

**PLANEJAMENTO MANICOMIAL
A PRODUÇÃO SOCIAL DA LOUCURA (HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO PINEL, SÃO PAULO/1940).**

*Nelson Tomelin Jr.***

Resumo

Pretende-se, a partir do levantamento de documentos escritos dos arquivos do Hospital Psiquiátrico Pinel da década de 1940, uma reflexão sobre a condição social vivida por homens e mulheres que aí sofreram internações e violências de todo tipo. A análise das práticas e processos manicomiais dessa época nos ajudam a entender o tempo presente do atendimento em saúde mental na cidade de São Paulo. O processo será discutido a partir de um caso de produção de loucura e morte de uma paciente.

Palavras-chave:

Hospital Psiquiátrico Pinel; mulher negra; violência; loucura.

Abstract

From studying written documents from the 1940s taken from the archives of the Pinel Psychiatric Hospital it is intended to reflect upon the social condition of the men and women who were interned there and the violence of every type that they suffered. Analysis of the practices and process of lunatic asylums from this period help us understand the present mental health service in São Paulo. The process will be discussed from a case involving the madness and death of a female patient.

Keywords

Pinel Psychiatric Hospital; black woman; violence; madness.

Nelson Tomelin Jr.

Em 28 de abril de 1945, o serviço ambulatorial do Hospital Philippe Pinel registra a entrada da paciente Maria Luiza, encaminhada ao local por uma viatura da polícia. Dentro das dependências hospitalares, a mulher “*negra de 23 anos*” dará à luz uma criança ao sétimo dia do mês de novembro daquele mesmo ano. Segundo consta nos arquivos da instituição, sete meses e alguns dias, portanto, do dia em que ali chegara. Ficou anotado no seu prontuário, além de algumas poucas e sumárias observações, o seguinte “*exame psíquico*” com a data de 14 de novembro de 1945 (sete dias após o nascimento da criança):

Tipo estrutural leptosômico, à inspeção, moça em regulares condições de nutrição, mucosas visíveis bastante descoradas. Pulso a 100 batimentos por minuto. Pressão arterial 11 x 8,5. Reflexos osteo-tendinosos vivos. Boa reação pupilar à luz. A paciente em 7 de novembro p.p. deu à luz a uma criança de sexo feminino, sem que nada até então tivesse sido desconfiado. Segundo folhas que acompanham esta observação, fora submetida em julho p.p. à tratamento pelo Von Meduna, tendo tomado 20 choques.

Inquerida porque não nos revelara que estava grávida, afirmou-nos que ignorava também. Sobre o seu estado mental atual, temos a relatar que é um tanto reticente, responde às nossas questões, apenas quando há insistência de nossa parte. Nega distúrbios senso-perceptivos, entretanto seu comportamento no pavilhão e mesmo fora daqui, é de quem tinha alucinações auditivas, não só pelo seu delírio persecutório como pela sua atitude reticente. Está orientada no tempo e precariamente no lugar.

Não tem noção exata do seu estado mental, pois declarou-nos que veio para cá porque tinha dores de cabeça. Segundo nos informou a encarregada, antes do tratamento pelo cardiazol, era negativista.

Às vezes, torna-se agressiva. Sua iniciativa é precária e a afetividade acha-se bastante comprometida; não demonstra o menor aborrecimento quando lhe dizemos que sua filha vai se separar dela indo para uma creche. Seu humor é em geral deprimido. Pelo seu quadro atual e apesar de sua moléstia ter surgido com a gravidez, temos a impressão de se tratar de um quadro esquizofrênico.

Tratamento: Tônicos. Desintoxicantes. Eletrochoque.¹

Contados vinte e oito dias desse exame, veio a óbito a menina recém nascida, tendo alcançado apenas seu trigésimo quinto dia de vida. “*Causa da morte: caquexia e doença: Síndrome Disenteriforme*”.

Ainda sobre o episódio, vale observar outras informações que ficaram registradas nos arquivos do Hospital Pinel. Menciona-se ali que a paciente teria sido internada por Maria José, que àquela altura residia na cidade de São Paulo, precisamente no bairro de Perdizes. Segundo depoimento dessa mulher, anotado com data de 19 de agosto de 1945 para as folhas de um “Questionário” anexo ao prontuário, a paciente Maria Luiza provinha da cidade de Passos, no Estado de Minas Gerais, tendo sido “*tomada a seus serviços*” em sua residência, ali trabalhando “*a contento*” até o momento em que se expressara seu

Planejamento manicomial e a produção do homem

“*distúrbio psíquico*”, o qual se manifestou naquele momento, ainda segundo o texto do “*Questionário*”, por um “*comportamento agitado*”, visto que “*atira pedras na casa dos vizinhos*”. Esse documento em que ficou anotado o depoimento dado pela empregadora de Maria Luiza não aparece firmado na linha da “*assinatura do responsável*”.

