

ARTIGO

“JOVENS QUE MUITO ANTES DE SEREM PARALÍTICOS JÁ ERAM DEGENERADOS”:

SÍFILIS, LOUCURA E OS RUMOS DA NAÇÃO NA PSIQUIATRIA
CARIOCA DO INÍCIO DO SÉCULO XX

GIULIA ENGEL ACCORSI

Doutora em História das Ciências e da Saúde
Professora Visitante
Programa de Pós-Graduação em História
Universidade Estadual de Feira de Santana
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7178-7830>

RESUMO: A paralisia geral progressiva (PGP) foi descrita em 1822 e, a partir de meados do século XIX, ampliou seu espaço nas agendas psiquiátricas, sobretudo, ao ter sua forma juvenil relacionada à sífilis e, consequentemente, evidenciar seu potencial de degenerar as gerações futuras. Assim, o presente artigo discute como os entendimentos sobre a PGP juvenil estiveram imbricados aos discursos sobre a importância da psiquiatria na promoção de uma nação brasileira desenvolvida e saudável. O texto reflete sobre a relação entre práticas psiquiátricas ligadas ao diagnóstico da PGP juvenil, hereditariedade e a forma como psiquiatras instituíam e lidavam com os limites das evidências do adoecimento. Assim, a pesquisa chama atenção para a relação entre o processo de consolidação da psiquiatria carioca enquanto campo médico-científico e a utilização de ferramentas laboratoriais como provas da existência das doenças venérea e psíquica.

PALAVRAS-CHAVE: sífilis; psiquiatria; laboratório; diagnóstico.

JUVENILE GENERAL PARALYSIS AND THE FUTURE OF THE NATION:

PSYCHIATRIC CONSIDERATIONS REGARDING SYPHILIS AND MADNESS IN EARLY 20TH CENTURY RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: General paralysis of the insane (GPI) was first described in 1822, gaining prominence in psychiatric agendas from the mid-19th century onwards. This was mainly due to the fact that the juvenile form was linked to syphilis, highlighting its potential to affect future generations. This article discusses how understandings of juvenile GPI were intertwined with discourses on the importance of psychiatry in developing a healthy, prosperous Brazilian nation. It reflects on the relationship between psychiatric practices associated with diagnosing juvenile GPI, heredity and how psychiatrists defined and managed the boundaries of evidence of illness. The research thus draws attention to the relationship between the consolidation of psychiatry in Rio de Janeiro as a medical and scientific field, and the use of laboratory tools to prove the existence of venereal and mental illnesses.

KEYWORDS: syphilis; psychiatry; laboratory; diagnoses.

DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2767.2025v84p30-57>

Recebido em: 30/06/2025

Aprovado em: 20/08/2025



Introdução

A sífilis é considerada uma das mais antigas doenças da humanidade e as primeiras referências a suas manifestações, na Europa, datam do século XV (Quétel, 1992, p. 9). O conhecimento médico ocidental sobre tal enfermidade desenvolveu-se amplamente a partir da segunda metade do século XIX, quando uma área médica específica – a sifilografia – começou a se institucionalizar em diferentes países do ocidente (Quétel, 1992, p. 136; CARRARA, 1996, p. 76). Sua caracterização enquanto doença venérea sistêmica motivou outros campos da medicina, como a psiquiatria e a cardiologia, a se ocuparem em estudar e descrever as diferentes formas que a sífilis poderia assumir ao longo de seu curso mórbido, afetando diversos órgãos a exemplo do coração, dos ossos e do encéfalo.

Caracterizada como uma das formas tardias da enfermidade que atingia o sistema nervoso, a paralisia geral progressiva (PGP) foi originalmente descrita em 1822 pelo alienista francês Antoine Laurent-Jessé Bayle (1799-1858), sob a denominação de aracnoidite crônica (Brown, 1994). Seus principais sintomas eram delírios, especialmente os de grandeza, e um quadro de paralisia nos membros, que se generalizava ao longo do tempo e culminava em um estado de demência profundo. Em vista de seu repertório sintomatológico, a doença passou a ser amplamente referida através dos termos: paralisia geral progressiva, paralisia geral dos alienados, demência paralítica ou, simplesmente, paralisia geral (Hurn, 1998, p. 34).

A princípio, a PGP era considerada mais comum em homens, brancos, com idade entre 30 e 45 anos, de modo que o imaginário sobre seus enfermos esteve, em um primeiro momento, profundamente associado à figura masculina e, portanto, fortemente marcado por características como a tendência para os excessos sexuais e de trabalho (Hurn, 1998, p. 83). Inicialmente, uma miríade de fatores, frequentemente associados à civilização e à modernização da vida nos centros urbanos, era reconhecida como causa da PGP, a exemplo do abuso de bebidas alcoólicas e do tabaco, dos excessos de trabalho, da insolação, do envenenamento por chumbo, do traumatismo cerebral, de predisposições hereditárias e da sífilis (Davis, 2008, p. 199; Accorsi, 2020, p. 136-137).

