UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE Curso de Psicologia – CCBS

RELATÓRIO DE PESQUISA

Título do projeto: 100 anos do pensamento psiquiátrico no Brasil – estudo dos prontuários do Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima

Pesquisador Líder: Prof. Dr. Erich Montanar Franco

SUMÁRIO:

1. Principais objetivos do projeto inicial	pág. 3
2. Descrição das etapas executadas visando ao alcance dos objetivos	pág. 3 pág. 5 pág. 17 pág. 32 pág. 33
Anexo I - parecer Cep/Sap de 19 de abril de 2012	pág.34
Anexo II - parecer Cep/Sap de 17 de maio de 2012	pág. 36 Pág. 38 pág. 40
Anexo V – Incêndio	pág. 42

1. PRINCIPAIS OBJETIVOS DO PROJETO INICIAL

O projeto tinha como proposta inicial a análise dos prontuários do acervo histórico do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico "André Teixeira Lima". Esse estudo ocorreu sob a perspectiva dos construtos teóricos sobre as instituições e as relações de poder elaborados por Michel Foucault. Desta forma, a pesquisa seria composta por duas etapas:

Etapa Quantitativa

- a) Organizar os prontuários do acervo histórico, descrever a estrutura dos documentos e realizar quantificação de seu conjunto e conteúdo.
- b) Realizar análise quantitativa dos dados presentes nos prontuários

Etapa Qualitativa

Analisar o discurso presente nos prontuários a partir das categorias arqueológicas do saber psiquiátrico. Para tanto o discurso médico seria organizado a partir da localização de núcleos de significado presentes no mesmo.

2. DESCRIÇÃO DAS ETAPAS EXECUTADAS NO PERÍODO VISANDO AO ALCANCE DOS OBJETIVOS

a) Grupo de Estudos "O poder Psiquiátrico".

A primeira atividade realizada foi a realização de grupo de estudo com os pesquisadores envolvidos e outros alunos da instituição. O objetivo do grupo de estudo foi o aprofundamento na obra de Michel Foucault, pois esses estudos contêm os elementos fundamentais para o desenvolvimento de uma proposta metodológica e para a análise do material. Nos encontros semanais foram estudados textos das seguintes obras:

FOUCAULT, M. Históri	a da loucura. São Paulo: Perspectiva, 2002.
Microf	ĭsica do Poder . Rio de Janeiro:Graal, 2006.
Arque	ologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2008.
O pod	er psiquiátrico. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo
Martins Fontes 2006	

b) Contato com a instituição para agendamento das visitas ao acervo.

Nesse primeiro contato foi solicitado parecer do Comitê de Ética da Secretaria de Administração Psiquiátrica (SAP). Exigência questionável, uma vez que a pesquisa não envolveu seres humanos. O material a ser utilizado compunha acervo histórico dos prontuários e não continha prontuários correntes.

d) Reuniões periódicas

Nesses encontros realizados para o estudo e discussão da história dos manicômios no Brasil e da proposta metodológica do projeto.

e) Adequação do projeto ao protocolo do Comitê de Ética em Pesquisa da SAP.

O projeto de pesquisa foi protocolado no dia 14/03/2012. O parecer foi emitido no dia 19 de Abril de 2012 com número de registro CEP-SAP n. 06/2012¹. O parecer indicava pendências quanto aos dados dos pesquisadores; a Carta de Informação à Instituição não continha os emails dos pesquisadores e informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie. As solicitações foram atendidas e encaminhadas ao CEP-SAP em 20 de Abril de 2012. O parecer final foi emitido em 17 de Maio de 2012².

d) Visita dos pesquisadores à instituição para tratar das condições para coleta de dados.

Na ocasião foi acordado que os alunos envolvidos deveriam comparecer somente nos momentos em que uma das funcionárias designadas para acompanhar o processo estivesse presente. Agendamos duas visitas em junho para que os alunos pudessem conhecer e o acervo e fazer um primeiro levantamento da estrutura dos prontuários³.

e) Coleta de dados preliminares para exercícios de tratamento e análise dos dados

_

¹ Anexo I

² Anexo II

³ AnexoIII

A partir dos dados preliminares transcritos no local do acervo, pois qualquer registro digital dos prontuários foi proibido, realizamos exercícios de análise e tratamento dos dados com os alunos.

f) Agendamento de Visitas

Foram agendadas visitas para os meses de agosto, setembro e outubro. Segundo diretor do hospital, durante o mês de julho o acervo seria transferido para um local mais adequado dentro do próprio hospital. Por isso, as visitas deveriam ser retomadas apenas em agosto. Na data prevista, a transferência do material ainda não havia ocorrido e retomamos as visitas. Foram realizadas duas visitas em agosto. Na ocasião foram transcritos mais alguns poucos dados dos prontuários e realizada coleta de informações sobre a quantidade de prontuários arquivados.

g) Incêndio na Colônia Normativa II

Em setembro houve incêndio na Colônia Normativa II e as visitas foram suspensas por tempo indeterminado. Até a presente data, ainda não há resposta sobre a possibilidade da retomada dos trabalhos⁴.

h) Busca de novas fontes para a pesquisa

Em virtude da suspensão das visitas, o que impossibilitou a coleta de dados, buscamos outras fontes históricas para o estudo do pensamento psiquiátrico no Brasil. Localizamos na biblioteca da Faculdade de Medicina da USP documentos históricos importantes e complementares: **Boletim de Higiene Mental** (1929-1949). No Arquivo do Estado localizamos **prontuários históricos do Hospital Psiquiátrico Pinel**. Em Dezembro de 2012, fomos informados de que material referente ao período da fundação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima até a década de 1960 foi transferido para o Arquivo do Estado e será de acesso livre ao público em breve, pois passará por processo de desmetalização e descontaminação. Material que consultaremos para dar continuidade à pesquisa.

⁴ Anexo IV

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS OBTIDOS

As informações e análises apresentadas a seguir são fruto de registros parciais e preliminares que tiveram como função principal sedimentar os princípios teóricos e metodológicos entre os pesquisadores envolvidos (alunos de graduação, professores e psicólogos). Portanto não são conclusivos.

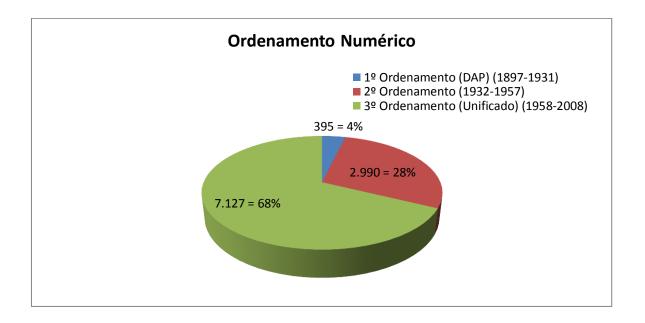
3.1 Quantificação Preliminar

Seguindo a proposta inicial dessa pesquisa, buscou-se quantificar o acervo. Nessa primeira etapa foi realizado um registro preliminar que permite reafirmar a importância do acervo histórico referente ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima (HCTALT). O acervo do hospital conta com um total de 10.512 prontuários registrados e ordenados em três tipos diferentes de numeração:

- 1º Ordenamento Numérico: refere-se aos prontuários de pacientes encaminhados pelo Hospital Juquery, na ocasião da inauguração do HCTALT, em 1933. Os prontuários são datados a partir de 1897 até 1931 somam um total de 395.
- 2º Ordenamento Numérico: refere-se aos prontuários de pacientes que deram entrada em 1932 no HCTALT. Neste segundo ordenamento, encontram-se os prontuários referentes ao período de 1932 a 1957 e numerados de 1 a 3.056. Contudo foram detectadas lacunas na numeração e a duplicação da numeração, foram contabilizados um total de 2.990 prontuários.
- 3º Ordenamento Numérico: refere-se aos prontuários de pacientes que ingressaram no hospital a partir de 1958 até os dias de hoje, sendo total para esse período equivalente a 7.127 prontuários.

Com o prosseguimento da pesquisa será realizada uma análise quantitativa detalhada do conteúdo dos prontuários. Entendemos que poderemos coletar, de forma mais detalhada, importantes dados históricos sobre as internações, tais como: a proporção de internações entre os gêneros, o volume de internações em cada período histórico, a quantidade de reentradas no hospital, as causas mais frequentes para a internação. Além disso, todas essas variáveis poderão ser correlacionadas entre si. A seguir, apresentamos os resultados preliminares desse processo de quantificação.