Desde o contexto que motiva o internamento de Maria Luiza e o período de sua estada no hospital psiquiátrico, segue uma mesma lógica, só que agora com uma orientação médico-científica. A instituição hospitalar afirma não ter tomado ciência da sua condição de gestante, levando o bebê em formação, pelo encaminhamento da mãe grávida aos “*cuidados*” psiquiátricos da eletrochoqueterapia, à condição de degenerescência integral dos seus órgãos. *A paciente em 7 de novembro p.p. deu à luz a uma criança de sexo feminino, sem que nada até então tivesse sido desconfiado.*

Da justificativa dada pelos médicos, faz-se importante notar que o tratamento dedicado durante a gestação e que teve como consequência complicações extremas ao nascituro acontece, segundo as surpreendentes explicações apresentadas, por responsabilidade e negligência da própria parturiente, que “*ignorava também*”, tendo assim impossibilitado aos “*especialistas da medicina*” o conhecimento do seu estado de gravidez. Passam os seus “*cuidadores*” de algozes a vítimas. Maria Luiza foi submetida no seu quarto ou quinto mês de gestação ao método Von Meduna, tendo tomado 20 choques. O procedimento não realiza os propósitos abortivos imediatos, mas, ao fim e ao cabo, era já um natimorto que Maria Luiza carregava no ventre. A absurdidade que ronda o caso vai se recobrando de uma lógica explicável e com razões encontráveis quando verificamos que após a entrevista, a paciente, em resguardo, será novamente reconduzida às sessões de eletrochoqueterapia.

Na leitura dos prontuários dessa mesma época, bem como de períodos anteriores e posteriores, relatos assim se acumulam e alcançam praticamente a condição de situação ordinária.

O esforço no levantamento desses documentos não busca apenas o rastro de práticas atrozadas de outros tempos, pois essas se desenrolam ainda agora, desde o momento em que se entra nessas instituições, podendo-se aí observar o mesmo empenho e exercício pela degradação da condição humana. As pessoas que aí vivem são, agora mesmo, merecedoras de cuidados que, quando descritos, alimentam prontuários igualmente contraditórios e impactantes.² Do lado de fora da instituição, chegam todos os dias viaturas policiais e ambulâncias, e, nelas, jovens em conflito com os costumes e a ordem, familiares sem opção de cuidados pelos parentes, velhos e velhas, negros e negras pobres,³ e, por vezes, migrantes em busca de uma condição melhor na cidade, como a menina mineira, encomendada em sua cidade natal para serviços domésticos e outros préstimos não contratados.

Nelson Tomelin Jr.

Assim, o mesmo destino que alcança as meninas prostituídas, que habitam as ruas com suas crianças, encontra também a menina negra de Minas Gerais, que chega aos portões do Hospital Pinel com um filho no ventre. Em um e outro caso, a questão da paternidade será recoberta por um providencial preconceito de classe, os rebentos desses ventres impuros serão sempre os filhos da prostituição, sem agentes masculinos prostituidores.

A história que se conta aqui não é polêmica e nem retrato de tempos menos desenvolvidos no plano material e moral. Para analisá-la, cabe ser menos crente na evolução da ciência. Os registros de práticas de exclusão e violência que seguem não têm o sabor catártico daquilo que olhamos e com o que não nos identificamos. Tampouco são a denúncia de algo que “*ainda* hoje somos”. O exercício da pesquisa histórica arranca do ocultamento não apenas aquilo que nos pasma, aquilo que envergonha, mas, sobretudo, opõe obstáculos aos processos que buscam fazer crer que o passado seria sem homens e comprometimentos, ou que, considerados, não deveriam ser tomados como representativos do modo como oficialmente se pretende que seja lembrado esse tempo *que passou*. O manicômio é, ontem e hoje, expressão de uma formação social determinada, e essa forma de sociedade é aquilo que se explica pela condição de participação de um povo junto ao poder social. Mais do que produto do desvario de alienistas de outro tempo, o manicômio atual é o resultado de processos históricos que se explicam pelo presente.

Deve-se buscar um entendimento dessas instituições como o que explica e se explica pela formação da sociedade, e como o que isso traz de compreensão histórica sobre o direito das pessoas à cidade. São essas passagens que é preciso recuperar. São homens e mulheres não apenas determinados pela história, mas que também constroem as determinações que os determinam. Temos daí uma psicologia de sentimentos e significações, cheia de pessoas capazes de pleno direito ao “novo”, ao saber que se sabe e à criação, uma psicologia cheia de histórias e igualmente explicável pelo conhecimento da história. A crítica vem pelo conhecimento da cidade: um saber das ruas e passagens que trazem Maria Luiza, grávida, da casa da família rica, à qual atendia como servente doméstica, até os portões do manicômio.

Feitas essas considerações, vale a breve transcrição dos tópicos do prontuário da paciente Maria Luiza do período de internação que se segue ao aborto induzido:

30/04/46 Terminou a série de eletrochoques há mais de um mês e não apresentou qualquer alteração; desinteressada, reticente, pouco contato com o mundo exterior. Vai ser submetida ao método de Sakel. (...)

27/01/50 Desde que foi transferida do 8º Pavilhão para este, há 21 dias, continua apresentando o mesmo quadro de esquizofrenia agitada, dormindo fechada na Rotunda toda noite. Vai ser submetida ao tratamento misto (Giorgi), Cardiazol e Insulina. (...)

15/04/50 Acha-se em continuação do tratamento misto (coma insulínico e eletrochoque

Planejamento manicomial e a produção do homem

duas vezes por semana) quase para o fim e sem apresentar sinais de melhora, tanto psíquicas como físicas. (...)

19/04/50 Por permuta foi removida para o 3º Pavilhão, faltando um eletrochoque para terminar a série (20 crises), e já terminando a série de insulina, por enquanto, sem o mínimo resultado terapêutico. (...)

Maria Luiza faleceu às 3:30hs do dia 22 de abril de 1954, perfazendo uma carreira hospitalar de nove anos, tendo recebido “tratamento cuidadoso” ao limite de pormenores, como o que aparece nessa última anotação. Com rigor científico, a longa série de crises induzidas não teve, descartada, uma única aplicação de eletrochoque.

