por um negociante que se declarava curador do alienado. Ao pedido do negociante, a resposta do provedor foi positiva.

Em geral, já que a solicitação foi feita para internação na condição de pensionista, a família não precisaria, ou mesmo não deveria, ter entregue nenhum tipo de declaração

⁷⁵ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de João Maria de A. T. - 1887. Cx. 032.

⁷⁶ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Henrique P. de M. - 1887. Cx. 032.

⁷⁷ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Joanna M. B. - 1889. Cx. 034.

⁷⁸ Arquivo IMNS - Requerimento de internação anexo ao prontuário de Julio M. L. - 1888. Cx. 033.

referente às condições sociais. No entanto, a partir da presença desta declaração podemos supor alguma intencionalidade em tentar internar o filho gratuitamente. Não temos como confirmar se esse pedido foi feito e negado; se, antes mesmo de uma possível resposta negativa, a família resolveu arrumar quem se responsabilizasse pelo pagamento ou; se a família não teve coragem de internar o filho como indigente. No entanto, percebemos que, apesar de ter ficado internado na Casa de Saúde Dr. Eiras, Adolpho foi classificado pelo Chefe de Polícia como pobre e, apesar de não ter sido internado como indigente, ficou na terceira classe, tendo, possivelmente, se cogitado a internação gratuita.

Esses casos ilustram a diversidade dos “pobres” e “indigentes”, que podiam ser internados, corroborando, de alguma forma, a análise apresentada por Mariana Melo acerca da necessidade de se relativizar a pobreza. Se existem alguns casos de pacientes encaminhados do Asylo de Mendicidade, ou outros que pareciam ficar abandonados no hospício, sem recursos e sem familiares, percebemos casos de outros que, apesar de “pobres”, conseguiam ter um local e um diálogo diferenciado com essas instituições, através, principalmente, das relações pessoais que estabeleciam.

No caso que começamos a descrever aqui, de Joaquim F. B., que, apesar de declarado “pobre” pelo delegado e pelo eclesiástico de Rio Pardo, a família resistia a interná-lo como indigente, os caminhos aparecem mais explícitos. Antes de reapresentar a solicitação de internação ao Provedor, o pai de Joaquim, José B., anexou a carta dos comerciantes Araújo Maia & Irmão, da qual já falamos em outro momento, que, em nome de José B., se responsabilizavam pelo pagamento da quantia única correspondente ao valor de uma Apólice da Dívida Pública. Neste documento, destacava-se que “não sendo um indigente, apenas dispondo de pequenos recursos” precisava ser diferenciado dos demais internos que entravam gratuitamente. O Provedor aceita a quantia oferecida ao “pio estabelecimento” e admite o ingresso do enfermo, que só dá entrada no hospício, mais de um mês depois, em 06/05/1888⁷⁹.

Neste caso podemos perceber as mais diversas barreiras que o pai de Joaquim parece ter enfrentado para conseguir internar seu filho e o importante papel que os laços de amizade e as redes de solidariedade desempenharam. Apesar de trabalhador da lavoura, de ter uma numerosa família e poucos recursos para arcar com os custos da internação do filho, o Sr. João se apresentava como um cidadão diferenciado e, a partir dos laços que o ligavam a comerciantes reconhecidos na praça do Rio de Janeiro, pode, finalmente, garantir a entrada de seu filho. Embora Joaquim tenha sido internado, segundo a ficha, como indigente, não

⁷⁹ Arquivo IMNS - Prontuário de Joaquim F. B. - 1888. Cx. 033.

sabemos se o tratamento recebido na instituição foi o mesmo destinado a outros internos da mesma classe. Relembramos, aqui, o caso, já analisado no segundo capítulo, de D. Julia P. de S., em que um parente ou amigo, relembra ao provedor de um acordo previamente definido, em que, apesar de recebida em 3ª classe, a enferma, mulher de um médico da Corte, deveria receber tratamento de 1ª classe. Aqui, os laços de amizade e a inscrição social do marido definiram, para além das formalidades classificatórias, o lugar e o tratamento da enferma.

Não podemos saber se, no caso de Joaquim, houve um tratamento diferenciado, por seu pai ter pago a quantia a que nos referimos. Podemos inclusive especular sobre a demora na entrada do enfermo depois da confirmação do provedor. Talvez o pai esperasse que o provedor, diante de todos os seus esforços e da quantia que parece ter juntado para pagar a apólice, se solidarizasse oferecendo uma vaga com tratamento de pensionista ao seu filho, que ele fazia questão de destacar não ser um indigente qualquer. De qualquer forma, o que podemos perceber é que essa quantia e, em especial, a participação da casa de comerciantes foi decisiva na admissão do paciente que, caso contrário, se dependesse das vagas destinadas à sua província, poderia passar anos esperando pela autorização para internação, ou mesmo, nunca conseguir.

Em outro caso, a mãe de Luiz G. G. Jr. “viúva do finado continuo do serviço funerario da Santa Casa da Misericórdia, Luiz G. G., onerada de nove filhos, dos quaes quatro menores, actualmente sob o arrimo de seu irmão”, apelou para o fato de ter sido seu marido funcionário da Santa Casa para solicitar a vaga para seu filho. É em reconhecimento a possíveis favores já prestados pelo falecido ou laços de amizade, que Francisco de Sá, da secretaria da irmandade, acrescenta ao pedido da viúva uma nota, destacando que o finado carteiro era digno da caridade do provedor por ter sido “mui bom e zeloso empregado”⁸⁰.

A viúva do funcionário, aflita com a doença do filho, que a ajudava a cuidar dos irmãos e irmãs menores, decidiu recorrer ao hospício. O fato de o marido, falecido, ter sido funcionário, foi destacado na solicitação de admissão e ainda mereceu nota de outro funcionário, que certamente conheceu o Sr. Luiz, que falecera apenas 2 meses antes do ocorrido. Comentários dessa natureza não eram comuns nas requisições, mas nesse caso corroboravam a necessidade e o merecimento de a viúva ter seu pedido aceito. Os apelos à caridade do provedor e ao merecimento do ex-funcionário finado parecem ter tido sucesso, e o provedor interino, Fausto P., ordenou: “Seja admittido como indigente”.

⁸⁰ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de Luiz G. G. Jr. - 1889. Cx. 034.

Não era apenas no acesso à instituição que as redes de amizade e solidariedade em que os indivíduos estavam inseridos eram determinantes. Em fevereiro de 1883, um senhor escreveu uma carta direcionada ao Dr. Pedro Dias Carneiro, se desculpendo pelo inconveniente, mas pedindo notícias do enfermo João B. M.. Embora o homem não aponte o grau de amizade ou parentesco entre ele e o médico, a documentação nos permite perceber que, para além das formalidades, existia um grau de proximidade entre eles. O alienado, interno por requerimento do Ministério do Império, já que era honorário do exército, foi classificado como indigente. Provavelmente a família não tinha acesso a informações e recorreu a alguém com conhecimentos dentro do hospício para conseguir notícias⁸¹.

Se, nesses casos, a intervenção de terceiros na negociação da entrada, da permanência ou mesmo do tratamento que seria recebido expõem, de maneira explícita, a presença de certas redes baseadas em laços de amizade e solidariedade, em outros a influência de relações pessoais aparece implicitamente.