Mas foi apenas a partir de meados do século XIX que a PGP passou a ser relacionada de maneira mais íntima e exclusiva com a doença venérea, de modo que o estabelecimento da última como principal e/ou única causa da primeira levou alguns anos para consolidar-se enquanto um paradigma na medicina. Desde o final do oitocentos até as primeiras décadas do novecentos, a produção de diversas estatísticas e estudos científicos contribuíram para o estabelecimento do referido consenso. O entendimento de que a sífilis podia ser passada dos pais para os filhos também contribuiu nesse sentido, ao se estabelecer que, em indivíduos de pouca idade, a paralisia geral progressiva podia manifestar-se a partir de sua forma juvenil. Assim, por intermédio da sífilis, a PGP ampliou seu espaço nas agendas dos círculos psiquiátricos nacionais e internacionais até, pelo menos, meados do século XX, gerando e alimentando debates que iam desde a apropriação do espaço do laboratório para a prevenção e diagnóstico da doença até o potencial que ela tinha de degenerar as gerações futuras (Accorsi, 2023).

Um dos mais proeminentes articuladores da teoria da degenerescência foi Bénédict-Augustin Morel (1809-1873), também um dos pioneiros a descrever e sistematizar a relação entre a mesma e a alienação mental, em meados do século XIX (Coffin, 2003, p. 153). Morel considerava a degeneração um “estado anormal” que mantinha íntimas relações com males físicos e morais e com a degradação das gerações futuras (Serpa Junior, 2010, p. 448-450). Segundo ele, a degenerescência consistia em:

Um desvio doentio de um tipo primitivo. Este desvio, por mais simples que possamos supô-lo na sua origem, traz em si, todavia, elementos de transmissibilidade de uma tal natureza, que aquele que porta o germe torna-se cada vez mais incapaz de cumprir sua função na humanidade, e o progresso intelectual, já travado na sua pessoa, encontra-se ainda mais ameaçado na dos seus descendentes (Morel, 1857, p. 5 *apud* Serpa Junior, 2010, p. 450).

A degeneração materializava-se no indivíduo a partir de comportamentos e, sobretudo, dos chamados “estigmas da degenerescência” ou “estigmas físicos de degeneração”, características

consideradas, pela medicina em geral, como típicas de um indivíduo nessa condição.¹

Nesse momento, a Europa passava por profundas transformações socioeconômicas, que se desdobraram, entre outras coisas, na insalubridade do meio urbano, na redefinição das relações de trabalho e na propagação de hábitos considerados nocivos, como o abuso de substâncias alcóolicas e os excessos sexuais (Coffin, 2003). Com esses passivos da civilização, ombreavam suas benesses, fazendo emergir um dilema de custo-benefício com o qual a medicina disponibilizara-se a lidar, proclamando-se detentora das ferramentas necessárias para a neutralização dos horrores desse processo (Serpa Junior, 2010, p. 455-457).

As ideias sobre degeneração fervilharam entre a intelectualidade brasileira no alvorecer da Primeira República, sobretudo, nos debates político-culturais acerca das múltiplas propostas para se retirar o Brasil do “atraso”, colocando-o “concerto das nações” civilizadas (Carrara, 1997, p. 392). Um forte ponto comum entre essas vozes residia no protagonismo dado à ciência como ferramenta-chave para o entendimento das origens da “defasagem” brasileira com relação aos países europeus, representada, entre outras coisas, pela sua herança escravocrata e monárquica (Gomes, 2011, p. 12).

Assim, a medicina se tornaria uma forte aliada, sobretudo, a partir de sua recusa a aderir às interpretações deterministas desse “atraso”, de acordo com as quais o mesmo decorreria de características biológicas do povo brasileiro, a exemplo de sua constituição racial. Segundo certos médicos do período, a “defasagem” brasileira resultava, na verdade, das péssimas condições de saúde, higiene e educação nas quais vivia grande parte da população. Portanto, as soluções para o problema precisariam incluir necessariamente iniciativas higiênicas, sanitárias e educacionais que visassem não somente tratar as enfermidades que assolavam os brasileiros e melhorar suas condições de saúde, alimentação e moradia, mas também que as prevenissem (Lima & Hochman, 1996; Hochman, 1998; Lima, 1999). Tal profilaxia envolvia, entre outras coisas, a reprimenda aos hábitos considerados

¹ Tais características multiplicaram-se e complexificaram-se com o passar do tempo, mas continuaram a serem relacionadas, por muitos estudiosos, ao tamanho da cabeça do indivíduo, sua altura, cor da pele, capacidade intelectual e de controle de seus instintos, tendências morais etc. (Coffin, 2003, p. 156).

nocivos e que levavam aos mais diferentes tipos de adoecimento, incluindo o psíquico (Facchinetti & Muñoz, 2013).