Como última observação em seu prontuário, temos que “*o falecimento em questão foi comunicado à Polícia Central, a qual é responsável pela internação da paciente*”. Fica justificada, assim, a ausência da assinatura da empregadora como responsável pelas informações documentadas no arquivo de Maria Luiza. Nesse caso, parece terem sido bastantes os esforços da polícia para a garantia da ordem e da propriedade privada, pelo que se desdobra numa proteção comprometida com a “paz dos lares” e o “equilíbrio social”. A obra parece finalizada de acordo com o seu planejamento.

Desumanidade, ou seria melhor acreditar que tudo tenha caminhado de acordo com uma lógica que empenha funções e algoritmos numa reprodutibilidade interna a si mesma? Na verdade, nem uma coisa, nem outra. Colocar nesse eixo a reflexão sobre a realidade manicomial desloca os processos de construção histórica das mãos dos seus sujeitos para a maquinaria produzida por suas práticas.

O que interessa são essas passagens, essa maquinaria de aço e concreto, mas também de pele e consciência, que inviabiliza constantemente outros possíveis históricos. Existe o movimento de uma manutenção constante dessa realidade. São práticas de prontuários e protocolos, de sentimentos e dores, passagens de individualidades e processos políticos na história. O entendimento do mundo não deve se firmar sobre o pressuposto do que seria o término do seu movimento, das suas lutas, o fim da história. Essa psicologia da felicidade e da liberdade como supressão de toda necessidade pode ser deixada aos teólogos-metafísicos de plantão. Não há equívocos nos processos analisados, há antes desigualdades, injustiças e contradições, o que não implica a visão de que a humanidade deveria ser outra, e não a que temos. Essa crítica levaria a tomar a realidade do mundo como o produto de conflitos, a história pelo movimento de idéias, e assim a saída se faria pelo trabalho psicológico sobre as consciências.

O que significa refletirmos sobre as injustiças praticadas no campo manicomial de ontem e hoje? Arrolar o registro de arbitrariedades nesses espaços exigiria atenção especificada quanto aos processos eventualmente aí implicados enquanto que não existentes

Nelson Tomelin Jr.

em outros contextos? Ainda que a resposta pareça clara para o estudo da história, que não entende processos sem buscar compreender suas determinantes e conjunturas, vale a interrogação pelo fato de que nem sempre o que se refletiu em história da saúde psiquiátrica foi a existência, também nesse campo, de correlações de forças específicas, com sujeitos históricos de parte a parte.

Esse “arquipélago gulag” em que vivemos não é composto de processos invisíveis, já que a burocracia não é descaminho, mas antes realidade positiva por uma formação social bastante específica. A preocupação com essas injustiças médicas cuidadosamente implementadas deve ser capaz de compreender o possível homem que se pretende desse planejamento. A burocracia psiquiátrica quer um determinado tipo de homem, para o que continuamente investiga práticas e processos médicos de criação. O Hospital Psiquiátrico Pinel está em São Paulo, e faz parte da cidade, pelo que não se deve recortá-lo numa lógica própria. Isso seria entendê-los pela perspectiva do que é “outro”, do que é *alienus*. Isso seria alienado, seria “alienismo”.

O Hospital Psiquiátrico Pinel é inaugurado em 1929, como serviço particular, e transformado em atendimento público de saúde pelo governo do Estado de São Paulo, em 1944. Os pressupostos motivadores da iniciativa de criação desse centro hospitalar arrogam a si a marca de uma ciência moderna, provida de supostos avanços na observação clínica e na descoberta de métodos eficazes de tratamento, no ponto do que se pretendia naquela altura como definitivo.

Dessa maneira, além dos regimes dietéticos, da psico, fisio, pireto e malarioterapia, os modernos tratamentos de choque – insulino-terapia pelo método de Sakel, convulsoterapia pelo Cardiazol e Eletro-choque – são executados com todo rigor clínico.⁴

No panfleto em que lemos estas linhas, também são apresentadas as instalações do Hospital:

Afim de dar maior eficácia à organização do Sanatório Pinel, a direção do estabelecimento tratou de aproveitar a vasta área de 90 mil metros quadrados, de que dispunha, construindo em pontos, prévia e cuidadosamente estudados, os vários edifícios, de forma que houvesse uma relação lógica entre os diversos serviços e instalações neles existentes.

O observador que sobrevoe o Sanatório e possa dessa maneira ter uma visão de conjunto de suas amplas instalações, destacará, em meio ao parque geral cuidadosamente tratado, os seguintes pormenores:

A parte sanatorial propriamente dita destinada aos que se internam voluntariamente, aos portadores de leves nevropatias, aos que necessitam de repouso sob vistas médicas, aos carecentes de regime dietético adequado e a Seção Casa de Saúde onde são internados os doentes portadores de distúrbios mais graves e cuja natureza exija a reclusão.

A parte sanatorial se compõe, principalmente, do pavilhão da administração em cuja

Planejamento manicomial e a produção do homem

parte anterior se localizam os escritórios, as salas de recepção, as de consulta e exames clínicos; na parte superior e posterior, estão localizados os refeitórios – masculino de um lado, feminino de outro – onde vêm tomar suas refeições os pacientes dessa seção. No andar térreo, estão localizados a farmácia, a barbearia, o gabinete dentário, além das instalações fisio e eletroterápicas. Estas últimas são dotadas de moderna aparelhagem: - ondas curtas, ultra-violeta, infra-vermelho, pantostato, eletrocardiógrafo e eletro-choque.