Em um dos únicos casos em que um alienado entrou sem passar por nenhum tipo de burocracia, ele foi acompanhado de um ofício, encaminhado pelo chefe da secretaria ao Mordomo do hospício, Tácito de Sá Bithencourt, que dizia: “...Provedor... determina que seja admittido em observação, nesse Hospicio o alienado Paulo [...], que lhe será apresentado com este officio”⁸². Embora o paciente pareça ter entrado em estado grave, no mesmo dia da assinatura do ofício, já que faleceu apenas 15 dias depois, o fato de a ordem para a internação ter partido direto do provedor, sem passar previamente pela secretaria e sem nenhum questionamento à administração do HPII, é um indício de que algum tipo de relação ligava o enfermo ou algum parente ou amigo ao provedor. Através da rede de conhecimentos, conseguiram a entrada imediata, sem a apresentação de nenhum dos documentos exigidos, ou mesmo sem qualquer tipo de consulta sobre a disponibilidade de vagas.

Além disso, na maioria dos casos, os pedidos de internação encaminhados pelos familiares ao provedor eram finalizados pela sigla, parte da linguagem jurídica, E.R.M., que representava “Espera receber mercê”. Segundo Nuno Gonçalo Monteiro o sistema de mercês, presente em Portugal desde as guerras de reconquista, era um tipo de economia de serviços em que a elite cortesã monopolizava cargos e recebia como remuneração novas concessões régias que podiam ser acumuladas ou virar novos serviços como a ocupação de novos postos de prestígio. O autor destaca ainda que não nobres também poderiam receber mercês por préstimos ao rei (*Apud* FRAGOSO, GOUVÊA e BICALHO, 2000: 68).

⁸¹ Arquivo IMNS – Correspondência anexa ao prontuário de João B. M.- 1883. Cx. 031.

⁸² Arquivo IMNS - Ofício anexo ao prontuário de Paulo J. P. - 1884. Cx. 032.

Embora esse sistema de troca de favores por prestígio tenha sido descrito e analisado como parte do nosso passado colonial, o que podemos perceber é que, ainda que de maneira menos institucionalizada, ao mesmo tempo que menos concentrada na figura específica do rei, a lógica dos favores perdurou ao longo do século XIX. Tania Pimenta já destacou a ligação entre a Santa Casa da Misericórdia (componentes da mesa) e a Corte (PIMENTA, 2003: 116). Além disso, aponta a prevalência de laços pessoais, principalmente de proteção e concessão de privilégios na escolha dos funcionários e médicos (PIMENTA, 2003: 131). A partir dessa análise, e dos exemplos aqui citados, podemos perceber que esta “economia de favores”, que Mariana Melo também identificou para a Santa Casa até princípio do século XIX, ia se perpetuando em outras esferas institucionais, influenciando, inclusive, a admissão de internos.

Assim, embora a questão das mercês não tenha sido mantida nos mesmos moldes jurídicos dos séculos XVII e XVIII, percebemos a manutenção dos costumes da prestação dos favores, ou seja, a vaga era vista como a concessão de uma benesse ou uma mercê por parte do provedor e, uma vez que se tratava de um favor, deveria ser merecido. O merecimento poderia se dar a partir da prestação de outros serviços e/ou favores diretamente a um indivíduo ou, de maneira mais geral, à sociedade, sendo o solicitante um cidadão exemplar e, portanto, merecedor de benefícios. A questão da honra, traço marcante desta sociedade, como já apontamos, era relevante nessa “construção” do merecimento. Assim, Antonio T. da C., na intenção de internar seu filho no hospício, pediu que o Vigário, além de atestar sua pobreza, atestasse seu “bom comportamento, tanto civil, como moral”, que justificariam o merecimento de uma vaga em tão considerada instituição⁸³.

Embora a expressão “E.R.M.” não possa, por si só, demonstrar os imperativos dessa lógica, já que poderia representar uma simples marca de discurso, comum ao período, ela ganha importância por aparecer especificamente nesses pedidos, nos quais, como já mostramos, estava sempre presente a tentativa de convencer o provedor da importância da internação em questão. Além disso, a combinação com outros fatores, em especial, a dificuldade do acesso e as diversas formas de convencimento do provedor, aqui apontadas, ilustram uma lógica das relações desses indivíduos com a instituição, fortemente permeada por relações e argumentos de ordem privada.

Somando-se aos conhecimentos e às relações que pudessem facilitar o acesso ao estabelecimento, aparecia o apelo à inspiração caritativa da irmandade, em especial quando não se podia contar com redes de conhecimento que incluíssem médicos ou funcionários da

⁸³ Arquivo IMNS - Atestado anexo ao prontuário de Francisco M. T. - 1886. Cx. 032.

Santa Casa, do próprio hospício ou de outras figuras influentes. A relação do hospício com a Santa Casa da Misericórdia o tornava, aos olhos da população, um estabelecimento comprometido com a proposta da caridade vinculada àquela irmandade. Em várias das requisições de internação, a caridade da instituição e do próprio provedor é evocada no sentido de persuadir pela entrada dos seus entes.

O mesmo Antonio T. da C., pai de Francisco M. T., branco, natural da Província do Piauí, que era portador de um “bom comportamento, tanto civil, como moral”, do qual já falamos, apresentou, em 1886, solicitação da internação constando que:

“Em Outubro do anno pp. tendo sido acommettido de alienação mental permanente, seu filho [...], e sendo o suppte. pobre e chefe de numerosa familia, composta de sua mulher, seis filhos e dois sobrinhos, orphãos de pai e mãe; vem requerer [a autorização para entrada] [...] como um acto de **caridade e humanidade**, que é [o Hospício de Pedro II]” [grifo nosso]⁸⁴

Francisco Ignacio F., branco, casado com Candida dos S. F. também foi internado como indigente no hospício, por requisição da esposa. Depois de pagar internação na Casa de Saúde de S. Sebastião por oito meses e não ter tido seu marido curado, Candida decidiu tentar transferência deste para o Hospício de Pedro II, já que seus recursos estavam esgotados. Em um dos documentos anexados, podemos encontrar uma nota, quase totalmente ilegível, da qual percebemos apenas que o doente havia sido “apresentado e recomendado” pelo “nosso [?] Irmão, Escrivão do Recolhimento dos Orfãos, Comdo. Joaquim José do Rosario”.

Daí podemos perceber que a referida família, além de ter algum recurso que possibilitou o pagamento da casa particular por oito meses, tinha, em seu círculo de conhecimento, um membro da Irmandade da Misericórdia, que reunia os homens de mais prestígio da sociedade (MELO, 2009: 108). Aqui aparece a forma como relações com pessoas influentes da Corte podia definir o atendimento gratuito na instituição. Apesar de possuir “méritos” que já lhe conferiam uma certa probabilidade de sucesso na aspiração à vaga para seu marido, Candida, segundo o assinante da solicitação,

“obrigada; nessa afflictiva circumstancia, vem recorrer ao **bondoso coração de V. Exa.** pedindo a **caridade** de mandar admittil-o gratuitamente ao Hospicio de Pedro Segundo.
Confiada na benevolencia de V. Ex. e no **fim humanittario de tão util e pia instituição** espera que a sua supplica será generosamente attendida...”⁸⁵ [grifo nosso]

⁸⁴ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de Francisco M. T. - 1886. Cx. 032.