Isso posto, o presente artigo discute como a produção dos conhecimentos médicos sobre a forma juvenil da paralisia geral progressiva esteve imbricada aos discursos acerca da importância da psiquiatria no combate à degeneração das novas gerações e na promoção de uma nação brasileira moderna, desenvolvida e saudável. Através, principalmente, de artigos e teses de doutoramento produzidas por médicos que se formavam e/ou atuavam no Rio de Janeiro, então Capital Federal, nas primeiras décadas do século XX, o texto reflete sobre a forma como esses profissionais, a partir de sua atuação, disseminavam convicções, instituía e lidavam com os limites dos corpos supostamente adoecidos e propunham intervenções higiênicas para a contenção da referida enfermidade.

Sífilis e loucura através das gerações

Considerada pela medicina da época como um dos grandes “males da civilização”, a sífilis esteve no ponto central do discurso científico sobre a construção de uma nação brasileira moderna, desenvolvida e saudável, durante o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX (Carrara, 1996, 1997; Batista, 2015). Isso se deu não apenas pelo seu potencial de degenerar e enfraquecer a constituição dos indivíduos adultos, mas de ser transmitida às gerações futuras, afetando crianças e jovens.²

Um dos mais proeminentes sifilógrafos franceses da virada do século, Alfred Fournier (1832-1914), passou a defender que a sífilis não se manifestava na prole de indivíduos enfermos apenas através de seus sintomas mais característicos. Ela era capaz de comprometer profundamente o desenvolvimento físico, mental e moral de crianças e jovens ao longo de toda a sua existência, tornando-os absolutamente vulneráveis, entre outras coisas, a estímulos “nocivos” e ao adoecimento psíquico (Hurn, 1998, p. 103). Além disso, o médico afirmava ter observado, em sua clínica privada, que dois em cada três filhos de pais sifilíticos iam a óbito. Na clínica hospitalar, tal número

² Destaca-se que tal visão não se restringia à sífilis, de modo que, nesse momento a medicina também debatia a transmissão geracional de outras doenças infectocontagiosas, a exemplo da tuberculose (Espinoza, 2008, p. 87).

era, segundo ele, ainda mais assombroso, já que a cada oito indivíduos nessa situação, sete morriam (Carrara, 1996, p. 52).

Diversos textos de Fournier foram amplamente lidos no Brasil, tornando-se referência para os campos médicos locais, incluindo a psiquiatria (Accorsi, 2020, p. 181). *La Prophylaxie Publique de la Syphilis* ("Profilaxia Pública da Sífilis"), publicado em 1887, inspirou diferentes teses de doutoramento sobre a enfermidade defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ). Nelas, seus autores argumentavam que a doença venérea era uma das principais causas da degeneração da população brasileira e, portanto, uma importante ameaça a ser combatida. O sifilógrafo Eduardo Rabello, por exemplo, afirmava que a sífilis seria responsável por 80% dos casos de debilidade congênita e por 60% dos natimortos, acrescentando que, ainda nos poucos casos onde as crianças sobreviviam, havia chances de a doença venérea manifestar-se futuramente. Apoiado no pensamento de Fournier, Rabello defendia que a sífilis "trazia consequências desastrosas para a prole e portanto para o futuro das nações" (Carrara, 1996, p. 52).

Uma retórica muito similar a essa era entoada pela psiquiatria acerca das enfermidades mentais, no tocante à sua herdabilidade e, conseqüentemente, ao seu potencial de degenerar também as gerações futuras. As diversas vertentes dos pensamentos sobre degeneração, por vezes epitomadas na já mencionada emblemática figura de Morel, instituíram e consolidaram uma dimensão coletiva do enlouquecimento, que ora era visto como produto, ora como causa da degenerescência das populações (Serpa Junior, 2010; Caponi, 2012).

Naturalmente, os aspectos individuais do fenômeno do adoecimento mental não foram deixados de lado, pelo contrário. A apuração dos "antecedentes familiares" e "pessoais" dos pacientes servia para ilustrar, a partir de uma dimensão micro, os potenciais e amplos efeitos da loucura na coletividade. Tendo por base o entendimento de que certas doenças mentais possuíam um componente herdável, o esquadramento desse histórico pessoal constituiu a práxis psiquiátrica como meio de identificar a origem dos transtornos apresentados e/ou como uma ferramenta profilática, a qual buscava evitar que tais características mórbidas continuassem a se perpetrar através das gerações (Serpa Junior, 2010; Caponi, 2012).