Com este último aparelho que constitui a mais recente aquisição em terapêutica na especialidade, obtêm-se a convulsoterapia sem os fenômenos angustiosos até então inerentes a esse método.

Se imaginarmos o observador olhando da administração para a estação de Pirituba, teremos, do lado esquerdo, a seção feminina da parte sanatorial, com confortável pavilhão coletivo, dotado de quartos amplos e arejados, sóbria e elegantemente mobiliados. Vêm em seguida os pavilhões individuais, que são pequenos bangalôs de feitura moderna e graciosa, onde o paciente pode ficar em companhia de pessoas da família.

Ao lado direito da administração fica a seção masculina. Aqui, além do que acabamos de descrever, há um luxuoso pavilhão de apartamentos.

Também na seção “Casa de Saúde” se cultiva a sociabilidade do paciente. A seção casa de saúde consta de quatro pavilhões – dois para homens e dois para mulheres – sempre com completa separação de sexos. É a parte fechada do Sanatório, sendo que a feitura de tais pavilhões obedeceu também ao critério que visa dar o máximo conforto possível ao doente.

Separando a parte sanatorial da seção casa de saúde, há uma extensa área de terreno, onde se encontram uma bem cuidada quadra de tênis e instalações para outras modalidades de esporte ao ar livre.

Aqui também se cultiva o instinto de sociabilidade dos internados, geralmente apenas adormecido. Isso porque é essencial combater-se o antigo sistema de encerrar por dias e dias, o portador de distúrbios psíquicos em estreitas e escuras celas, o que favorece enormemente os estados de introspecção e aumenta os delírios.

Passeios e entretenimentos são excelentes auxiliares da terapêutica em clínica neuropsiquiátrica. Finalmente, acrescentamos que o Sanatório dispõe de um amplo ginásium onde os pacientes tem oportunidade de passar algumas horas agradáveis durante o dia. Aí se encontram um piano, aparelho de rádio, bilhares, “snoocker”, mesas de pingue-pongue e numerosos outros jogos de salão.

A dois quilômetros de distância, o Sanatório mantém uma granja de trinta alqueires de área, que lhe fornece leite puríssimo e abundante, legumes, hortaliças, ovos frescos e frangos. Além do que, nessa chácara, que dispõe de vários animais de sela e um belo lago com respectivo bote, os pacientes já restabelecidos e apenas em consolidação de tratamento, podem passar momentos bastante agradáveis.

Esses entretenimentos substituem a laborterapia, pouco exequível em ambiente sanatorial e quase sempre mal interpretada pelas famílias.

Some-se a isso as idas aos refeitórios, à barbearia, ao dentista; os passeios pelo parque, as palestras nos caramanchões por ele disseminados, as torcidas ao redor do campo de tênis, e ter-se-á a compreensão de que o objetivo de tornar a vida do paciente relativamente dinâmica, pode ser alcançado em um sanatório moderno.

Consegue-se desse modo, dissipar o tédio, e atenuar as auto-análises, quase sempre de

Nelson Tomelin Jr.

resultados desfavoráveis e deprimentes para o que os nevropatas têm marcada tendência.

Observando a composição da equipe por um corpo clínico proficiente e especializado, o documento termina assinalando que seus médicos internos, por conta do que se iniciava como regime aberto do hospital, executariam as prescrições dos colegas que internando aí seus pacientes quisessem ter continuadas suas orientações de tratamento.

Do texto publicitário, as inverdades e contradições aparecem pelo levantamento e análise de fontes documentais que apresentam práticas diversas das aí propaladas, como vemos neste artigo e como outros estudos já analisaram.⁵ A perspectiva que se insinua é a de uma empresa privada de saúde e que, como tal, traz princípios e cuidados médicos submetidos ao pressuposto do mercado. Assim, não é para as lacunas do discurso que é preciso voltar-se, como que apontando aí incoerências. É mesmo pela lógica do que é lacunar na propaganda que se alcança o ponto interessante do documento, suas contradições com a realidade. O bonito quadro pintado por essas linhas, o espaço de lazer e prazeres que se descreve, evidencia a necessidade de sanear como vantajosos os “*modernos*” tratamentos disponibilizados. Os descasos advindos desse momento não deixam de acontecer, contudo, quando formalizado esse serviço como iniciativa pública. A lógica manicomial respeitada pelo moderno estado burguês e pelas políticas totalitaristas, como toda produção ideológica que se constitui pelas lacunas e não apesar delas, ultrapassa as fronteiras do público e do privado, entretanto, não sem expressar características determinadas em um e outro regime.

O conceito que norteia as práticas do Hospital Pinel no começo da década de 1940 diz o que a instituição foi e viria a ser daí por diante. O referido material de propaganda, do período imediatamente anterior à estatização, traz na capa uma imagem estilizada do terreno e das instalações. Um caminho sinuoso se estende por uma elevação, uma colina. Do descampado da base e laterais da montanha, pronuncia-se ao alto uma porteira e, logo atrás do que seriam as edificações da instituição, há apenas a representação de um feixe largo de luz que abre caminho pelas nuvens cinzas e carregadas. O projeto da medicina psiquiátrica de então representa a prática de ardis e manobras de um poder condizente com a função social do grupo de particulares envolvidos, médicos e empresários. É o rastro dessa desigualdade de participação junto ao poder social que é preciso evidenciar. As práticas e políticas manicomiais se esclarecem no terreno das disputas sociais e históricas de cada tempo. Que tenha vindo por um pressuposto político a implementação do grande projeto psiquiátrico paulista do fim do século XIX às primeiras décadas do período seguinte, fica explicado pelas resistências que se moveram em direção contrária.