O gráfico abaixo apresenta a distribuição dos 10.512 prontuários nas diferentes ordenações numéricas:

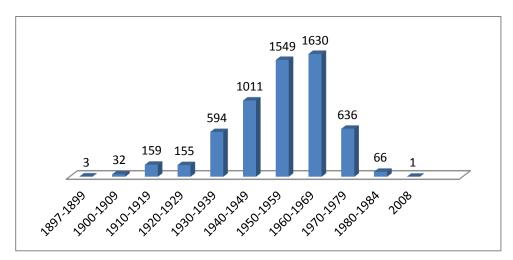


3.1.1 Análise quantitativa por período histórico

Para realizar a quantificação do número de internações que ocorreram em cada período histórico, procedeu-se à divisão por década, separando-se os registros da primeira internação e das internações reincidentes. Foram excluídos os prontuários que não tinham o registro do ano da internação, estes correspondem a um total de 4.153 prontuários, que corresponde a 39,5% do total de prontuários arquivados.

3.1.2 Registros da primeira internação

Em relação à primeira internação, encontrou-se 5.836 prontuários que contém a informação do ano da internação. No gráfico abaixo, pode-se conferir o crescente número de internações com o passar das décadas.



Distribuição do Número de internações ao longo das décadas

Observa-se, a partir destes gráficos, que os períodos compreendidos pelas décadas de 1960, 1950 e 1940, foram os que apresentaram, respectivamente, maior índice do número de pacientes internados pela primeira vez no HTCATL. Cabe investigar se isso é reflexo da intensificação do modelo asilar nesses períodos.

3.1.3 Proporção entre os gêneros

Não é possível afirmar o número exato da proporção entre os pacientes do gênero feminino e masculino que foram internados no HCTATL. A partir do nome do paciente, foi possível estimar a proporção entre homens e mulheres internados no período de 1897 a 1957, que correspondente ao primeiro e segundo ordenamento numérico. Mesmo assim, não se pode considerar o resultado exato, pois muitos nomes podem ser usados tanto para homens quanto para mulheres, como é o caso do nome Nadir. Ainda não foi realizada a quantificação material arquivado segundo o terceiro ordenamento numérico, que corresponde a 67,80% (7.127) dos prontuários do acervo.

Considerando 3.385 prontuários (período de 1897 a 1957), tem-se a seguinte proporção entre gêneros:



Essa discrepância nos faz refletir sobre o caráter disciplinar da internação psiquiátrica. Conforme Foucault (2002) é notória a relação das instituições a asilares com os setores produtivos da sociedade. Nossa hipótese é que essa pequena quantidade de mulheres internadas diz respeito ao papel social desse gênero no período histórico descrito.

3.2 Aprofundamento teórico-metodológico desenvolvido no grupo de pesquisa

O método que é proposto pode ser apresentado a partir de duas perspectivas: a Arqueologia do Saber e a Genealogia do Poder. Em sua arqueologia, Foucault (2008) propõe escavar o solo epistemológico de determinada época, investigando a constituição dos saberes, suas interelações discursivas e suas articulações com as instituições. O solo epistemológico é justamente esse conjunto de princípios e de condições e possibilidades dos saberes numa determinada época. Instituição é toda forma articulada de saberes que exerce coerção sobre os indivíduos.

Através da arqueologia Foucault (2008) procura investigar o como do aparecimento e da transformação dos saberes nas instituições. Analisar, por exemplo, a formação de certo tipo de saber sobre a prisão. Todavia essa forma de análise não responde à questão de quais os fatores que provocaram transformações no campo geral do saberes e das verdades, ou seja, no próprio solo epistemológico. Por que uma determinada época, marcada por um conjunto de saberes, cedeu lugar a outra na qual os princípios da ordem ou da configuração geral dos saberes se transformaram? Esta questão só pode ser entendida quando nos referimos à segunda perspectiva do método Foucaultiano, ou seja, à Genealogia do Poder. Nesta última, busca-se o porquê dos saberes, situando-os como uma peça das relações de poder, privilegiando o estudo das relações entre o saber constituído e os poderes existentes na sociedade em seus mais variados dispositivos de poder: os discursos, as leis, as ciências, as morais, as medidas etc. Nesta investigação Foucault (2008) não está se referindo ao poder como o conjunto de instituições ou aparelhos garantidores da sujeição dos cidadãos, nem como o sistema geral de dominação, mas como a multiplicidade de correlações de força ou as estratégias em que se originam as cadeias ou essas correlações presentes como uma rede que toma corpo nos aparelhos estatais, nas formulações da lei, nas hegemonias sociais - o poder não é uma instituição e nem uma estrutura, é o nome de uma situação estratégica complexa em uma sociedade determinada. Possui uma série de miras e objetivos e não se pode buscar a equipe que preside sua racionalidade. Foucault (2008), no seu estudo sobre a loucura, propõe que se busque, a partir destas duas perspectivas do método, imergir a produção dos discursos sobre a loucura no campo das relações múltiplas e móveis de poder.

Ao contrário do que se pensa, a técnica penitenciária, inclusive nos dispositivos manicomiais, sempre passou por revisões e ampliação de sua eficácia, sem perder, no entanto, seus pressupostos. Críticas, projetos e discursos atuaram continuamente no aprimoramento da técnica: treinamento físico, aptidão para o trabalho, comportamento cotidiano, modificação de atitudes morais, disciplinarização, além de celas diferenciadas, horários, códigos gestuais, exercitamentos e táticas. Todos esses aspectos foram os preceitos básicos dos estudos da técnica penitenciária, dispositivos prisionais e de tratamento mental, visando todavia a especialização das formas de controle a fim de tornar os corpos dóceis, úteis e disciplinarizados. Micropenalidades com verificação minuciosa da conduta estão presentes em todos os lugares e geram castigos físicos leves, privações ligeiras, pequenas humilhações (FOUCAULT, 2002).

A teia da disciplina visa generalizar o *homo docilis* exigido pela sociedade racional, eficiente, técnica: uma criatura obediente, trabalhadora, escrupulosa e útil, flexível a todas as modernas táticas de produção de guerra. A sociedade burguesa tem como que uma obsessão pela norma: escolas normais, padrões de produção industrial, normas gerais de saúde etc. E também pelos exames: sanção normalizadora e vigilância hierárquica, necessidade de observação e constituição do direito de punir. Essa sobreposição do poder e do saber gerou o nascimento das ciências do homem: o exame, a normalização, a disciplinarização, a observação clínica, a observação penal e a avaliação educacional. Dessa forma, o homem tornou-se conhecível: alma, individualidade, consciência, comportamento numa relação de dominação-observação perfeitamente visível na técnica penitenciária e não tão claro no cotidiano da sociedade. A finalidade real dos manicômios é a de produzir a loucura, pois converte aqueles que foram julgados como fora das normas de comportamento em loucos (FOUCAULT, 2002).

Em 250 anos de especialização, os dispositivos manicomiais desenvolveram uma técnica que torna possível definir quem será o louco ou anormal e atribuíram assim papéis à loucura. Dessa forma, passou-se a administrar esta última, o que ainda hoje serve para justificar o aparato e a tecnologia das formas de biopolítica. Foucault (2006) propõe produzir uma história dos diferentes métodos de subjetivação do ser humano. O sujeito é o tema central da pesquisa, mas para isso devem-se estudar as relações de poder. Estudar as experiências fundamentais – a loucura, a doença, a morte, o crime, a sexualidade – e como os discursos racionais se apropriam disso. Não significa atacar esta ou aquela instituição de poder, ou grupo ou classe etc., mas sim a técnica particular, a forma do poder-saber que se exerce sobre a vida cotidiana imediata e que acaba por classificar os indivíduos em categorias.

Precisamos de uma nova economia das relações de poder. A Arqueologia do Saber propõe investigar as dimensões do poder, alargando sua definição, buscando não compreendê-lo como um conceito, mas como parte de nossas experiências concretas (FOUCAULT, 2008).

Na proposta metodológica, a preocupação está centrada na descrição dos discursos, não de quaisquer discursos, mas aqueles considerados científicos e, mais particularmente, os das chamadas ciências humanas. Em suas análises, os discursos são tomados em sua positividade, como "fatos", e trata-se de buscar não sua origem ou seu sentido secreto, mas as condições de sua emergência, as regras que presidem seu surgimento, seu funcionamento, suas mudanças, seu desaparecimento em determinada época, assim como as novas regras que presidem a formação de novos discursos em outra época (FOUCAULT, 2008).

A descrição dos fatos discursivos se limita a enunciados já formulados que compõem as formações discursivas. Nessa linha de leitura o que se quer é conhecer não a são regras formais e linguísticas do enunciado, mas o interjogo de regras que determina as condições e possibilidades do aparecimento, das transformações e do desaparecimento da ordem dos discursos, em épocas grupos sociais determinados, portanto, variável no processo histórico marcado por diferenças e descontinuidades (FOUCAULT, 2008).

Conhecer esse conjunto de regras que, em dadas época e sociedade, autoriza o que é permitido dizer, como se pode dizê-lo, quem pode dizê-lo, a que dispositivo ou instituições tal discurso está vinculado, o que deve ser reconhecido como verdade e o que não, representa o âmago do trabalho arqueológico (FOUCAULT, 2008).