⁸⁵ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de Francisco Ignacio F. - 1889. Cx. 033.

Ou seja, para dar maior legitimidade ao pedido, recorreu aos fins humanitários da instituição e à caridade da pessoa do provedor.

No caso de Martiniano de S. P., sua irmã, alegando ser “precisado de caridade” o enfermo, recolheu os documentos necessários para a internação gratuita e suplicou ao provedor a internação através do pedido afirmando que ela:

“não pode e não deve segundo opinião dos medicos conservalo em casa pelos perigos que podem succeder não só ao enfermo como a suppte. que já é alcançada em idade e doente [...] V. Ex. fará uma verdadeira obra de caridade a um cidadão brasileiro que, enquanto bom foi sempre humanitario, bom filho e bom irmão. É com as lagrimas nos olhos que a Suppte desde já beija as mãos de V. Excia. [...]”⁸⁶

Nesse caso, a suplicante evoca a obra de caridade que seria merecida pelas qualidades que seu irmão teria mantido ao longo da vida. O irmão seria digno de gozar da caridade do estabelecimento, por ter sido um cidadão exemplar. Por outro lado, ela, já alcançada de idade, também seria digna do préstimo do provedor, que deveria ceder a vaga em nome do sossego da família.

Além dos casos aqui citados, em que o apelo ao papel caritativo da instituição é explícito, muitos outros casos fazem menção a essa característica do estabelecimento. “Implorando” a internação, transformando a vaga em “esmola”, muitos foram os que, para conseguir internar seus entes, apelaram ao sentimento ou ao “espírito caridoso” do provedor. Aqui, mais do que elementos presentes na retórica da população, que recorria ao Hospício de Pedro II, estes termos representam um perfil desta sociedade, que, de uma maneira geral, era permeada pela moral cristã da caridade, que deveria atender aos mais pobres e aos desassistidos. Nesse sentido, a Irmandade da Misericórdia e as suas Santas Casas eram os locais de excelência para “oferecer conforto físico e espiritual” a essa camada da população (MELO, 1997: 134). Já o Hospício de Pedro II, estando a ela vinculado, acabava por absorver esse tipo de demanda.

Aqui, buscamos analisar outros papéis e outras funções sociais atribuídas ao hospício, para além da instituição de tratamento, sequestro e asilo de alienados. Os estatutos de 1852 determinaram que o estabelecimento seria “destinado privativamente para asylo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Imperio, sem distincção de condição, naturalidade e religião”. De fato, parecem não ter havido restrições em relação às condições de origem ou fé dos indivíduos e o hospício certamente atendeu parte das camadas mais pobres da sociedade.

⁸⁶ Arquivo IMNS - Requerimento anexo ao prontuário de Martiniano de S. P. - 1889. Cx. 034.

No entanto, existia uma outra ordem de fatores, que não estava vinculada à condição social e material e que determinava a forma como os aspirantes a internos eram percebidos pela instituição. As relações privadas e redes que se estabeleciam eram, como apontam alguns autores referidos, fundamentais na sociedade do século XIX e regiam o cenário público. No Hospício de Pedro II a lógica não poderia se distanciar da realidade do resto do Império. Então, como a demanda pela internação dos alienados excedia suas esparsas e disputadas vagas, as relações pessoais tenderam a ser acionadas para garantir o acesso ao estabelecimento. Nesses casos, também, a retórica caritativa dos “suplicantes” ao abrigo da irmandade era sobreposta ao discurso clientelar prevalente naquela sociedade inclusiva, fortemente marcada pelos laços de dependência pessoal mútua e pelo jogo dos múltiplos favores.

Por outro lado, o papel caritativo da instituição, vinculada à Irmandade da Misericórdia, também era apropriado por aqueles que recorriam ao HPII, através do provedor da Santa Casa. Assim, embora muitos médicos, como demonstrou Monique Gonçalves, tivessem a preocupação e reivindicassem a todo tempo o papel terapêutico da instituição, este era apenas um dos projetos vigentes naquela instituição, que precisou, principalmente ao longo das quatro primeiras décadas, dialogar com outras esferas e outras demandas. Como pudemos perceber, a formulação dos projetos não se limitava à esfera institucional, mas dialogava também com as demandas daqueles que recorriam ao hospício e acabavam por imprimir suas demandas no projeto oficial da instituição.

Diversos outros autores, como já afirmamos, destacaram a presença de outros projetos, além do médico, no hospício, em especial o projeto caritativo da Santa Casa. No entanto, o que pretendemos ter apresentado é a forma como esses interesses se relacionaram e estiveram presentes concomitantemente na instituição. Não entendemos o projeto médico sufocado pelo caritativo, nem, tampouco como os dois únicos existentes. Esses projetos, bem como as demandas das famílias dos internos, os processos de admissão de pessoas que poderiam estar fora da margem dos “necessitados”, ou pelo menos da fronteira limitada dos financeiramente necessitados, dentre outros, foram processos que dialogaram e, de alguma maneira, construíram o Hospício de Pedro II.

CONCLUSÃO

O trabalho que deu origem a essa dissertação teve início com um projeto permeado por hipóteses vinculadas a modelos explicativos consagrados sobre a história da psiquiatria no Brasil e sobre Hospício de Pedro II, em especial, aqueles relacionados à tese do controle social das cidades. No entanto, logo no início da pesquisa, tomamos contato com uma nova bibliografia, crítica às abordagens foucaultianas clássicas e à forma como a ciência costumava ser entendida. Além disso, os primeiros levantamentos, relativos aos resumos dos prontuários, não nos permitiram corroborar nossas próprias hipóteses iniciais, que relacionavam diagnósticos a determinadas condições sociais, tais como descritas no primeiro capítulo. Finalmente, a “entrada” efetiva nos prontuários, já balizados por um novo olhar sobre a ciência, nos permitiu empreender as análises que apresentamos até aqui.

Percebemos, então, a necessidade de analisar a instituição buscando dar conta de sua complexidade. Vimos os limites de atribuir um projeto único e tão bem delimitado, como era o caso da tese do controle social até então empregada, a um estabelecimento que envolvia tantos e tão diferentes atores sociais. Nesse sentido, passamos a empreender nossas análises das fontes, preocupados em mapear justamente os meandros dessas relações. Assim, conseguimos mapear a participação de diversos atores que, até então, foram negligenciados, ou vistos apenas como vítimas do processo de medicalização da sociedade.

Esperamos, aqui, ter demonstrado a diversidade de demandas e expectativas que estavam em jogo no processo de construção do Hospício de Pedro II e da psiquiatria no Brasil. Foi justamente no sentido de destacar a diversidade de projetos que centramos nossas análises na participação dos familiares. Além disso, buscamos explicitar a força que a lógica de favores, presente naquela sociedade, exerceu sobre as decisões acerca de quem teria acesso à instituição. Com essa nova perspectiva, esperamos ter problematizado as abordagens que tentaram dar conta dessa complexa história através da tese de que um grupo da sociedade, em aliança com o Estado, tivesse criado um espaço para dominar os demais.