Planejamento manicomial e a produção do homem

É a leitura dessas resistências que se precisa fazer. E estão evidentes em cada página de prontuários desse tempo e em cada fala, ou silêncio, dos internos ainda hoje custodiados por esses lugares.

Prontuários de idosos e idosas que estiveram, no decorrer dos anos 1930 e 1940, no Hospital Psiquiátrico Pinel, nos ajudam a pensar o convívio dessas pessoas com a institucionalização, e a perspectivar aquilo que sofreram e de como foram capazes, naquele tempo, de resistir aos maus-tratos, ou não.

O prontuário de Salvador C., de 32 anos, internado em 22 de abril de 1945 no Hospital Pinel, evidencia as estratégias adotadas pelo paciente no sentido de inutilizar a violência do exame psíquico a que é submetido. A resistência de Salvador aparece pelo esforço redobrado do examinador de recuperar suas reações como resultado de um suposto quadro clínico.

Exame psíquico: Paciente magro. Fácies e atitudes de retraimento e certa desconfiança. A atenção espontânea é deficiente e a provocada ora é boa ora não. Fala entre dentes e só quando interrogado. Dá respostas breves, incompletas, falhas, mesmo indagando-se do número, nome e idade dos seus filhos, quantos anos tem de casado, etc. Onde mora? 'Numa rua esquisita'. Quantos filhos tem? '2 ou 3... dois'. Trabalha em que? 'Não trabalho... verniz'. Porque o sr. não quis ver sua senhora na visita? 'Não estou enxergando bem'. Por vezes não responde só olha-me, sorri, sacode de leve a cabeça. Como se chama este lugar? 'Isso não posso saber...'. 'Vejo muito claro'. Não se considera doente. Presta-se ao exame de má vontade e demonstra desejo de ir-se. O seu todo; fácies, suas atitudes, seu modo de falar, externam profunda indiferença. Nada reclama, nada pede. No hospital tem estado alheio ao meio, não toma iniciativa nenhuma, não conversa com ninguém e está sempre com as mãos enfiadas nas calças. A princípio aceitava a internação com indiferença mas depois que tomou eletrochoques (4) sempre que tem oportunidade procura fugir. Atualmente toma Cardiazol e já foi submetido a 3 injeções que suporta com menor resistência do que a eletrochoqueterapia. O questionário não diz há quanto tempo está doente, mas é provável que a doença não tenha mais de 1 ano.

Se o caso de Salvador surpreende pela clareza quanto à relação de força imposta e pela sua capacidade de lhe opor obstáculos, o mesmo não acontecia com os pacientes que adentravam ao hospital numa condição de debilidade física mais comprometedora. Com idosos e idosas, o andamento das condutas médicas assustam pela rapidez com que levavam os pacientes a óbito.

Francisco C., pensionista de 62 anos, internado em 18 de abril de 1945, é morto em 7 de julho do mesmo ano. Chega ao Hospital Psiquiátrico Pinel, pelo que consta no seu prontuário, para ficar sob observação, pois teria tentado "*matar sem motivos a amasia*".

Nelson Tomelin Jr.

A moléstia iniciou-se por perturbações mentais, manifestadas por conversas sem nexo, dizendo a todos que vai plantar eucaliptos e que quer por fogo na Cooperativa Agrícola de Mogi das Cruzes; que tem 30.000 em caixa (quando é paupérrimo)... sobe nas grades de cabeça para baixo, tem a mania de mostrar documentos (escrituras, mapas, etc.), de terras de que se diz dono, mostra-se freqüentemente colérico e diz obscenidades.

Ainda nas poucas linhas que compõem as anotações clínicas do seu estado de saúde, fica registrada a causa da sua morte, “*coma insulínico irreversível, e doença Psicose Maníaco-depressiva-Mania*”. O método de Manfred Sakel, psiquiatra vienense pioneiro na administração de doses elevadas de insulina como maneira de acalmar pacientes agitados, era aplicado cotidianamente e de forma intensiva nos internos do Pinel daquela época. O coma insulínico, pelo que ainda hoje se professa em alguns círculos, promove alterações favoráveis na personalidade de pacientes irrequietos, diagnosticados como esquizofrênicos. O método leva à morte o sexagenário Francisco e a informação não é sonegada do prontuário precisamente por tratar-se de um procedimento científico que, se acaso traz eventuais conseqüências “irreversíveis”, nem por isso deve ser posto em dúvida. A técnica pode ser sempre saneada por estatísticas elaboradas cuidadosamente, com médias mais favoráveis.

Alberto S. A., pensionista contribuinte de 80 anos, “*branco*”, “*brasileiro*”, natural de São Paulo, internado no Hospital Psiquiátrico Pinel em 14 de junho de 1945, vai a óbito em 16 de setembro.

Casado com Julieta F. de A. é por ela internado. A esposa envia ao Hospital, em 13/ julho/45, um requerimento solicitando “um atestado que a habilite a cassar a procuração outorgada por seu marido a favor de um terceiro, sob alegação de, na qualidade de legítima esposa, poder reger os bens de seu marido. Como o assunto escapa à alçada desta Diretoria, encaminho a V.S. o requerimento aludido, a fim de que lhe seja dado o destino conveniente.