A primeira fase do pensamento de Foucault, conhecida como "Arqueologia do Saber", abrange a década de 60, na qual escreve e publica os livros: História da Loucura (1961), O Nascimento da Clínica (1963), As palavras e as coisas (1966) e Arqueologia do Saber (1969). Neste momento de seu pensamento, Foucault pretende:

Determinar, nas suas dimensões diversas, o que deve ter sido na Europa, desde o século XVII, o modo de existência dos discursos e singularmente dos discursos científicos (...) para que se constitua o saber que é nosso hoje e, de maneira mais precisa, o saber que se deu por domínio este curioso objeto que é o homem (FOUCAULT, 1972, p. 79)5.

Foucault (2008) distingue claramente o "saber" e o "conhecimento": enquanto o primeiro corresponde à constituição dos discursos como processo de racionalização, identificação e classificação dos objetos; o conhecimento designa o movimento que modifica o sujeito durante o trabalho que efetua para conhecer. A análise arqueológica proposta por Foucault (2008) refere-se à organização dos saberes em uma determinada época sempre em função dos processos de classificação dos objetos. Já a análise genealógica que completaria a proposta metodológica trata de reconstituir a maneira na qual os saberes implicam-se aos dispositivos de poder, processo de objetivação e, para com o sujeito cognoscente, processo de subjetivação.

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico (o saber da psiquiatria no século XIX não é a soma do que se acreditava fosse verdadeiro; é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios de que se pode falar no discurso psiquiátrico); um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica e o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico); um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos

_

⁵ FOUCAULT, M. "Resposta a uma questão", *Revista Tempo Brasileiro*, 28 (*Epistemologia*). Rio de Janeiro, jan/mar, 1972.

aparecem, se definem, se aplicam e se transformam (neste nível, o saber da História Natural, no século XVIII, não é a soma do que foi dito, mas sim o conjunto dos modos e das posições segundo os quais se pode integrar ao já dito qualquer enunciado novo); finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (assim, o saber da economia política, na época clássica, não é a tese das diferentes teses sustentadas, mas o conjunto de seus pontos de articulação com outros discursos ou outras práticas que não são discursivas). Há saberes que são independentes das ciências (que não são nem seu esboço histórico, nem o avesso vivido); mas não há saber sem uma prática discursiva definida e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma (FOUCAULT, 2008, 206).

Foucault (2008) não pretende reduzir os discursos de uma época a uma unidade formal estruturada, mas desvelar a episteme presente nos enunciados, as tensões, os distanciamentos, as oposições, as diferenças na rede dos múltiplos discursos científicos. Por episteme queremos dizer um espaço de dispersão, um campo aberto e indefinido de relações discursivas. Assim, permite-se descrever a historicidade de tais práticas discursivas, suas transformações e características. Descrever o feixes de relações que faz proliferar os sistemas epistemológicos.

Portanto, ao propor uma arqueologia do saber busca-se compreender as práticas discursivas, a concretude e o peso das palavras e das coisas nos processos linguísticos, a emergência dos acontecimentos enunciativos, dos fatos discursivos. Tais práticas são diferentes da língua enquanto sistema de enunciação e, também, diferentes do pensamento enquanto sistema de significações, intenções e sentidos (FOUCAULT, 2008).

O enunciado possui uma singularidade de acontecimento discursivo, falado ou escrito está aberto à repetição e à transformação. Sendo assim, está intrinsecamente colado às situações que o produziram e às suas consequências. Pode também ser articulado a acontecimentos e situações não discursivas, com os quais interage como numa rede ou jogo de relações.

3.3 Procedimentos para análise

Não podemos perder de vista que os sentidos são produções históricas e sociais. Dessa forma, na perspectiva de melhor compreender os processos de subjetivação, os sentidos podem constituir o ponto de partida (AGUIAR, OZELLA, 2000).

Consideramos que o núcleo do discurso é a primeira unidade que se destaca no saber que este representa. Partimos dele sem a intenção de fazer mera análise das construções narrativas, mas com a intenção de fazer uma análise dos processos de subjetivação. Assim, temos que partir das palavras inseridas no discurso, entendendo aqui como subjetivação as definições atribuídas ao sujeito pelo discurso psiquiátrico. Essas leituras nos permitem destacar e organizar o que chamaríamos de pré-indicadores para a construção dos possíveis núcleos de significação (AGUIAR, OZELLA, 2000).

O primeiro passo foi a leitura flutuante do material coletado. Em seguida, para uma melhor compreensão dos dados, foram realizadas leituras e releituras desse material em grupo, buscou-se pré-indicadores de possíveis zonas de sentido (AGUIAR, OZELLA, 2000) com apoio nas categorias extraídas de nossos estudos da obra foucaultiana. Dessa forma, foram emergindo categorias diversas, caracterizadas pela sua maior frequência, por repetição ou reiteração, pela importância evidenciada nos discursos, pelas tensões ou contradições presentes, conforme tabela abaixo.

O segundo passo consistiu no agrupamento dos pré-indicadores segundo os seguintes critérios: complementaridade, semelhança e contradição. A partir disso foram formados os indicadores. Por fim, as zonas de sentido foram constituídas pelos mesmos critérios e analisadas à luz da teoria foucaultiana. As zonas de sentido foram desenvolvidas, portanto, aglutinando os indicadores a partir da comparação destes pelos critérios de semelhança, complementaridade ou contradição.

Os pré-indicadores apareceram em grande número e acabaram por constituir uma série de possibilidades para a organização dos núcleos.

Na constituição dos indicadores foi realizada uma segunda leitura que propiciou a aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, pela complementaridade ou pela tensão e contraposição entre estes. Essas leituras sucessivas permitiram uma maior apropriação pelo grupo da diversidade de discursos presentes nos prontuários e sua função nos processos de subjetivação.

Os critérios de aglutinação dos pré-indicadores mostraram-se não isolados entre si. Alguns eram complementares pela semelhança do mesmo modo que pela contraposição.

Na construção das zonas de sentido, realizamos a mesma aglutinação, com os mesmos critérios, a partir da re-leitura do material, todavia, nesta última etapa, buscando semelhanças, complementaridades e contradições no conjunto de indicadores estabelecidos. Estes últimos são fundamentais para que identifiquemos articulações no interior dos discursos. Espera-se, nessa etapa, um número reduzido de zonas de sentido, de modo que não ocorresse uma diluição ou retorno aos pré-indicadores (AGUIAR, OZELLA, 2000).

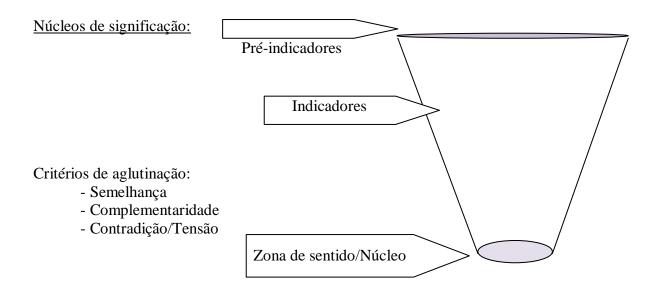


TABELA DE PRÉ-INDICADORES

Lista de aspectos significativos:				
Anormalidade	Arrependimento	Biografia	Características somáticas	
Confissão	Culpa	Degeneração	Delinquência	
Desvio	Disciplina	Diversidade	Eugenia	
Evolução	Hereditariedade	Homogeneidade	Julgamento perpétuo	
Moralidade	Nosografia	Obediência	Palavras arqueológicas	
Periculosidade	Positivismo	Prescrição	Punição	

3.4 Pré-análise qualitativa

ESTRUTURA DOS PRONTUÁRIOS

Por meio de prospecção em uma amostra 12 documentos, relativos ao período contido entre 1930 e 1940, observamos que os prontuários são compostos por uma sessão de dados de identificação do paciente (nome, idade, sexo, estado civil, profissão, residência, procedência, data de entrada e data de saída); exame físico; exame mental; exame somático; exame neurológico; exame psíquico; exame dentário; prescrições de medicação; cartas de encaminhamento e até reportagens publicadas em jornal.

Pré Análise de Amostra do Material

Foram analisados cerca de 12 prontuários com o objetivo de realizar exercícios analíticos e identificar núcleos de sentidos preliminares para orientar a análise do material restante. A análise desse material também resultou na elaboração de dois trabalhos de Conclusão de Curso no Curso de Psicologia.

A análise do discurso psiquiátrico presente nos prontuários sugere que essas práticas produziram saberes referentes à anormalidade, a periculosidade e a moralidade. Os dados parciais parecem confirmar que suas resultantes foram práticas de controle poder psiquiátrico. Os prontuários apresentam uma minuciosa rotina de exames que era executada a fim de classificar os sujeitos nas categorias de anormalidade, periculosidade, e moralidade; Também foi reconhecida a disciplina, como forma de manutenção do poder estabelecido, e por fim as práticas de confissão, que eram

consideradas o ultimato de submissão do indivíduo em relação ao saber/poder determinado pela instituição que estava inserido.