Fugimos, assim, de abordagens esquemáticas, definidas previamente, que buscassem “encaixar” o hospício em um ou outro modelo explicativo, fechando o leque de possibilidades de novos estudos. Buscamos explicitar a complexidade dos meandros que fazem parte da construção e do desenvolvimento das ciências de uma maneira geral. Tivemos como objetivo, observar e identificar as vozes, os dilemas e os anseios dos atores que estavam envolvidos no processo de construção do hospício, analisando os conflitos e as estratégias desenhadas pelos

indivíduos para terem suas demandas atendidas. Esperamos, então, ter contribuído para os debates, tanto sobre o Hospício de Pedro II e a história da psiquiatria, quanto sobre a sociedade imperial e suas relações sociais.

De certo, precisamos fazer escolhas e muitos aspectos que seriam fundamentais para consolidar a análise tiveram que ficar de fora e são passíveis de crítica. Pouco a pouco, tivemos que deixar de lado, em alguma medida, a visão médica do Hospício, que já foi bastante trabalhada por outros autores a que recorreremos. Essa escolha foi necessária para que pudéssemos nos deter à agência de outros sujeitos, com outras expectativas sobre a instituição.

O volume das informações contidas nas fontes, certamente, poderia suscitar diferentes questões e análises, no entanto, a literatura com que estávamos em contato nos possibilitou enxergar o papel de atores sociais até então negligenciados pela historiografia. Ainda que não fosse nosso foco principal, esperamos ter podido questionar e levantar novas hipóteses acerca dos embates e disputas entre poder religioso e poder médico, além de termos apontado divergências e contraposições que tornam inviável pensar em um projeto único e consolidado para o hospício ao longo de todo o século XIX.

Em relação ao período mais longo, das décadas de 1850 e 1880, trabalhamos com dados bastante generalizantes, que nos permitiram apenas um levantamento quantitativo dos internos e uma primeira aproximação dessa documentação. Como afirmamos ao longo do próprio texto, estudos mais aprofundados, que deem conta de abordar cada período com mais atenção e que possam empreender uma análise qualitativa sobre os médicos e administradores ali envolvidos, certamente fortalecerão a hipótese aqui levantada, acerca da diversidade de projetos que existiram ao longo dessas quatro primeiras décadas de funcionamento do hospício.

No primeiro capítulo, esperamos, então, ter apontado caminhos a serem percorridos e hipóteses que deverão ser verificadas. Embora não tenhamos aprofundado a maioria das questões ali suscitadas, tivemos como objetivo já apresentar parte dos indícios que fortalecem nossa tese principal, a dos múltiplos projetos, demandas e expectativas que estiveram em diálogo nas primeiras décadas de funcionamento daquele estabelecimento. Através de debates entre provedor e médicos em jornais, buscamos também demonstrar a forma como esses atores estavam articulados e os limites de pensar no domínio de um em relação ao outro de maneira maniqueísta.

Já nos capítulos posteriores, empreendemos uma análise mais densa, de acordo com o que os prontuários nos forneciam de dados sobre a história de vida dos pacientes internos

entre 1883 e 1889. No segundo capítulo, apresentamos parte do universo de indivíduos que viveram no hospício neste período, o que nos fez fazer novas perguntas. Ainda que não tivéssemos ideia da participação ativa dos familiares nas internações, o interesse em destacar outros atores, diferentes daqueles enfatizados pela literatura clássica, nos possibilitou enxergar outras expectativas em relação à instituição, dentre as quais a dos familiares, que precisavam de um local para os seus alienados.

A simples constatação dessas internações, requeridas por particulares, já foi uma surpresa. Somado o volume dessa participação, em termos quantitativos, pelo menos nos prontuários disponíveis, ficou evidente a necessidade de alguma atenção a esse aspecto. Os esforços que eram manejados por pais, esposas ou irmãos para conseguirem uma vaga no hospício para seus entes, completaram a particularidade que nos fez dedicar um tempo e, aqui, um capítulo para essa história. Em contraposição ao papel da polícia na reclusão dos indivíduos, tão destacado pela historiografia tradicional, o papel das famílias nos fez refletir sobre a forma como as demandas da população eram incorporadas ao projeto institucional. A partir da visão que imprimiam ao estabelecimento, faziam usos daquele espaço que não necessariamente estavam em consonância com o que os médicos esperavam.

Dessa forma, a percepção deste fenômeno contribui, ainda mais fortemente para a tese dos múltiplos projetos em torno de uma mesma instituição. Alguns outros autores já haviam apontado, ainda que timidamente, o papel de outros indivíduos, em especial os relacionados ao poder religioso, como entraves ao projeto dominante dos médicos. Monique Gonçalves também contribuiu enfaticamente para a visão de que, mesmo entre os médicos, não havia consenso, corroborando a multiplicidade de projetos. No entanto, o destaque do papel das famílias traz à tona uma questão praticamente inédita, qual seja, a de que o mundo supostamente “de fora” dessas instituições era diretamente envolvido na formulação do projeto institucional. Ainda que em um jogo de forças a população atendida fosse o lado mais frágil e sensibilizado, esta participou ativamente, imprimindo suas demandas ao estabelecimento, pelo menos nesses primeiros anos.

Além da participação das famílias, nos chamou atenção justamente a energia despendida por esses atores em recolher a documentação que os indigentes precisavam para garantir a internação gratuita dos seus e as estratégias construídas para obter sucesso na “conquista” do “sim” do provedor. Então, no terceiro capítulo, finalizamos o trabalho incorporando à análise o papel de outra perspectiva fundamental para o Hospício de Pedro II naquele momento: sua vinculação com a Santa Casa de Misericórdia e com a lógica social do Império.

Nesse sentido, abordagens sobre a sociedade imperial e a Irmandade da Misericórdia nos ajudaram a compreender a lógica da admissão de enfermos. Amparados por uma literatura que tem demonstrado a determinação de relações pessoais na vida pública, foi possível sistematizar a análise, identificando a importância das redes de aliança e amizade na construção dessas estratégias.

Por outro lado, identificamos o apelo à caridade, principalmente baseado no papel que a relação com a Irmandade da Misericórdia imprimia ao hospício. Em especial para aqueles que não estivessem inseridos em uma rede de influência que facilitasse o acesso, apelar à caridade da instituição, ou, diretamente do provedor, parece ter sido a única saída. Assim, pudemos apontar outras faces das relações institucionais, trazendo à tona a necessidade de analisar o hospício como parte de um contexto maior, na relação com seu entorno social e como parte dele. Defendemos, então, a ideia de que o Hospício de Pedro II não poderá mais ser analisado sem ter em mente sua relação com a Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e sem levar em conta as práticas clientelares do Estado imperial brasileiro.

Destacamos, assim, a inadequação de pensar o hospício ou o próprio alienismo como projeto de uma classe social visando o controle de outra. Levando em conta que as instituições asilares, mesmo no século XIX, já exerciam controle sobre seus internos e que as próprias doenças mentais são entidades socialmente construídas, e ainda assim as famílias optavam por internar seus filhos, precisamos entender que tipo de controle era esse e como se estabelecia. Pensar em uma dominação que se manifestasse puramente através da força e da subordinação dos mais pobres, ou daqueles sensibilizados pela doença, não daria conta desses casos em que a família, voluntariamente, se esforçava para garantir a vaga. Nesse sentido, além de considerar os sofrimentos práticos de cuidar de um alienado em casa, algumas abordagens sobre o controle social, que demonstram a forma como este era absorvido e apropriado pela própria sociedade, nos ajudaram a entender o papel do primeiro estabelecimento psiquiátrico naquele contexto.