Das anotações em questionário respondido pela esposa:

Manifestava idéias extravagantes? (citar algumas se possível)

Sim, sempre, toda a vida, um ciúme excessivo – e sempre fazendo escândalos. Diz também que era colérico, irritado; que sua moléstia havia tido início 2 anos antes da referida internação, mas que há três meses se acentuara. O paciente, segundo ela, tinha vontade de matar, visões de “pessoas ausentes” e ouvia vozes que o chamavam.

O prontuário nos faz saber ainda que a causa da sua morte foi um colapso cardíaco e que Alberto sofria, pelo que se soube depois do seu falecimento, do curioso, quando não oportuno, mal de “*Caquexia Senil Miocardose*”. Também muito comum na época da internação do paciente, era o tratamento por convulsões induzidas pelo cardiazol, o chama-

Planejamento manicomial e a produção do homem

do método von Meduna, em referência ao médico húngaro responsável pela elaboração da técnica, famosa pelas sensações terríficas e angustiosas ao extremo que provocava, como que a antecipar impressões físicas, sobretudo cardíacas, de morte súbita.

Na ocasião em que a eletrochoqueterapia passa a ser empregada, percebem-se “melhoras”, assim definidas pelos que a utilizavam, igualmente significativas na saúde dos pacientes, e já com a vantagem de não acarretar as mencionadas sensações de angústia. Era o “avanço” da ciência psiquiátrica, que se consagrava finalmente. Isso não leva, no entanto – ao menos não no Hospital Pinel – nem ao abandono dos outros dois métodos, nem à diminuição do número de vítimas fatais pela nova técnica, o eletrochoque.

O excerto abaixo trata desses progressos proporcionados pelo advento da psiquiatria como ciência médica, em documento produzido, no ano recente de 1995, pela Secretaria de Estado da Saúde e arquivado no S.A.M.E. (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do Hospital Psiquiátrico Pinel. O material, supostamente preparado para fins de formação e aprimoramento dos auxiliares psiquiátricos, apresenta um “*histórico*” do hospital e outros tópicos sobre a ciência a que se dedica, como “*tempos idos*”, “*pioneiros*”, “*nasce uma ciência*”, “*por fim a psiquiatria*”, “*atualmente*” e “*o futuro*”.

(...) Em 1927, um jovem psiquiatra de Viena deu um passo ousado. Administrou doses elevadas de insulina a uma toxicômana para acalmá-la. Aconteceu o que desejava: o paciente acalmou-se. Experimentou, então, a droga em outros pacientes agitados, entre eles, esquizofrênicos. Observou, então, o inesperado: uma alteração favorável na personalidade desses pacientes. O **Dr. Manfred Sakel** começou, pois, a tratar as psicoses, inclusive a esquizofrenia, pelo choque insulínico, até hoje bastante empregado no tratamento das esquizofrenias.

Na época em que Sakel anunciou o seu tratamento pela insulina, 1933, um médico húngaro, **von Meduna**, estava trabalhando com a terapêutica pelo choque. Experimentou provocar convulsões com o cardiazol. Esse tipo de tratamento revelou-se excepcionalmente eficiente nas psicoses maníaco-depressivas e em algumas formas de esquizofrenia.

Em 1937, em Roma, Cerletti e Bini, começaram a procurar algo que não produzisse as sensações terríficas do cardiazol. Empregaram a eletricidade, experimentando-a primeiro em porcos e ousando depois aplicá-la em seres humanos.

Por essa relativa segurança e eficácia, o eletrochoque tornou-se uma das terapêuticas mais utilizadas em todo o mundo, sendo ainda hoje muito empregado, sobretudo no tratamento dos estados depressivos.

Impressiona a altivez com que são relatadas as inovações, tudo ideologicamente seguro e eficaz, como que num rastro evolutivo e irrefreável da ciência. O período bastante atual desse documento, a se considerar pelo entusiasmo ainda vivo, dá uma medida do que foram os tempos em que esses métodos acabavam de chegar ao Brasil como a última

Nelson Tomelin Jr.

palavra em tratamento psiquiátrico. Pelo documento acima, no tópico que discorre sobre o que se tem “*atualmente*”, sabe-se que “*a pesquisa de tratamentos continua, não apenas com a convulsoterapia e suas variantes*”, mas, sobretudo, pelo trabalho dos “*cirurgiões*” que “*pesquisam novas operações cerebrais para corrigir os casos mais renitentes e a psicocirurgia da epilepsia já é uma realidade*”. E é mesmo “*o futuro*” que se anuncia nessas páginas.

A pesquisa psiquiátrica está agora em uma de suas etapas mais decisivas. Em nossos dias, calcula-se que, de cada 1.000 pessoas, cinco, anualmente, necessitarão ser hospitalizadas para tratamento de doença mental. A segunda guerra mundial, como a primeira, contribuiu para o aumento das perturbações mentais.

Entretanto, as perspectivas de progresso no seu tratamento são boas. Parece não haver dúvida de que esta época será mas tarde considerada como “*idade de ouro*” da psiquiatria.

A melhoria dos hospitais psiquiátricos e dos cuidados neles dispensados continua a ser uma das medidas mais necessárias para o progresso da psiquiatria e da higiene mental.