A leitura dos prontuários também revelou a presença de inúmeros preconceitos sociais e morais referendados por um discurso científico que buscava a normatização de comportamentos e, sobretudo, o controle social sobre a diferença, sobre a loucura e sobre o adoecimento. Essa normatização e os inúmeros preconceitos eram ainda sustentados por teorias internacionais que eram aplicadas no exercício da medicina no Brasil, sem qualquer contextualização à história e à cultura do país. O que há de mais evidente nos discursos analisados é o esforço do saber médico-psiquiátrico em controlar a loucura e todos os espaços da vida cotidiana.

4. AMPLIANDO AS LEITURAS SOBRE AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Conforme mencionamos acima, durante as reuniões do grupo de pesquisa buscamos aprofundar as leituras e o debate referentes às instituições psiquiátricas no Brasil. Um dos nossos focos foi a busca pela história dos manicômios judiciários em nosso território. Também nos dedicamos ao estudo da História da Loucura na Idade Clássica, nesse caso daremos destaque a dois capítulos da obra: *A grande internação* e o *Nascimento do Asilo*.

Os manicômios no Brasil

Um primeiro modelo de psiquiatria foi o de uma ciência e assistência pública caminhando juntamente, como ocorreu na psiquiatria alienista francesa na primeira metade do século XIX. A psiquiatria não se alinhava aos avanços científicos, mas se voltava para a problemática da assistência pública de competência médica. Seu corpo teórico era considerado ultrapassado. Nessa época a medicina científica se preocupava com a localização da doença no corpo, enquanto o alienismo voltava-se ainda para os sinais locais que, em lugar de remeterem à sua sede, falavam de sua essência (VENÂNCIO, 2003).

Já num segundo modelo, agora não mais francês e sim alemão, a psiquiatria se constituiu e se consolidou afastada de uma política de assistência, sendo exercida apenas nas clínicas universitárias. Nesse contexto, o ensino e a pesquisa eram dominantes (VENÂNCIO, 2003).

Apesar de seguirem modelos distintos, na França também havia o interesse pelo ensino em psiquiatria e na Alemanha também existiam instituições de assistência pública do tipo asilar. Entretanto, na França destacava-se a importância da atuação na assistência pública, enquanto na Alemanha, ressaltava-se a necessidade do espaço acadêmico, fundada na pesquisa científica como forma de produção de psiquiatria. A psiquiatria no Brasil articulou-se entre esses dois modelos, primeiramente referenciada no modelo francês e num segundo momento no exemplo alemão. (VENÂNCIO, 2003).

O Instituto de Psiquiatria foi criado em 1938, pelo decreto-lei 591, que o transferia para a Universidade do Brasil. No Instituto de Psicopatologia, foi fundado em 1893, um Pavilhão de Observação do primeiro hospício brasileiro, o qual foi decretado em 1841 e inaugurado em 1852, recebendo o nome de Hospício de Pedro II, homenagem ao imperador do Brasil. Essa fundação se inspirou no modelo francês, ou seja, na constituição asilar, disputado inicialmente pelas instâncias médicas e religiosas (VENÂNCIO, 2003). Sendo esse a materialização das relações de poder e das respectivas práticas psiquiátricas, ainda vigentes na atualidade (PERES E BARREIRA, 2009).

Segundo Peres e Barreira (2009), até 1941, ano de fundação do Hospício Pedro II, a loucura na América Latina não tinha abrigo ou cárcere. Os *doentes mentais* brasileiros considerados perigosos eram encaminhados ao Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia, sem atendimento terapêutico, pois a única função era a exclusão social.

A Santa Casa de Misericórdia foi criada por *ricos* para socorrer *todos e quaisquer infelizes, pobres ou desamparados, enfermos, órfãos, viúvas e sentenciados* em hospitais, orfanatos, hospícios e asilos por ela fundados e administrados. A filantropia presente nessa prática se apoiou no discurso cristão de salvação, associando-se com a ideia de ajudar os seres da nossa espécie. Entretanto, a falta de resposta do Estado às demandas sociais de assistência à saúde possibilitou que a Santa Casa se tornasse referência no atendimento da população carioca (PERES E BARREIRA, 2009).

Os internos eram visitados por um médico, semestralmente e, atendidos por enfermeiras sem formação, as que se submetiam ao precário sistema de trabalho. A loucura era concebida como uma doença especial e que demandava o isolamento daqueles

acometidos por ela. Eles não poderiam ficar nem com outros doentes, nem nas cadeias. Também ficou evidente a pressão social para a internação desses sujeitos (ODA E DALGARRONDO, 2005).

Porém, a taxa de mortalidade era muito elevada e explicada pelos diretores como sendo resultado da falta de cuidados, do contágio pela varíola e da ausência das formas de tratamento prescritos pela ciência. Contudo, havia certo conformismo com o elevado número de óbitos devido à aglomeração de tantos enfermos incuráveis que superava frequentemente o numero de curados, sendo três vezes superior a esse (ODA e DALGALARRONDO, 2005).

Segundo Oda e Dalgalarrondo (2005), ao longo do tempo os internos passaram de objeto de caridade cristã a objeto da ciência e de intervenção do estado. Sendo que o aumento da população demandou um projeto de saneamento que estreitaram as relações entre a medicina e o controle do espaço urbano, no qual a presença de loucos mendigos, criminosos e indigentes tornava-se cada vez mais indesejável, sendo que somente os mais perigosos fossem *trancafiados* no Hospital Geral da Santa Casa e nas cadeias públicas. Nessa entoada, a fundação de um abrigo para a loucura, seria o ambiente mais propício para a criação de saberes e de uma ciência própria (PERES E BARREIRA, 2009).

Russo, (1993, apud Venâncio, 2003), relata que no ano 1830, a Câmara Municipal do Rio de Janeiro promulgou um código de posturas estabelecendo uma legislação sanitária municipal. Nessa época, surgiram os primeiros protestos médicos contra a situação dos loucos internados na Santa Casa do Rio de Janeiro vindos de membros da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Essa, criada em 1829, tratava-se de uma sociedade de medicina social com influência notável de medicina francesa, defendendo medidas de higiene pública. Foi então criada a cadeira de higiene, uma das principais áreas de pesquisa, principalmente no Rio de Janeiro.

Na divulgação científica também predominavam os estudos sobre medicina legal. O primeiro catedrático de medicina legal foi J. M. Cruz Jobim, médico do Asilo Provisório, instalado para assistência aos loucos até a inauguração do Hospício de Pedro II. Somente em 1881, numa nova reforma do ensino médico é que foi criada a cadeira

de clínica psiquiátrica e moléstias mentais. Em 1882 foi determinado que se realizasse concurso público para a cátedra de psiquiatria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (VENÂNCIO, 2003).

Para Russo (1993, apud Venâncio, 2003), é possível afirmar que a medicina legal foi o berço da psiquiatria brasileira. As relações de proximidade e conflito entre a medicina legal e a psiquiatria demonstram a importância do discurso médico em geral, e do psiquiátrico em particular, na definição das questões políticas fundamentais para a nova sociedade que emergia.

Com a Proclamação da República, o asilo brasileiro foi renomeado como Hospício Nacional de Alienado e, no ano seguinte desanexado da Santa Casa de Misericórdia, passando à responsabilidade exclusiva às instâncias médicas. O poder médico se fortalecia como representante da elite e a psiquiatria recém-constituída corroborava esse fortalecimento sob a influência do alienismo francês, caracterizando-se tanto pelo comprometimento com a formulação de uma política assistencial asilar, quanto pela adesão às teorias alienistas do tratamento moral (VENÂNCIO, 2003).

A criação do asilo no Brasil, distanciado do modelo francês-alemão, foi expressão do regime monárquico centralizado, gerado a partir de um consenso de elites. A inclusão social se colocava dominantemente sob presença da caridade aos pobres, em vez de enfatizar um novo contrato social. (VENÂNCIO, 2003)

Em 1893 foi criado o Pavilhão de Observação dentro do Hospício que constituía um serviço de avaliação preliminar do paciente que se apresentavam para serem internados. Existiam dois tipos de pacientes: os pensionistas e os gratuitos. No mesmo ano se ampliou o número de médicos, incluindo os cargos de oftalmologista e diretor sanitário (VENÂNCIO, 2003).

Esse pavilhão possuía como objetivo o acolhimento de pacientes gratuitos, suspeitos de alienação mental que eram encaminhados pelas autoridades públicas. Assim, os doentes seriam examinados por até 15 dias para decidir o que fazer. O professor da clínica psiquiátrica era remunerado pela Assistência a Alienado, e devia residir numa casa

vizinha ao hospício para poder atender os pacientes a qualquer hora em que fosse solicitado (VENÂNCIO, 2003).