Através da pesquisa empírica, percebemos, então, como diversos fatores contribuíram para que a população percebesse o hospício como um local que pudesse atender às suas demandas. Em primeiro lugar, figurava como um dos motivos mais relevantes para as internações, os possíveis riscos que um alienado poderia oferecer a si mesmo e aos familiares e vizinhos. Além disso, pudemos perceber, como aspecto definidor das internações, a crença na instituição como espaço de cura. Ainda que ao longo do tempo de internação essa expectativa pudesse se perder, em algum momento, pais, esposas e irmãos esperaram que, naquele espaço, seus parentes pudessem ser curados, ou, pelo menos, voltassem à condição de

viver no seio da família. Por fim, em geral associado a cada um dos motivos acima, as famílias viram naquele estabelecimento a saída para os problemas gerados pela manutenção de um alienado em casa, fossem eles de ordem financeira, física ou moral.

Com essas abordagens, esperamos ter suscitado novas questões e debates, apontando novas facetas das relações entre o hospício e a sociedade imperial, que não apenas a busca de controle de uma instituição ou da própria ciência psiquiátrica sobre a população. Sabemos que, justamente por se tratar de uma relação, todas as faces devem ser destacadas, e temos consciência de que, apesar de termos privilegiado outras visões que não a do olhar médico, esta esfera é fundamental. Embora não tenhamos dado conta de todos os aspectos possíveis, esperamos ter contribuído, com a incorporação de novos atores sociais, que entendemos ser fundamentais para as análises sobre essa instituição e que não poderão mais ser negligenciados.

Certamente os aspectos aqui destacados não eliminam outras interpretações. O fato de não termos podido apreender, a partir dos prontuários disponíveis, o papel da polícia como órgão responsável pelo recolhimentos dos alienados pobres das ruas, não significa que essa seja uma dinâmica a ser eliminada. Como afirmamos, os prontuários analisados não dão conta de todo o universo de enfermos que passaram pela instituição, excluindo a possibilidade de análise dos que entravam, passavam alguns dias e não deixavam vestígio. Além disso, o próprio fato de termos destacado projetos de cura entre os meios psiquiátricos, corroborando outros trabalhos, não nos autoriza a descartar ou negligenciar vínculos sociais e mesmo preconceitos de classe que pudessem reger o olhar, pelo menos de parte dos médicos, sobre os alienados.

Assim, como procuramos explicitar ao longo do texto, o que nos parece fundamental é pensar no quão complexas, justamente pela diversidade de atores envolvidos, eram as relações que se estabeleciam dentro e ao redor da instituição. A ideia não foi aqui de criar um novo e único modelo explicativo, que eliminasse os anteriores, mas sugerir novas possibilidades e novos caminhos de análise, que, com respeito à complexidade da vida humana, fujam de modelos únicos e reducionistas. Com enfoque nos prontuários médicos e embasados por uma visão crítica do controle social, buscamos trilhar caminhos de pesquisa, tornando mais diversificadas e interessantes as possibilidades de análise das demandas e agências dentro de uma mesma instituição que teve múltiplas faces.

Nesse sentido, ao invés de apresentar um modelo pronto e fechado, apresentamos uma interpretação nova para a instituição, esperando abrir outros caminhos e abordagens. No entanto, se o objetivo não era apresentar uma análise única e conclusiva do hospício, estamos

certos de ter contribuído com aspectos que são fundamentais para os debates acerca da ciência psiquiátrica no Brasil e que, até o momento, eram costumeiramente desconsiderados.

Além de um novo enfoque teórico, as peculiaridades da documentação nos permitiram empreender esse projeto, trazendo à tona novas questões. Sem dúvidas, este foi um primeiro esforço analítico tanto das questões suscitadas, quanto da documentação em si. Esperamos, assim, que esses primeiros esforços, que não estão sendo só nossos, de manuseio dessa material, desperte interesse de outros historiadores e cientistas sociais por uma das instituições mais relevantes para os estudos do alienismo no Brasil.

FONTES

- Instituto Municipal Nise da Silveira:

AIMNS – Catálogo de resumos dos prontuários 1844 – 1889.

AIMNS – Cx. 028 – Prontuários 1880

AIMNS – Cx. 031 – Prontuários 1883

AIMNS – Cx. 032 – Prontuários 1884 a 1887

AIMNS – Cx. 033 – Prontuários 1888 e 1889 (letras A a E)

AIMNS – Cx. 034 – Prontuários 1889 (letras F a V)

- Arquivo Nacional:

AN – Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84 – Recortes de jornais

AN – Série Saúde/ Ministério do Império – maço IS³09, 1880-84 – Ofícios

- Decretos:

Decreto 1077 de 04 de dezembro de 1852 – Aprova e Manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo.

- Sítios da Internet:

Arquivo Nacional Torre do Tombo - <http://digitalq.dgarq.gov.pt/details?id=4187671>
(Acesso em 30/01/2012)

Colégio Brasileiro de Genealogia - <http://www.cbg.org.br> (Acesso em 30/01/2012)

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro - <http://www.santacasarj.org.br/>
(Acesso em 30/01/2012)

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, Marcos C. Controle social – notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo em Perspectiva*, 18 (1): 168-176. São Paulo, 2004.
- ALVES, Lourence Cristine. *O Hospício Nacional de Alienados: terapêutica ou higiene social?* Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.
- BERTOLLI, Claudio Filho. Prontuários Médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 3, n. 1, p. 173-180, Rio de Janeiro: mar/jun. 1996.
- BERTOLLI, Claudio Filho. Prontuários Médicos e a Memória da Saúde Brasileira. *Boletim do Instituto de Saúde*, nº 38. São Paulo, abril 2006.
- BUARQUE DE HOLANDA, Sérgio. *Raízes do Brasil*, 24ª edição. Rio de Janeiro: José Olympio Ed. 1992 (101-112).
- CHALHOUB, Sidney. *Visões da liberdade: uma história das últimas décadas da escravidão na Corte*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- COSTA, Jurandir. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Xenon Ed., 1989
- CUNHA, Maria Clementina P. *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- CUNHA, Olívia M.; GOMES, Flávio dos S. (orgs). *Quase-cidadão: histórias e antropologias da pós-emancipação no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- EDLER, Flávio. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884*. Tese (Mestrado em História). Departamento de História, USP, 1992.
- EDLER, Flávio. “A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico”. *Asclépio – Revista de historia de la medicina y de la ciencia*. V.L-2, 1998. (pp. 169- 186).
- ENGEL, Magali G. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 5 (3): 47 – 63. Rio de Janeiro, nov. 1998 – fev. 1999.
- ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- FRAGOSO, João; GOUVÊA, Maria de Fátima S. e BICALHO, Maria Fernanda B., “Uma leitura do Brasil Colonial: Bases da materialidade e da governabilidade no Império”. *Penélope - Revista de História e Ciências Sociais*. Lisboa, nº 23. Nov. 2000.