Certamente, tudo o que você fizer para difundir um pouco mais o programa da psiquiatria contribuirá também para torná-lo um melhor auxiliar psiquiátrico.

Você tem um trabalho de significação e importância. Tire dele o melhor partido possível.

O tom apoteótico, que causaria palpitações e frêmitos de alegria num Simão Bacamarte,⁶ deve ser considerado da perspectiva de que se dirige a uma equipe técnica em plena função. Não são ficcionais os propósitos aí declamados, tampouco sai em sua defesa um teórico isolado que pretenda a retomada de pressupostos alienistas. A “*idade de ouro*” aí anunciada é o que se percebe por alguém que conhece a realidade manicomial e mesmo se pronuncia de dentro dela, justamente para aqueles que vivem esse cotidiano profissional hoje. A prática ideológica que se desenrola nesse documento oficial vem precisamente num esforço de ocultamento da experiência real da história desses lugares. O panfleto de divulgação das instalações e serviços modernos do hospital, acima citado, trabalha sobre a mesma lógica. Na base de um e outro, da manutenção de um chão de proveitosas dotações orçamentárias, é também um poder social que se quer equilibrar favoravelmente. O manicômio é uma realidade que se constitui na e pela prática de pessoas num campo de enfrentamentos sociais marcado por profundas desigualdades políticas e econômicas, e não apenas por idéias ou conceitos defendidos por uma minoria de particulares. As conseqüências dos desequilíbrios desse terreno de lutas são visíveis. A ciência e a técnica são sociais.

Francisco A., português de 70 anos, é internado em 17 de abril de 1945 e morto em 27 de maio. Pelo questionário respondido por um conhecido da esposa do interno, temos informações contidas no tópico “*descrever, si possível, o início e evolução circunstanciada da moléstia*”:

Planejamento manicomial e a produção do homem

Certo dia tomou um susto, e daí em diante começou a ficar abobado isto já faz 12 meses e agora está sempre agitado andando para lá e para cá e sempre falando que tem um espanhor (sic.) que vem falar com ele e fala em espanhor e durante a noite não dorme levanta-se rasga roupas, está sempre agitado.⁷

Consta no prontuário também uma “*folha de acompanhamento de aplicação de eletrochoqueterapia*” em anexo. O corpo de Francisco é encaminhado para ser enterrado no Hospital do Juquery. Acompanha-o uma “*folha de identificação*” do cadáver, com as digitais e uma foto sua, já morto, com os olhos fechados e um chumaço de algodão na boca. Aparece deitado numa maca de cimento, com o cabelo raspado e a cabeça apoiada num vinco próprio para o encaixe do crânio. Não se vê pontos de sutura. De qualquer forma, como não constam aí encaminhamentos para contatos com os familiares, não é de se duvidar que tenha também o seu cadáver servido a outros fins científicos. Ao lado do corpo, seu número de identificação: 22159.

Um registro fotográfico em condições semelhantes aparece no prontuário de Takamoto T., internado em 10 de abril de 1945, e morto em 31 de maio do mesmo ano, quando contava 30 anos de idade. No atestado de óbito, consta como “*causa da morte: colapso cardíaco e doença: gangrena generalizada*”. O prontuário tem anotado, na capa, a observação “*eletrochoque*”, tratamento igualmente recebido por Francisco.

10/4/45. Não existem informações a seu respeito e o paciente nada nos explica e nem fala conosco. No momento em que o vemos encontra-se em estado de grande agitação, sendo obrigado a ser contido fisicamente e isolado dos demais doentes, pois agride e então é agredido. Parece estar confuso, alheiado ao ambiente, afastado da realidade. Deverá ser internado no Hospital do Juqueri, para fins de tratamento e observação.

Takamoto havia sido recolhido na carceragem da Repartição Central da Polícia como demente e, então, encaminhado ao hospital. Talvez algum procedimento de biopsia específica se seguisse aos casos de internos mortos pela eletrochoqueterapia que não tivessem parentes reclamantes, ou possivelmente esses exames fossem realizados sem que a família tomasse conhecimento ou os autorizasse, tudo em nome da ciência. Não houve caso de fotografias de cadáveres em prontuários de internos mortos em outras circunstâncias.

Um outro caso de idoso que se resolve pelo falecimento em um curto espaço de tempo é o de José Augusto L. de G. U., “*belga, branco, solteiro, católico, padeiro/chacareiro*”, de 65 anos, internado no Hospital Psiquiátrico Pinel, em 26 de abril de 1945, e morto em 24 de maio. Segundo um atestado médico, o paciente era portador de “*Coréia de Huntington*” e conseqüentes perturbações mentais. O questionário respondido pelo reitor do Seminário Menor de Pirapora do Bom Jesus, “*nenhum grau de parentesco*”, faz menção a um certo “*nervosismo excessivo que lhe causa continuamente um mexer do*

Nelson Tomelin Jr.

corpo todo”, “*perturbações mentais*” e “*vontade de se matar*”. Mais de uma vez, esse último motivo é apontado como sendo o mais grave, tendo, ao que tudo indica, levado José Augusto à internação psiquiátrica. Sua vontade mórbida parece ter sido atendida em menos de um mês de “tratamento”.

As arbitrariedades praticadas pelo eletrochoque em nome do que seria um procedimento terapêutico alcançam níveis surpreendentes no caso de Lourença R., moça de 25 anos, com uma primeira passagem pelo Hospital Pinel, em 1930, e aí ficando definitivamente a partir de 17 de maio de 1945. Segundo questionário respondido pelo pai e pelo irmão, a “*moléstia*” de Lourença teria começado após “*um banho frio*”, quando “*mens-truada*”. Segue exame psíquico realizado quando da sua segunda internação.