As observações eram anotadas em livros, porém em 1903 com a Lei de Assistência aos Alienados, essas observações foram formalizadas num registro pessoal que exigia informações como descrição fisionômica, fotografia, sinais característicos, entre outros. Os documentos estudados por Acchinetti et al (2012) revelam uma mesma rotina de coleta de dados que incluíam a idade, estado civil, profissão, cor, sexo, nação, endereço naturalidade, a história de vida, o crime cometido, temperamento e constituição física. Conforme os autores, havia uma clara preocupação em estabelecer bases objetivas e científicas para o diagnóstico que relacionassem essas variáveis entre si.

Assim, ao se constituir como especialidade médica a psiquiatria aparecia paradoxalmente desvalorizada no âmbito da academia isolada no hospício, a exemplo do que já acontecia com os doentes mentais enviados para a instituição asilar, o maluco era jogado no hospício onde dificilmente se curaria (VENÂNCIO, 2003).

A partir disso, outra população passou a ser estudada, a dos loucos-criminosos que são indivíduos que cometem delitos, mas são considerados irresponsáveis pelos atos ou que após serem presos apresentam distúrbio mental. Assim, o primeiro país que abrigou criminosos ou infratores foi a Inglaterra, na a prisão especial de Broadmoor, em 1863. Anteriormente, eram feitos apenas anexos especiais em algumas das prisões para separar especificadamente essa população (CARRARA, 2010).

No Brasil, o início dessa separação entre criminosos e criminosos loucos, foi feito pelo Código Penal de 1890, os loucos eram apenas entregues as famílias ou encaminhados a um hospício público. Em 1903 foi estabelecido que cada estado iria requerer os recursos para construção de manicômios judiciários e como forma de improviso seriam feitos os anexos aos asilos públicos (CARRARA, 2010).

Em 1921 inaugurou o primeiro manicômio judiciário no Brasil, localizado no Rio de Janeiro, que passou a ser chamado na década de 50 de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, atual Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas — o asilo de alienados e a prisão — e, de outro, dois fantasmas mais trágicos que "perseguem" a todos: o criminoso e o louco (CARRARA, 2010).

A proposta dos manicômios judiciários é ambígua e contraditória, ao se diferenciar das prisões se tornam o mais próximo possível, isso se da por ambas pertencerem ao conceito de instituição total de Erving Goffman. Porém, mesmo se tornando instituição da mesma "espécie", nas prisões a população é tida como culpada e nos manicômios judiciários como inocente. Uma opera a pena e outra o tratamento (CARRARA, 2010).

Mesmo com esse caráter de doença, inocência e tratamento, os detidos no manicômio se ferem como presos e permanecem exclusos do tempo em relação a pena recebida, caso fosse considerado responsável pelo ato e tido como são. É nessa contradição entre culpado versus inocente, responsável versus irresponsável, doente versus são, que se constitui o louco criminoso e o lugar que ele ocupa (CARRARA, 2010).

O processo de urbanização e industrialização intensificou o número de crimes nas grandes metrópoles na virada do século XIX para o XX. Para Michel Foucault (2002) as prisões serviam para profissionalizar os criminosos que uma vez inseridos num meio marginalizado, traçava uma trajetória social sem volta (CARRARA, 2010).

A concepção crime-doença utiliza-se de duas vertentes para determinar o indivíduo criminoso, uma se faz pela natureza do bem que é transgredida por razões externas e a outra, que características como maldade, ferocidade e impulsividade são inatas em algumas naturezas humanas. Alguns termos surgiram para compreensão de impasses sob a suspeita da sanidade mental de um acusado, assim como no surgimento dos manicômios judiciários (CARRARA, 2010).

Segundo Carrara (2010), monomania foi caracterizada por transgressões aparentemente irracionais, assim como situações doentias que parecem ser um estado permanente, indicando uma espécie de doença congênita e incurável. Na degeneração essas características são inatas e constitutivas de algumas perturbações mentais já tematizadas

incipientemente pela monomania. E como uma terceira classificação, os criminosos natos.

A partir disso, estudos psiquiátricos se expandiram e o que anteriormente era visto apenas como objeto da moral, ética e lei, agora passa a ser compreendida medicamente. O que faz se perceber a zona fronteiriça entre o crime e a loucura, ou melhor, o crime interpretado como resultado de um psiquismo perturbado (CARRARA, 2010).

Entretanto, essas 3 classificações começam a se tornar ambíguas ou mesmo contraditórias conforme os crimes vão sendo julgados e tendo que optar entre prisão ou hospício nacional. Um para conter culpados responsáveis e outro para os irresponsáveis. Porém, o aumento da criminalidade e de diversos casos em que o criminoso era tido como doente mental, porém responsável pelo ato e tido como perigoso, se criou a ideia de construção de manicômio judiciário (CARRARA, 2010).

No decorrer do século XX, Heitor Perreira Carrilho que defendera a construção dos manicômios judiciários justamente para a repressão dessa categoria de degenerados e criminosos natos, afirmava que o manicômio judiciário deveria ser uma instituição "de cunho mais hospitalar", não sendo adequada ao abrigo das "personalidades-psicopáticas" (CARRARA, 2010).

Isso mostra a dificuldade de ser estabelecida uma instituição com objetivos claros e a contradição em que foram caracterizados os manicômios judiciários. Semi-prisão ou semi-hospício, para semi-loucos ou semi-criminosos?

A história da Loucura na perspectiva de Michel Foucault (2002)

A Grande Internação

O texto se propõe a responder como a loucura vai sendo reduzida ao silêncio pela Era Clássica, de como a loucura é colocada numa região de exclusão e como essa exclusão é legitimada na fortaleza do internamento.

1° Momento: *Do surgimento das instituições de internamento*

Em 1656 ocorre a fundação do Hospital Geral na França, este se caracterizava por diversos estabelecimentos agrupados sob a administração única de Salpêtrière e tinha o objetivo de recolher, alojar e alimentar os pobres de Paris. Neste momento o Hospital

Geral não tinha ligação com o pensamento médico, e advinha da instância monárquica burguesa que excluía a mediação eclesiástica da administração. Os internados se apresentavam de modo espontâneo ou eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária. Os diretores eram nomeados por toda a vida e exerciam poderem ilimitados dentro e fora dos hospitais. Portanto, o Hospital Geral era uma estrutura semi-jurídica que decidia, julgava e executava.

Em 1676, um édito determinou o estabelecimento de um Hospital Geral em cada reino, e para o custeio desses hospitais instauraram-se a coleta de impostos e doações testamentárias. Neste cenário, apesar da igreja ter ficado à margem da organização dos hospitais ela não permaneceu alheia a essas transformações, ela reformou suas instituições para que funcionassem analogamente aos Hospitais Gerais. Em muitos casos as casas de internamento eram estabelecidas dentro dos antigos leprosários, o que gerava uma tensão entre os ritos da hospitalidade e os velhos privilégios da igreja na assistência aos pobres.

2º Momento: A moralização da pobreza e da caridade

A partir de Lutero e, principalmente, Calvino ocorre uma mudança na relação que, até então, se estabelecia entre a pobreza, caridade e salvação. A pobreza passa a ser considerada como um castigo e consequentemente a caridade perde ser valor de acesso à salvação perante Deus. A reforma protestante levou a uma laicização das obras, pois quando o Estado coloca a pobreza sobre seus cuidados ele faz com que o homem se ocupe de seus deveres para com a sociedade e, portanto a miséria deve ser suprimida como um dever do cristão. Assim, a miséria passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena.

O mundo católico vai adotar o mesmo modo de percepção da miséria que havia se desenvolvido no mundo protestante, e após alguns anos a igreja aprova a Grande Internação prescrita por Luiz XIV. Os miseráveis não são mais considerados enviados por Deus para suscitar a caridade dos cristãos. O que ocorre é que a igreja católica divide o mundo cristão em: região do bem (os pobres submissos) e região do mal (os pobres insubmissos) e assim, passam a existir os bons e os dos maus pobres. A partir dessa divisão a internação pode ser vista tanto como recompensa para a região do bem

quanto como castigo para a região do mal. Ou seja, a internação muda de sentido conforme o valor moral a quem se aplica.

Essa dicotomia da pobreza reflete na loucura, pois o louco assim como todos os internos é colocado no campo dessa valoração ética. O louco perde o sentido de um personagem sagrado e passa a ser encarado pelo horizonte da moral que só terá um lugar entre os muros dos hospitais ao lado dos pobres.

3º Momento: O internamento como regulador da economia

O internamento é um assunto de polícia. Polícia como um conjunto de medidas que tornam o trabalho possível e necessário para quem não poderia viver sem ele. Logo, o internamento é um imperativo ao trabalho. Esse imperativo ao trabalho determina uma verdadeira caça aos mendigos que eram levados para os diversos prédios dos hospitais. Aproximadamente cinco anos após a inauguração de Salpêtrière haviam 6.000 pessoas internadas.