- GANDELMAN, Luciana M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 8 (3): 613 – 630. Rio de Janeiro, Set-Dez. 2001.
- GONCALVES, Monique de S.; EDLER, Flávio C. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Rev. latinoamericana de psicopatologia. fundamental*. São Paulo, v. 12, n. 2, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Sept. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000200013>.
- GONÇALVES, Monique de S. *Mente Sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das “nevroses” e da loucura na Corte Imperial (1850-1880)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, COC/Fiocruz, 2010.
- GRAHAM, Richard. *Clientelismo e política no Brasil do século XIX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997
- HESPANHA, Antonio Manuel. A constituição do Império Português. Revisão de alguns enviesamentos correntes (cap.5). In: FRAGOSO, João; BICALHO, Maria & GOUVÊA, Maria (Orgs.). *O Antigo Regime nos Trópicos – A dinâmica imperial portuguesa (séculos XVI – XVIII)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- HUERTAS, Rafael. Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma. In: MIRANDA, Maria e SIERRA, Álvaro. *Cuerpo, biopolítica y control social: América Latina y Europa en los siglos XIX y XX*, 2009.
- IGNATIEFF, Michael. Instituições Totais e Classes Trabalhadoras: Um Balanço Crítico. *Revista Brasileira de História*. V. 7 nº 14. São Paulo. Março-Agosto. 1987.
- MOLINA, Andrés Rios. Un mesías,, Ladrón y Paranoico em el Manicomio La Castañeda. A proposito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de Historia Moderna y contemporânea de México*. n. 37, enero – junio 2009
- KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- KROPF, Simone. Conhecimento médico e construção social das doenças. Algumas questões conceituais. In: KREIMER, Pablo et all. *Produccion y uso social de conocimientos: estudios de sociologia de la ciencia y la tecnologia en America Latina*. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes Editorial, 2006.
- LORENZO, Ricardo de. ‘*E aqui enloqueceo*’ - A alienação mental na Porto Alegre escravista (c.1843-c.1972). Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, 2007.
- MACHADO, Roberto; LOUREIRO. A.; LUZ, R.; MURICY, K. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

- MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- MELO, Mariana F. *Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – assistencialismo, solidariedade e poder (1780-1822)*. Dissertação de Mestrado. História – PUC/Rio. Rio de Janeiro. 1997.
- MELO, Mariana F. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro: assistencialismo, sociabilidade e poder. In: ARAUJO, Maria M. *As Misericórdias das duas margens do Atlântico: Portugal – Brasil (séculos XV-XX)*. Cuiabá: Carlini & Caniato, 2009
- NYE, Robert A. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, vol. 39 (2), 115-129. Spring 2003.
- PATTO, Maria Helena S. Teoremas e cataplasmas no Brasil Monárquico – o caso da medicina social. In: *Novos Estudos CEBRAP*, n.44. São Paulo: Março 1996.
- PAULA, Richard Negreiros de. *Paciente duplicado: psiquiatria e justiça no Rio de Janeiro, entre as décadas de 1890 e 1910*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.
- PESTRE, Dominique. “Por uma nova história social e cultural das ciências : novas definições, novos objetos, novas abordagens, *Cadernos do IG/Unicamp*, V. 6. Nº1, 1996, p. 3-56.
- PIMENTA, Tânia S. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro. (1828-1855)*. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP. Campinas: 2003. (Cap. 2)
- REIS, José Roberto F. *Higiene mental e eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)*. Dissertação de Mestrado – UNICAMP. 1994.
- ROSENBERG, Charles E. “Framing disease: Illness, society and history”, In: ROSENBERG, Charles E. e GOLDEN, Janet (eds). *Framing disease. Studies in cultural history*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1977.
- SCHWARCZ, Lilia M. *As Barbas do Imperador: D. Pedro II, um monarca nos trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- SHAPIN, Steven. *A Revolução Científica*, Portugal, DIFEL, 1999, p. 23-35; 81-127.
- TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. *Deus e a Ciência na Terra do Sol: O Hospício de Pedro II e a constituição da Medicina Mental no Brasil*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1998.
- THOMPSON, E.P. *Costumes em comum*. São Paulo: Cia das Letras, 1998.
- VELLASCO, Ivan de A. Clientelismo, ordem privada e Estado no Brasil oitocentista: notas para um debate. In: CARVALHO, José M. e NEVES, Lúcia M. *Repensando o Brasil do Oitocentos: Cidadania, política e liberdade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 71-100.

- VENÂNCIO, Ana. T. A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10 (3): 883 – 900. Rio de Janeiro, set. – dez. 2003.
- VILLASANTE, Olga. Tutela y práctica médica em el Manicomio de Leganés (1852-1900): la población manicomial decimonónica. *Livro de resumos do III Encontro da Rede Iberoamericana em História da Psiquiatria*. Rio de Janeiro. Nov. 2010.
- VILLASANTE, Olga. Orden y norma em el Manicomio de Leganés (1851-1900): el discurrir diario del paciente decimonónico. *Frenia*. Vol. VIII-2008, 33-68.
- WILLIAMS, Elizabeth A. *The Physical and the moral: Anthropology, physiology, and philosophical medicine in France, 1750-1850*. Cambridge University Press: 1994.

ANEXOS

Anexo A: Diagnósticos atribuídos a escravos e libertos entre 1847 e 1888.

Escravos	
alcoolismo	1
alienação	1
alucinação	2
congestão cerebral	1
delírio	2
delírio tremens	5
demência	29
dipsomania	1
encefalite puerperal	1
epilepsia	6
excitação maníaca	1
imbecilidade	3
lipemania	1
mania	127
marasmo	1
monomania	8
monomania ambiciosa	1
outro	1
paralisia	2
NC	13
Total	207

Libertos	
delírio	2
delírio alcoólico	1
demência	42
demência senil	6
epilepsia	2
excitação	2
histerismo	1
idiotismo	1
lipemania	1
mania	76
mania alcoólica	1
monomania	5
monomania religiosa	1
paralisia	3
NC	9
Total	153

Obs.1:NC = não consta, incluindo os casos em que o campo não foi preenchido ou em que foram anotados diagnósticos não relacionados a doença mental

Obs.2: Outro = diagnósticos isolados. Ex: amolecimento cerebral, agenesias intelectuais.

Anexo B: Diagnósticos atribuídos a livres entre 1847 e 1888

Livres	
alcoolismo	8
alienação	8
alucinação	19
cleptomania	1
congestão cerebral	1
debilidade mental	1
delírio	12
delírio alcoólico	11
delírio histérico	1
delírio nervoso	1
delírio tremens	19
demência	271
demência senil	3
dipsomania	1
embriaguez	1
encefalite	1
epilepsia	38
erotomania	1
excitação	1
excitação maníaca	3
febre	2
hemiplegia	1
histerismo	3
histeromania	8
idiotismo	16
imbecilidade	28
lipomania	32
lipomania puerperal	1
loucura	4
loucura epiléptica	3
loucura paralítica	7
loucura puerperal	2
mania	621
mania alcoólica	1
mania ambiciosa	1
mania histérica	5
mania homicida	2
mania puerperal	2
mania religiosa	3
melancolia	8
melancolia puerperal	3
monomania	69
monomania ambiciosa	14
monomania religiosa	3
não apresentou doença mental	1

outro	10
paralisia	34
paranóia	4
peri-encefalite	1
psicopatía histérica	1
psicose	1
velhice	2
NC	96
Total	1391

Obs.1: NC = não consta, incluindo os casos em que o campo não foi preenchido ou em que foram anotados diagnósticos não relacionados a doença mental

Obs.2: Outro = diagnósticos isolados. Ex: amolecimento cerebral, agenesias intelectuais.