Mantém bom contato com o meio, sabendo nos informar que já esteve aqui internada, sabendo o nome do Hospital, o nosso nome e de algumas servidoras. Sem motivo justificado, porém, põe-se a chorar, vertendo abundantes lágrimas. Não tem perfeita noção do seu estado mental, dando uma desculpa pueril e sem lógica para sua reinternação, entretanto diz que não trabalhava fora por causa de sua saúde....

O motivo supostamente nada “*pueril*” e mesmo bastante “*lógico*” do banho frio, durante o período de menstruação leva Lourença, pelo que consta de fichas arquivadas, a uma quantidade inacreditável de eletrochoques, difícil de precisar, mas, ao que tudo indica, numa média de duas séries de oito aplicações por semana. E como seu histórico de internação ultrapassa um intervalo de quarenta anos, pode-se ter uma idéia da quantidade de seções a que foi submetida. À parte, a indução de pré-coma pela insulino-terapia foi um tratamento corrente no seu dia-a-dia, dando-se conjuntamente às aplicações de eletrochoque. Outro exame psíquico:

20/julho/54. Calma, conversando razoavelmente. Nota-se desde logo, uma pessoa tímida, com um nível intelectual um tanto baixo. A todo momento, pergunta-nos si não vamos lhe aplicar choques, pois diz ter demais estes. Bem orientada. Demonstra pobreza em relação à fatos pregressos. Conversação destituída de entusiasmo.

E continua irremediável o tratamento, plenamente justificado no diagnóstico de “*esquizofrenia, forma hebefrêno-paranóide*”. Após o explícito pedido de ajuda, Lourença ainda receberá uma série de quarenta pré-comas induzidos. E em 4 de novembro desse ano de 1954: “*tratamento terminado. Condições psíquicas um tanto melhoradas, principalmente no setor da iniciativa*”. Logo na seqüência, é retomada a eletrochoqueterapia, continuando até 1972, ano em que se anota o último registro do procedimento, talvez tendo Lourença falecido nesse mesmo período.

O trajeto que vai da internação ao óbito em intervalo de tempo que em poucas ocasiões ultrapassa os trinta dias é comum entre velhos e velhas nesses primeiros anos do

Planejamento manicomial e a produção do homem

Hospital Pinel. Poucos são os que alcançam a sorte de não serem vítimas desse processo. Esse é o caso de Octaviano P. C., pensionista de 77 anos, internado pela esposa, em 17 de agosto de 1945, e por ela mesma resgatado, “*sem alta*”, três dias mais tarde. Esse caso evidencia que as violências e arbitrariedades praticadas nas dependências internas do Hospital Psiquiátrico Pinel daquela época estavam em diálogo com as experiências de resistência que também se anunciavam, por vezes concretamente, a partir do lado de fora da instituição. A instituição manicomial é pensada e refletida, e mesmo a ela se opõem posições críticas e ações de dismantelamento de seus processos desde o tempo em que aparece aviltando e maltratando aquela parcela da sociedade que acorre aos seus serviços. Se não acabam as instituições psiquiátricas isso não se deve à falta de discussões mais sérias, amadurecimento político, ou consciência das desumanidades aí praticadas, mas antes por uma correlação de forças absolutamente desigual, pelo que esses lugares se favorecem de poderes concretos na sociedade brasileira contemporânea, derrotando cotidianamente, embora não completamente, propostas presentes e democráticas de outros projetos e modelos de tratamento à saúde mental, que, alcançando, e mesmo criando novas brechas, são concretos e em prática, hoje, nessa mesma sociedade.

Notas

**Doutor e professor adjunto da Universidade Federal do Amazonas (Manaus). E-mail: nelsontomelin@yahoo.com.br

¹As transcrições dos excertos de prontuários aqui analisados acompanharam as mesmas letras, pontuações, construções gramaticais e grifos desses documentos.

²Conf. TOMELIN JR., Nelson. *A CULTURA DA LOUCURA NA CIDADE: o planejamento da velhice saudável e a esperança que falou* (São Paulo, 1940/2005). (doutorado), Programa de Pós-graduação em História Social, FFLCH/USP, 2008.

³Conf. BARBOSA, Rosana M. *Presença negra numa instituição modelar: o hospício de Juquery*. (Dissertação de Mestrado) Departamento de Sociologia. São Paulo, FFLCH/USP, 1992.

⁴Material de divulgação por ocasião do momento em que o Hospital Pinel passa ao regime aberto, ainda sob direção clínica de Cantídio de Moura Campos, médico envolvido com a fundação da instituição, ao lado do empresário Arlindo de Camargo Pacheco.

⁵Conf. CUNHA, Maria C. P. da. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. 2 ed. Paz e Terra, São Paulo, 1988; COUTO, Rita C. C. de M. Eugenia, loucura e condição feminina no Brasil: as pacientes do sanatório Pinel de Pirituba e o discurso dos médicos e dos leigos durante a década de 1930. (Dissertação de Mestrado) Departamento de História. São Paulo, FFLCH/USP, 1994.

⁶ASSIS, Machado de. *O alienista*. 20 ed. São Paulo, Ática, 1991.

⁷Eventuais observações acerca de detalhes gramaticais nos documentos transcritos neste artigo foram feitas pelos próprios autores desses materiais.