Essa grande internação corresponde à resposta dada pelo século XVII a uma crise econômica: diminuição dos salários, desemprego e escassez de moeda. Durante os momentos de crise as casas de internamento assumem uma proteção social contra as revoltas, fora da crise os pobres se tornavam mão de obra barata.

Ao avaliar o valor funcional das casas de internamento, conclui-se que elas podiam ser consideradas um fracasso, pois na tentativa de agir alternadamente sobre o mercado da mão de obra e sobre os preços da produção se produzia um aumento no desemprego da população geral, isso porque ao reabsorver os desempregados ocultava-se a pobreza, mas ao colocá-la nos ateliês obrigatórios aumentava-se o desemprego nas regiões vizinhas.

A Loucura e o Asilo

No século XIX, exige-se que os asilos sejam destinados unicamente aos loucos. Eles já pertenciam aos asilos e, portanto também eram submetidos ao trabalho obrigatório e as regras. Porém, nos ateliês distinguiam-se por uma incapacidade para o trabalho e de seguir uma vida coletiva, infringiam assim o exercício ético que garantia a moral. Na era clássica o louco aliena-se da ordem burguesa e dos poderes sacros do labor e,

portanto são condenados eticamente pela comunidade de trabalho, que condenava todas as formas de inutilidade social.

Na grande internação, a loucura é percebida no horizonte social da pobreza e na incapacidade tanto para o trabalho quanto para integrar-se ao grupo. Desse modo, legitima-se a reclusão por meio da razão e das regras da moral, uma vez que o hospital geral era uma instituição moral encarregada de corrigir uma falha moral.

O nascimento do Asilo

O livro *A história da Loucura na Idade Clássica* traz em si descrições minuciosas de como a loucura e o desatino foram sendo configurados ao longo do tempo. O autor, não organiza somente uma historiografia da loucura ao longo do tempo, mas pretende demonstrar as diferentes valorações e significações da loucura de acordo com os diferentes discursos políticos e diferentes momentos históricos e, sobretudo, estuda as relações entre a estrutura econômica e as práticas asilares. Em suma, o livro descreve o modo como o enquadramento da loucura foi se definindo ao longo dos anos e a forma como a razão e a alienação foram sendo apropriadas pelo poder médico. Foucault (2002) procurou demonstrar o modo como o comportamento dos loucos foi sendo notado, interpretado, classificado e julgado pelos homens de maneiras tão diversas ao longo do tempo. O que Foucault (2002) tenta esclarecer em seus escritos, a partir do percurso arqueológico traçado, é a forma como se constituíram os saberes/poderes médicos que passaram a configurar as políticas da saúde.

A obra, publicada em 1962 divide-se em três partes. A primeira parte dedica-se a observação do modo como a loucura foi historicamente interpretada. Para isso o autor utilizou-se da análise de textos literários, pinturas e peças teatrais. Nesta parte da obra, tem-se a rica descrição do esvaziamento dos leprosários e da consequente apropriação destes espaços que originaram as casas de correção. Neste primeiro momento que se estende até a Renascença, o louco não representava periculosidade a sociedade nem a economia (tanto que ficava fadado a vagar pelas cidades). A segunda parte do livro revela a forma como se deu a segregação do louco baseada em necessidades econômicas. O louco passa a ser segregado para que dele se possa utilizar a força de trabalho. Nesta fase segregam-se não somente os desatinados, mas todos quantos

estiverem em situação de ócio, pobreza, degeneração, vagabundagem, doença e etc. Por fim, a terceira parte se detém às reflexões e indagações de como a razão se impôs a loucura. Trata, portanto, do modo como os instrumentos de poder se constituíram sobre a loucura, bem como, trata da forma como a loucura foi subjugada ao internamento e ao poder médico. Nesta terceira parte, portanto, estão descritos o surgimento da medicina das psicopatologias e o surgimento dos hospitais como instrumentos de dominação sobre os loucos.

Foucault (2002) utiliza-se de dois importantes mitos constituintes da psiquiatria moderna: o mito de Pinel e a libertação dos acorrentados de *Bicêtre*, sobre o qual o texto discorrerá mais adiante; e o mito de Tuke e o nascimento do retiro. Apesar da veracidade dos mitos serem questionáveis, Foucault escolheu essas duas narrativas considerando serem essas histórias representantes do pensamento psiquiátrico moderno.

O autor descreve o surgimento do retido e do asilo e mostra que os motivos pelos quais sugiram não foram os mesmos. Sobre o retiro, Foucault (2002) descreve que a instituição fundada pelos *Quacres* na Inglaterra, na metade do século XVIII, se deu por conflitos jurídicos. Os religiosos desta denominação se organizaram para defenderem-se das arbitrariedades do internamento. A experiência religiosa dos adeptos da seita ocasionava confusão no que dizia respeito a experiências da razão e do desatino. Portanto, para defenderem-se das internações que poderiam acontecer à revelia, a comunidade religiosa buscou assumir o controle tentando apropriar-se dos conhecimentos e do tratamento da loucura. O retiro surge então como forma de protesto contra a legislação dos pobres e doentes até então vigente.

Com a ascendência do Estado Burguês, a criação de casas privadas destinadas aos desatinados tornou-se medida fortemente incentivada, uma vez que isso representava alívio às contas do Estado (FOUCAULT, 2002, p. 508).

Apesar de surgir na mesma época, *Bicêtre* surge por conta da desativação das antigas 'Casas de força'. Sua importância se deve ao fato de que pela primeira vez um homem ligado ao conhecimento das 'doenças do espírito' é nomeado para cuidar da população segregada na qual se encontram os loucos e desatinados. É, portanto, a primeira vez em que a loucura configura-se como um problema médico (FOUCAULT, 2002, p.509).

Apesar de ser retratado como mito pelo autor, Pinel é considerado o pai da psiquiatria. Segundo relatos históricos, teria sido ele o responsável por instituir um novo olhar sobre a loucura e seu manejo; ele teria sido o responsável pela introdução de uma psiquiatria que objetivava uma ortopedia moral.

A arte de subjulgar e de domar, por assim dizer o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas ideais (Pinel apud Foucault, 2006 p. 11).

Pinel assumiu o cargo de médico-chefe no Asilo de Bicêtre, no ano de 1793, momento que preconizava a Revolução Industrial e Francesa. Portanto, o psiquiatra organizava metodologicamente os conhecimentos ligados a psiquiatria num momento em que o capitalismo tomava forma na Europa.

A história de Pinel, retratada por Foucault como sendo um mito, é de suma importância uma vez que ele teria sido o responsável por 'desmascarar' a loucura. É a primeira vez que se fala da possibilidade de uma dissimulação.

Bicêtre tinha sido construída como "casa dos pobres"; nela se encontravam então, confusamente misturados, como antes da Revolução, indigentes, velhos, condenados e loucos. A toda essa população tradicional acrescenta-se aquela que foi ali colocada pela Revolução. Antes de mais nada, os prisioneiros políticos (FOUCAULT, 2002, p.509).

As condições encontradas na instituição obrigaram Pinel a esmerar-se em busca de um rigor metodológico para classificar seus internos. *Bicêtre* além de configurar uma instituição de população muito confusa, configurava-se também no imaginário social como uma nova Bastilha. Segundo Foucault, Pinel, orientado pelo pensamento positivista, necessitava classificar seus internados a fim de corrigir o problema social que dizia respeito aos presos políticos e aos inocentes internados. Ao fazê-lo, o médico foi investido de grande poder moral, pois passou a deter o poder de definir o desatino, a loucura e a dissimulação; e assim viu-se também investido de poder jurídico determinando quem seriam os internos abrigados sob a tutela hospitalar e quem seriam os libertados que passariam a tutela do Estado (sendo liberados a responder por seus atos políticos). Este poder moral atribuído ao médico constitui importantes aspectos da psiquiatria moderna.

Um aspecto comum entre o asilo e o retiro refere-se à liberdade ofertada aos internos. O mito de Pinel é marcado pelo episódio em que ele liberta os doentes que estão acorrentados. Tanto Pinel como Tuke parecem concordar que os doentes precisam de liberdade. Entretanto, não se pode pensar ingenuamente em uma posição meramente humanista que visa maior dignidade ao doente. Não se pode perder de vista o momento histórico em que o asilo e o retiro se configuraram.

Ao falar do surgimento do retiro, por se tratar de uma comunidade religiosa, a ideia de filantropia é a primeira que o corre a mente. Porém, importa lembrar que no período correspondente ao surgimento do asilo, tem-se o surgimento das doutrinas Calvinistas e a ascensão da Igreja Anglicana. Tem-se, portanto, o fortalecimento do Estado Burguês e o surgimento da condenação do ócio. Fala-se aqui de uma religiosidade que passa a pregar o trabalho como forma de dignificação do espírito humano. Logo, manter aprisionado o doente passa a ser um tratamento inadequado ao cenário político e econômico. Tem-se, portanto, o trabalho como um novo instrumento no tratamento da loucura. O que parece liberdade no retiro, na verdade, configura uma nova maneira de tornar o doente economicamente produtivo.