Diagnósticos por condição social - década de 1850					
Diagnóstico	Escravos	Livres	Libertos	NC	Total
alucinação	0	3	0	0	3
alucinação e mania	0	1	0	0	1
delírio tremens	3	8	0	0	11
demência	9	103	15	0	127
demência e outro	0	5	0	0	5
demência e paralisia	3	26	8	1	38
epilepsia	2	13	0	0	15
epilepsia e outro	1	4	0	0	5
idiotismo	0	10	1	0	11
mania	56	188	44	2	290
mania agitada	4	15	0	1	20
mania agitada e outro	1	2	0	0	3
mania com alucinação	3	5	0	0	8
mania com tentativa de suicídio	0	1	0	0	1
mania deprimente com alucinação	0	1	1	0	2
mania e demência	0	5	1	0	6
mania e epilepsia	3	6	1	0	10
mania e monomania	1	2	0	0	3
mania e outro	1	4	1	0	6
mania furiosa	0	1	1	0	2
mania religiosa	0	2	0	0	2
mania, monomania e demência	0	1	0	0	1
monomania	1	13	3	1	18
monomania ambiciosa	0	1	0	0	1
monomania e outro	0	2	0	0	2
monomania religiosa	0	0	1	0	1
NC	4	15	5	0	24
outros	2	6	1	0	9
paralisia	1	3	2	0	6
paralisia e demência	0	1	0	0	1
Total	95	447	85	5	632

Obs.1: NC = não consta, incluindo os casos em que o campo não foi preenchido ou em que foram anotados diagnósticos não relacionados a doença mental

Obs.2: Paralisia = paralisia progressiva ou paralisia geral ou paralisia de membros.

Obs.3: Mania com furor = mania furiosa.

Obs.4: “Outro” = segundo diagnóstico de combinação que não se repete ou que se repete menos de 3 vezes.

Obs. 5: Outro sozinho = diagnósticos isolados. Ex. congestão cerebral, velhice, alienação mental, demência senil, encefalite puerperal.

Anexo D: Diagnósticos por condição social - década de 1860

Diagnósticos por condição social - década de 1860					
Diagnóstico	Escravos	Livres	Libertos	NC	Total
alcoolismo	2	2	0	0	4
alcoolismo e outro	1	0	0	0	1
alienação mental	1	4	0	0	5
alucinação	0	7	0	0	7
alucinação e outro	0	1	0	0	1
cleptomania	0	1	0	0	1
delírio	2	3	1	0	6
delírio alcoólico	0	8	1	0	9
delírio alcoólico e outro	0	1	0	0	1
delírio e outro	0	2	0	0	2
delírio sintomático	0	2	1	0	3
delírio tremens	2	11	0	0	13
demência	11	82	10	1	104
demência com delírio	0	2	1	0	3
demência com paralisia	5	23	6	0	34
demência e outro	1	2	0	0	3
demência senil	0	1	5	0	6
epilepsia	2	11	1	0	14
epilepsia e paralisia	1	1	0	0	2
excitação maníaca	1	6	0	0	7
excitação e histerismo	0	1	0	0	1
idiotismo	0	3	0	0	3
idiotismo e paralisia	0	1	0	0	1
imbecilidade	2	14	0	0	16
imbecilidade e outro	1	4	0	0	5
lipemania	1	11	0	0	12
lipemania e outro	0	2	0	0	2
loucura	0	2	0	0	2
mania	42	140	16	3	201
mania agitada	6	31	2	0	39
mania agitada e outro	0	3	0	0	3
mania aguda	0	2	0	0	2
mania alcoólica	0	0	1	0	1
mania ambiciosa, paralisia e marasmo	0	1	0	0	1
mania com alucinação	0	4	0	0	4
mania com fervor	1	3	0	0	4
mania com paralisia	1	2	0	0	3
mania deprimente com alucinação	0	3	0	0	3
mania e demência	0	3	0	0	3
mania e outro	0	13	1	0	14
mania histérica	0	1	0	0	1
mania homicida	0	1	0	0	1
mania intermitente	0	4	1	0	5
mania periódica	0	1	1	0	2

mania religiosa e demência	0	1	0	0	1
marasmo	1	0	0	0	1
melancolia	0	4	0	0	4
melancolia puerperal	0	3	0	0	3
meningo encefalite	0	2	0	0	2
monomania	7	31	1	0	39
monomania ambiciosa	1	4	0	0	5
monomania ambiciosa e paralisia	0	3	0	0	3
monomania com alucinação	0	3	0	0	3
monomania e outro	0	5	0	0	5
monomania religiosa	0	1	0	0	1
não apresentou doença mental	0	1	0	0	1
NC	5	39	2	0	46
outros	3	19	2	0	24
paralisia	0	10	1	0	11
paralisia e outro	1	2	0	0	3
Total	101	548	54	4	707

Obs. 1: demência com paralisia foi mantido

Obs. 2: mania depressiva = mania deprimente

Obs. 3: mania com agitação = mania agitada

Obs. 4: NC = não consta, ou não consta diagnóstico de doença mental.

Obs. 5: paralisia = paralisia progressiva ou paralisia geral ou paralisia de membros.

Obs. 6: complicada de alucinação = manias complicadas por alucinação de algum sentido.

Obs. 7: delírio geral ou parcial = delírio

Obs. 8: delírio congestivo sintomático (1 caso) = delírio sintomático

Obs. 9: exaltação maníaca = excitação maníaca

Obs. 10: demência paralítica = demência com paralisia

Obs. 11: outro= segundo diagnóstico de combinação que não se repete.

Obs 12: outro sozinho = ilegível ou diagnósticos que não se repetem, amolecimento cerebral, anemia cerebral, delírio histérico, delírio melancólico, erotomania, febre cerebral, hemiplegia e imbecilidade consecutiva, loucura puerperal forma melanestica, velhice, nervoso...