Foucault (1978) ao descrever cenas do retiro e do asilo, descreveu também a forma como os discursos morais se instalaram no interior das instituições. A loucura passou a ser considerada como alienação de valores ' inalienáveis'. Tudo o quanto se opusesse aos valores da família patriarcal e da moral religiosa passou a configurar a alienação. A partir dessa lógica o retiro se organizou segundo o modelo de família patriarcal, a fim de que o doente pudesse se reinserir no meio social primário retomando sua capacidade produtiva.

Segundo Foucault (2002), Pinel não difere de Tuke no intuito de re-estabelecer o doente. O médico compreendeu que o doente teria sua saúde restaurada a partir de sua adequação e aprovação social. Esse restabelecimento não significava necessariamente o desaparecimento de sintomas que configuram a loucura.

(...)está claro que, se os indivíduos libertados eram realmente loucos, eles não foram curados com aquele ato, e que seus comportamentos devem ter mantido durante muito tempo os traços da alienação. Mas não é isso o que importa para Pinel; para ele, o essencial é que a razão seja significada por tipos sociais cristalizados bem cedo, desde que o louco deixou de ser tratado como o Estranho, como o Animal, como figura

absolutamente exterior ao homem e às relações humanas. O que constitui a cura do louco, para Pinel, é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado (FOUCAULT, 2002, p.522).

Até agora, foram abordados no presente texto: o modo como surgiram o asilo e o retiro; o modo como o trabalho e a moralidade se instituíram dentro de ambos, a maneira como a loucura foi se consolidando como um problema médico e a maneira como o médico foi sendo investido de poder moral. Entretanto, dentre outros apontamentos, o principal aspecto ligado ao tratamento da loucura e descrito por Foucault (2002) diz respeito à internalização, responsabilização e culpabilização do doente por sua alienação.

O discurso sobre os valores inalienáveis que circulava nos retiros pressupunha que a alienação ocorria por 'vontade própria' do doente, vontade ocasionada pelas paixões do espírito. Sendo assim, o doente passou a ser investido da culpa por seu desatino. Essa culpa deveria ser assimilada e interiorizada a partir da hostilidade e do medo que perpassavam o retiro e o asilo. As correntes que antes cerceavam a liberdade do doente foram substituídas pela angústia da liberdade. A angústia da liberdade tornou o doente responsável por seus atos, e logo a responsabilidade e a culpa começaram a ser interiorizadas pelo doente por meio do medo e da ameaça.

(...) o medo dirige-se ao doente de modo direto, não através de instrumentos, mas num discurso; não se trata de limitar uma liberdade que devasta, mas de delimitar e exaltar uma região de responsabilidade simples, onde toda manifestação da loucura se verá ligada a um castigo. A obscura culpabilidade que outrora ligava falta e desatino é assim deslocada; o louco, enquanto ser humano originariamente dotado de razão, não é mais capaz de ser louco; mas o louco, enquanto louco, e no interior dessa doença da qual não é mais culpado, deve sentir-se responsável por tudo aquilo que pode perturbar a moral e a sociedade e deve acusar a si mesmo pelos castigos que receber (FOUCAULT, 2002, p.527).

O doente então passa a ser responsável por seus atos desatinados, de forma que se torna objeto oferecido à punição pelo outro. Estar subjugado ao outro que não se alienou dos valores supremos e inalienáveis torna-se condição 'natural' ao doente. Portanto, se estabelece a loucura a partir da falta, da alienação e da culpa. O doente deve submeterse ao são, que não optou por alienar-se; deve submeter-se àquele que tem o que lhe falta: a razão. A objetivação do doente se torna 'natural' à medida que a loucura é internalizada no próprio doente.

Pode-se afirmar com assertividade que a loucura assumiu um caráter de decadência social, e que a cura passou a ser nada mais do que adequação moral. Pinel organizou seus esforços e rigor metodológico em direção ao que se poderia nomear como uma 'ortopedia moral'. O asilo tornou-se um instrumento de uniformização moral. Pinel passou a se utilizar de meios para organizar de forma efetiva a síntese moral: o silêncio, o reconhecimento no espelho e o julgamento perpétuo.

O silêncio ou a ausência de linguagem se tornam uma importante estrutura asilar, uma vez que possibilita o surgimento da confissão (ou culpabilização). O silêncio implica numa completa desvalorização da fala do desatinado. O que ele fala, de nada tem valor já que ele não se insere no mundo da razão. Desse modo o louco entra num constante monólogo; não há na instituição asilar qualquer espaço para a sua fala. O silêncio é imposto ao doente com a finalidade de humilhá-lo, esperando que a partir disso, pela culpa ele decida retornar à razão (FOUCAULT, 2002, p.540).

O reconhecimento no espelho configura o outro artifício utilizado terapeuticamente por Pinel a fim de salvaguardar a moralidade e restaurar os valores inalienáveis ao doente. Partindo de uma lógica que segue em direção à confissão, esperava-se que o doente, ao ser humilhado e ao assumir a responsabilidade por seus atos desatinados tomasse contato com a realidade. A ideia aqui presente é que os vigilantes apontassem para o doente as contradições de seus delírios. Humilhado, o doente seria capaz de recobrado a razão (FOUCAULT, 1978, p.542).

O terceiro artifício utilizado por Pinel foi o julgamento perpétuo. O jogo de espelhos e o silêncio exigiam da loucura que ela fosse julgada incessantemente. O doente que humilhado e encerrado à solidão não seguisse no sentido da confissão e da retomada da razão, permanecia objetificado e subjugado à punição do outro. Não se pode perder de vista, em momento algum, que ao falar de Pinel, fala-se também de uma medicina positivista que além de classificatória buscava resultados de forma empírica. Logo, o doente que não enveredasse pelo caminho da confissão e da adequação moral, ofereciase deliberadamente ao empirismo punitivo que configurava a instância judiciária dentro do asilo, na qual o médico teria o papel de juiz (FOUCAULT, 2002, p. 544).

O louco deveria saber-se vigiado. Deveria se sentir humilhado e culpado por sua própria alienação reconhecendo-se como objeto disponível a punição do outro detentor da razão. Sua falta deveria ser punida e sua culpa deveria ser reconhecida.

Também há um importante apontamento de como o médico passou a ser investido de maior poder. Com a ascendência da medicina positivista e a consolidação de um discurso científico, houve um momento em que o perdeu-se de vista o médico como um agente da moralidade resistindo somente o médico como o detentor do conhecimento científico. É nesse momento que o médico passou a ser visto como um agente operador de milagres; ele não se assemelhou mais à imagem do homem detentor da moral, entretanto, ele conseguiu atingir resultados do que se configurou como a cura (que nada mais seria do que a adequação moral). O médico passou a ocupar no imaginário o papel de 'mágico', o que fortalece sua capacidade de dominação sobre a loucura (FOUCAULT, 2002, p.551).

Observa-se, portanto, que no texto aqui revisado, tem-se muito bem delineado por Foucault a maneira como se configurou a loucura no Estado burguês. A inserção do trabalho como terapêutico, a moralidade cristã como valores inalienáveis, a interiorização da loucura e a submissão e objetificação ao poder médico.

5. FATORES NEGATIVOS INTERFERIRAM NA EXECUÇÃO DO PROJETO E PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE

As principais dificuldades para a realização do projeto foram as constantes restrições para acessar o acervo, apesar de parecer favorável do CEP-SAP e do cumprimento de todas as exigências da instituição. Durante o período da pesquisa ocorreu incêndio em prédio vizinho ao acervo que culminou com a morte de 2 pacientes. O prédio e o acervo foram interditados. Também ficamos impossibilitados de digitalizar o material o que dificulta muito a coleta de dados, pois ela passa ser muito lenta à medida que os prontuários precisam ser copiados em loco. Precisaríamos fazer muitas visitas ao acervo localizado no Município de Franco da Rocha, o que aumenta os custos e dificulta a organização das mesmas. A partir dos próximos meses a pesquisa fica facilitada à medida que parte do acervo está sob os cuidados do Arquivo do Estado. Lá o acesso é livre, a localização é central e são autorizadas as digitalizações do material para pesquisa.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, jun. 2006.

ACCHINETTI, Cristiana et al . No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/31.pdf. Acesso em 03 out. 2012.

CARRARA, Sérgio Luis. *A História esquecida: Os Manicômios Judiciários no Brasil.* Ver Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2010; 20 (1): 16-29. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf. Acesso em: 03 out. 2012.

FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, M. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2008.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. *História das primeiras instituições para alienados no Brasil*. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, dez. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf. Acesso em: 03 out. 2012.

PERES, Maria Angélica de Almeida; BARREIRA, Ieda de Alencar; Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil: os discursos fundadores do hospício. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, 2009 Out-Dez; 18(4): 635-42. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/04.pdf. Acesso em: 03 out. 2012.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** vol.10 no.3 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2003 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0104-59702003000300005. Acesso em: 03 out. 2012.

ANEXO I

Parecer CEP-SAP: folha de rosto

GABINETE DO SECRETÁRIO E ASSESSORIAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 27 de abril de 2012.

Ofício CEP/SAP nº 032/2012.

Ref. Parecer Consubstanciado do CEP/SAP nº 006/2012.

Prezado Pesquisador,

Tendo em vista o disposto no art. 31 do Regimento Interno do CEP/SAP, aproveito para encaminhar a Vossa Senhoria o Parecer Consubstanciado nº 006/2012, referente ao projeto de pesquisa intitulado: "Cem anos do pensamento psiquiátrico no Brasil – estudo dos prontuários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima" para providências cabíveis.

Edward Mr Min. As

Eduardo Alves Maia Neto
Secretaria Executiva do CEP/SAP

Ao Pesquisador Erich Montanar Franco

Rua, Martinico Prado nº90;

São Paulo/SP;

CEP 01224-010

Avenida General Ataliba Leonel, nº 556, Santana, São Paulo/SP, CEP 02033-000. Fone: (11) 3206-4823.

Parecer CEP-SAP: última página



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SECRETARIA EXECUTIVA

Considerações:

Inclusão dos e-mail's do professor e dos alunos participantes e também informações

do comitê de Ética da Universidade envolvida. Observamos a necessidade dos aluno				
serem alertados dos procedi	mentos de identificação das unidades prisionais			
	PARECER DO RELATOR			
Apresentado a este Comitê pa Nacional de Saúde (10/10/96),	ra análise segundo normas da Resolução 196/96 do Co foi considerado:	nsel		
APROVADO	APROVADO COM RECOMENDAÇÕES			
x PENDENTE	REPROVADO			
Data/9/04/2012				
Ass. Pro Dra. Rosalice Lopes Presidente do Comitê de ética Secretaria da Administração				

ANEXO II

Parecer CEP-SAP: folha de rosto

GABINETE DO SECRETÁRIO E ASSESSORIAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



São Paulo, 01 de junho de 2012.

Ofício CEP/SAP nº 054/2012.

Ref. Parecer Consubstanciado do CEP/SAP nº 006/2012.

Prezado Pesquisador,

Tendo em vista o disposto no art. 31 do Regimento Interno do CEP/SAP, aproveito para encaminhar a Vossa Senhoria o Parecer Consubstanciado nº 006/2012, referente ao projeto de pesquisa intitulado: "Cem anos do pensamento psiquiátrico no Brasil — estudo dos prontuários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima" para providências cabíveis.

CLARIANE GONÇALVES MOURA Secretaria Executiva do CEP/SAP

Ao Pesquisador ERICH MONTANAR FRANCO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Presbiteriana Mackenzie Rua da Consolação, nº 896 - Prédio 38 - CEP: 01302-907

Rua da Consolação, nº 896 - Predio 38 - CEP: 01302-90) São Paulo/SP

Avenida General Ataliba Leonel, n° 556, Santana, São Paulo/SP, CEP 02033-000. Fone: (11) 3206-4823.

Parecer CEP-SAP: última página



SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SECRETARIA EXECUTIVA

Considerações: O pesquisador deverá utilizar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em sua pesquisa.

Orientações Finais: Em consonância ao estabelecido nos artigos 33, 34 e 35 do Regimento interno do Comitê de Ética em Pesquisa da SAP o (s) pesquisador (es) deverá (ão) apresentar:

- (X) Um único relatório ao final da pesquisa contendo os resultados obtidos, contribuições e sugestões, além dos demais documentos definidos no Regimento ao final da pesquisa;
- () Relatórios semestrais sintéticos ao longo do desenvolvimento da pesquisa relatando resultados parciais e indicações de continuidade e um relatório final contendo os resultados obtidos, contribuições e sugestões, além dos demais documentos definidos no Regimento ao final da pesquisa
- () Relatórios anuais sintéticos ao longo do desenvolvimento da pesquisa relatando resultados parciais e indicações de continuidades e um relatório final contendo os resultados obtidos, contribuições e sugestões, além dos demais documentos definidos no Regimento ao final da pesquisa

PARECER DO RELATOR

X APROVADO	APROVADO COM RECOMENDAÇÕES	
PENDENTE	REPROVADO	
Data 17/05/2012		
Ass. In Im		· ·

ANEXO III

Fotos da Primeira visita ao acervo

Foto 1



Foto 2



Anexo IV

Correspondências com o Hospital: Informe sobre incêndio na unidade

Webmail - Visitação Arquivo Histórico e Cultural HCTP

Página 1 de 1

De:

lnegrao@sp.gov.br

Para:

erich.franco@mackenzie.br

Assunto:

Visitação Arquivo Histórico e Cultural HCTP

Data:

26/09/2012 08:37

Nome (Download)

Tam.

Tipo

Anexos:

5106c78d17b18.tmp ±

14 Kb

image/gif

Caro Professor Erich

Venho por meio deste comunicá-lo sobre a situação atípica pela qual estamos passando nesse momento. No dia 20/09/2012 a colônia Normativa-II, foi atingida por um incêndio de grandes proporções que resultou em destruição de aproximadamente 80% do prédio.

Este local servira para abrigar 46 pacientes, bem como todo acervo do Arquivo Histórico, objeto de pesquisa de Vossa Senhoria.

Na ocasião, graças a atuação do Corpo de Bombeiros o incêndio foi contido antes de atingir o local onde está mantido o Arquivo, porém suas imediações ficaram completamente destruídas.

Portanto, em que pese o respeitável Parecer CEP-SAP 006/2012 exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Pasta, cujo teor autoriza pesquisadores dessa Universidade realizar pesquisas com o material que compõe o acervo, informamos que não temos, atualmente, condições de liberar as visitações, haja vista a necessidade de mudança e reestruturação do local onde encontram-se atualmente os prontuários.

Sendo assim, pedimos desculpas a Vossa Senhoria e aos demais pesquisadores pelos fatos que inesperadamente ocorreram neste Hospital, no entanto informamos que esta Diretoria está empenhada em resolver tal impasse o quanto antes e retomar o agendamento das visitações, conforme proposto.

Desde já, agradecemos a compreensão de Vossa Senhoria e informamos que estamos a disposição para maiores esclarecimentos

Atenciosamente.



Luiz Henrique Negrão

Diretor Técnico III HCTP Profº "André Teixeira Lima" de Franco da Rocha Secretaria da Administração Penitenciária

Inegrao@sp.gov.br|11 4819-6089 4449-4433 (Fax) Rod. Pref. Luiz Salomão Chama, Km 43-Franco da Rocha/SP **Correspondências com o Hospital/ CEP-SAP**: Carta resposta do CEP-SAP á solicitação (parte inferior da página) encaminhada á direção do Hospital com cópia para CEP-SAP

Webmail - Enc: Retomada de pesquisa Parecer CEP-SAP nº 006/2012 Página 1 de 1 De: rolopes@sp.gov.br [Desconhecido] Para: erich.franco@mackenzie.com.br Cópia: Enc: Retomada de pesquisa Parecer CEP-SAP nº 006/2012 Assunto: 04/12/2012 15:44 Data: Nome (Download) Tam. Tipo Anexos: 5106c6dd96a33.tmp ≛ image/jpeg 16 Kb Erich, Entendo sua solicitação. Vamos aguardar a resposta do diretor. Atenciosamente. **Rosalice Lopes** Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP SAP - Secretaria da Administração Penitenciária rolopes@sp.gov.br | 11 8277 - 5159 Av. General Ataliba Leonel, 556 - São Paulo - SP --- Repassado por Rosalice Lopes/SAP/BR em 04/12/2012 17:34 ----Comite de Ética <comitedeetica@sap.sp.gov.br> Para: <rolopes@sp.gov.br> 04/12/2012 17:35 ENC: Retomada de pesquisa Parecer CEP-SAP nº 006/2012

De: Erich [mailto:erich..franco@mackenzie.com.br]
Enviada em: terça-feira, 4 de dezembro de 2012 16:05
Para: Inegrao@sp.gov.br; erich.franco@mackenzie.br
Cc: mlprado@sp.gov.br; comitedeetica@sap.sp.gov.br

Assunto: Retomada de pesquisa Parecer CEP-SAP nº 006/2012

Prezado sr. Luiz Henrique Negrão

Escrevo para saberá respeito das condições do Acervo Histórico do Hospital, que ficou impedido para visitas em função de incêndio em prédio ao lado. Gostaria de saber se podemos retomar a coleta de dados referente à pesquisa com Parecer CEP-SAP nº 006/2012, ou se há uma previsão para nova locação da o acervo.

Atenciosamente

Prof. Dr. Erich M. Franco

Anexo V