Anexo E: Diagnósticos por condição social - década de 1870

Diagnósticos por condição social - década de 1870					
Diagnóstico	Escravos	Livres	Libertos	NC	Total
alcoolismo	1	2	0	0	3
alcoolismo crônico e mania	0	1	0	0	1
alucinação	0	2	0	0	2
alucinação e mania	1	2	0	0	3
alucinação e outro	0	3	0	0	3
delírio	0	1	0	0	1
delírio alcoólico	0	1	0	0	1
demência	0	10	1	1	12
demência e imbecilidade	0	1	0	0	1
demência e paralisia	0	2	0	0	2
demência senil	0	0	1	0	1
dipsomania	1	1	0	0	2
epilepsia	0	4	1	0	5
epilepsia e outro	0	3	0	0	3
histeria	0	1	0	0	1
histeria e mania deprimente	0	1	0	0	1
histeromania	0	2	0	0	2
histeromania deprimente	0	2	0	0	2
idiotismo	0	0	0	1	1
imbecilidade	0	2	0	1	3
imbecilidade; demência; monomania	0	0	0	1	1
lipemania	0	5	0	1	6
lipemania puerperal	0	1	0	0	1
loucura epiléptica	0	2	0	1	3
mania	0	9	0	0	9
mania agitada	0	6	0	0	6
mania agitada e outro	0	4	0	1	5
mania aguda	0	1	0	0	1
mania aguda expansiva	0	1	0	0	1
mania com tendências suicidas	0	2	0	0	2
mania crônica	0	1	0	0	1
mania crônica deprimente	0	5	0	0	5
mania crônica deprimente com alucinação	0	15	0	1	16
mania crônica deprimente com alucinação de natureza alcoólica	0	0	1	0	1
mania crônica deprimente com alucinação e outro	0	2	0	1	3
mania crônica deprimente	0	2	0	0	2

e demência					
mania crônica dupla com alucinação	0	1	0	0	1
mania crônica expansiva	0	1	1	0	2
mania crônica expansiva com alucinação	0	1	0	0	1
mania crônica expansiva com alucinação e outro	0	2	0	0	2
mania depressiva	1	10	1	1	13
mania depressiva com alucinação	0	15	1	3	19
mania depressiva com alucinação e outro	0	4	0	0	4
mania depressiva e outro	0	3	1	1	5
mania e outro	0	4	0	1	5
mania expansiva	0	2	0	0	2
mania histérica	0	2	0	0	2
mania histérica e mania depressiva	0	1	0	0	1
mania periódica agitada	0	1	0	0	1
mania periódica e outro	0	2	0	0	2
mania tranquila	0	0	0	1	1
melancolia	0	1	0	0	1
monomania	0	4	0	0	4
monomania ambiciosa	0	3	0	0	3
manomania ambiciosa e outro	0	4	0	0	4
monomania e mania depressiva	0	2	1	0	3
monomania e outro	0	3	0	0	3
monomania religiosa; mania depressiva; alucinação e demência	0	1	0	0	1
NC	2	14	1	1	18
outros	1	5	0	1	7
paralisia	0	9	0	2	11
paralisia e outro	0	2	0	0	2
Total	7	194	10	20	231

Obs.1: Demência com paralisia foi mantido

Obs.2: Mania depressiva=mania depressiva; mania com agitação = mania agitada

Obs.3: NC = não consta, ou não consta diagnóstico de doença mental.

Obs.4: Paralisia=paralisia progressiva ou paralisia geral ou paralisia de membros.

Obs. 5: “complicada de alucinação” = manias complicadas por alucinação de algum sentido.

Obs.6: delírio geral ou Parcial = delírio

Obs.7: delírio congestivo sintomático = delírio sintomático (1 caso)

Obs.8: exaltação maníaca = excitação maníaca

Obs.9: demência paralítica = demência com paralisia

Obs.10: Os segundos ou terceiros diagnósticos foram simplificados.

Obs.11: outro = segundo diagnóstico de combinação que não se repete.

Obs.12: outro sozinho = alienação mental, encefalite e loucura paralítica; epilepsomania; loucura paralítica; neuropatia; superexcitação cerebral em consequência de abuso de bebidas alcólicas.

Anexo F: Diagnósticos por condição social – década de 1880

Diagnósticos por condição social - década de 1880					
Diagnóstico	Escravos	Livres	Libertos	NC	Total
alcoolismo	0	1	0	0	1
alcoolismo crônico	0	1	0	1	2
alcoolismo crônico e outro	0	1	0	1	2
delírio alcoólico	0	1	0	1	2
demência	0	6	1	7	14
demência consecutiva; fúria e delírio	0	1	0	0	1
demência parálitica	0	6	0	0	6
demência senil	0	1	0	1	2
epilepsia	0	1	0	2	3
hipefrenia	0	0	0	1	1
hipefrenia e demência	0	0	0	1	1
histeromania	0	3	0	0	3
histeromania e demência	0	1	0	0	1
idiotismo	0	1	0	2	3
idiotismo e outro	0	1	0	1	2
imbecilidade	0	6	0	2	8
imbecilidade consecutiva	0	0	0	1	1
imbecilidade e delírio	0	1	0	0	1
lipemania	0	6	1	4	11
lipemania e outro	0	4	0	2	6
lipemania melancólica	0	0	0	1	1
lipemania por alcoolismo	0	2	0	0	2
loucura parálitica	0	6	0	1	7
loucura periódica	0	1	0	0	1
loucura puerperal lipemaníaca crônica	0	1	0	0	1
mania	0	16	0	3	19
mania agitada	1	4	0	2	7
mania aguda	0	3	0	3	6
mania aguda e outro	1	1	0	1	3
mania alcoólica	0	1	0	0	1
mania apática	0	1	0	1	2
mania com alucinação	1	1	0	0	2
mania crônica	0	7	0	2	9
mania crônica deprimente com alucinação	0	1	1	0	2
mania crônica e outro	0	2	0	1	3
mania deprimente	1	7	0	0	8
mania deprimente com alucinação	1	8	0	1	10
mania deprimente com alucinação e outro	0	1	0	1	2
mania deprimente e outro	0	6	0	0	6
mania e outro	1	9	0	0	10
mania epiléptica	0	2	0	0	2
mania expansiva	0	2	0	0	2

mania histérica	0	1	0	1	2
mania homicida	0	1	0	0	1
mania mista	0	1	0	0	1
mania periódica	1	3	0	0	4
mania periódica deprimente	0	1	0	0	1
mania periódica mista	0	1	0	0	1
mania puerperal	0	2	0	1	3
mania remitente	0	0	0	1	1
mania suicida	0	0	0	1	1
megalomania religiosa	0	1	0	0	1
melancolia	0	1	0	0	1
melancolia e outro	0	2	0	0	2
monomania	0	2	0	0	2
monomania religiosa; lipomania por alcoolismo; demência	0	1	0	0	1
NC	0	27	1	5	33
outro	0	14	0	7	21
paralisia	0	5	0	2	7
paralisia e demência	0	1	0	0	1
paranóia	0	1	0	1	2
paranóia degenerativa	0	2	0	0	2
periencefalite difusa	0	1	0	4	5
psicopatia histérica	0	1	0	0	1
psicose nervosa de forma perigosa	0	1	0	0	1
psicose nervosa lipemaníaca	0	3	0	0	3
Total	7	197	4	67	275

Obs.1: mania simples = mania

Obs.2: periencefalite crônica difusa = periencefalite difusa (1 caso)

Obs.3: mania depressiva = mania deprimente

Obs.4: mania com agitação = mania agitada

Obs.5: NC = não consta, ou não consta diagnóstico de doença mental.

Obs.6: paralisia = paralisia progressiva ou paralisia geral ou paralisia de membros.

Obs.7: “complicada de alucinação” = manias complicadas por alucinação de algum sentido.

Obs.8: delírio geral ou parcial = delírio

Obs.9: exaltação maníaca = excitação maníaca

Obs.10: outro sozinho = ilegível ou debilidade mental; loucura epilética; loucura parafrenal; mania vesânica (lipefrenia); alienação; pachimeningite; pseudo-paralisia geral; teomania; delírio alucinatório; demência precoces; demência sintomática.