Tais debates ocorriam no momento em que o campo psiquiátrico se consolidava no Rio de Janeiro, buscando evidenciar seus saberes como valiosas contribuições científicas para o progresso e desenvolvimento da nação brasileira, assim como o faziam outros ramos da medicina (Facchinetti & Muñoz, 2013; Accorsi, 2023). Nesse sentido, Renata Prudêncio da Silva nos mostra que o olhar psiquiátrico sobre as novas gerações “se desenvolveu em um contexto em que a infância está sendo tomada como objeto das práticas médicas de um modo geral, sendo mote de reivindicações no campo da assistência pública” (Silva, 2008, p. 108).

Assim, no início do século XX, momento de efervescência das iniciativas de modernização, urbanização e industrialização, sobretudo das capitais, a perspectiva de que crianças e jovens seriam os principais representantes do país e, portanto, de seu futuro enquanto nação civilizada, foi reforçada entre intelectuais brasileiros, incluindo, médicos. Entretanto, segundo a perspectiva de muitos desses homens de ciência, grande parte das crianças e jovens encontrava-se desassistida do ponto de vista material e/ou educacional, portanto, vulnerável a perversões, vícios e à degeneração impostas pelo meio em que viviam e/ou pelas condições de abandono e pobreza em que eram deixadas (Rizzini, 2008). Desse modo, fica evidente o quanto “o projeto de salvação das crianças esteve vinculado ao projeto de salvação do país” (Silva, 2008, p. 119) e, nesse quesito, as contribuições da psiquiatria vieram a partir, sobretudo, de um projeto de higienização mental,³ o qual buscava disseminar-se em diferentes esferas, a exemplo da imprensa, das fábricas e das escolas (Facchinetti, Mota & Muñoz, 2022).

“Não há dúvida de que um grande número de casos deve restar desconhecido” – as concepções de Juliano Moreira e Antonio Carlos Penafiel sobre a PGP juvenil

³ Em um primeiro momento, o movimento da higiene mental centrou-se na humanização do trato com os pacientes internados em hospitais psiquiátricos, expandindo-se posteriormente e passando também a tratar das “formas brandas” das doenças mentais e a advogar a importância da profilaxia das diferentes formas de sofrimento psíquico, falando a favor da promoção da saúde entre indivíduos “considerados normais ou predispostos à psicopatia” (Facchinetti, Mota & Muñoz, 2022).

Até pelo menos o início do século XX, a paralisia geral progressiva figurou como coadjuvante nos debates sobre a herdabilidade da loucura, já que o fenômeno parecia não exercer efeitos muito significativos sobre o desenvolvimento da doença, segundo certos médicos. Ela passou a frequentar tais discussões de maneira mais assídua a partir, justamente, da consolidação de sua relação causal com a sífilis. Para isso, inclusive, contribuíram as descrições da doença mental em crianças e jovens, publicadas na literatura especializada nacional e internacional. Antes disso, e como mencionado, entendia-se que a PGP costumava se manifestar apenas a partir dos 30 anos, de modo que se desconheciam casos da mesma em pessoas com idade inferior.

De acordo com as fontes aqui analisadas, a primeira descrição da paralisia geral progressiva em indivíduos jovens é de autoria do psiquiatra escocês Thomas Smith Clouston (1840-1915) que, em 1877, publicou o caso de um adolescente de 16 anos acometido pela doença. A publicação é bastante sucinta, restringindo-se à descrição dos sintomas apresentados pelo paciente, e não possui qualquer comentário acerca do aumento da incidência da PGP em crianças ou adolescentes. No início do texto, o médico diz apenas que “Até agora, supunha-se que a paralisia geral não ocorria antes dos 20 anos de idade e raramente era observada antes dos 25 anos” (Clouston, 1877, p. 419).⁴

Apesar de lacônica, a observação publicada por Clouston se popularizou na literatura psiquiátrica brasileira do início do século XX, assim como outros casos reportados por médicos estrangeiros. No Rio de Janeiro, um dos primeiros a discutir a relação entre sífilis e PGP, referindo-se a quadros considerados “precoces” da segunda doença, foi Antonio Carlos Penafiel (1886-1960). Em sua tese de doutoramento (1904), o médico afirmou que eminentes psiquiatras brasileiros, como Juliano Moreira (1872-1933) e Francisco Franco da Rocha (1864-1933) haviam observado pacientes paralíticos entre 23 e 25 anos de idade (Penafiel, 1904, p. 50).

Penafiel destacava que os delírios de grandeza geralmente inexistiam nos reconhecidamente “raros” casos juvenis da doença. Segundo ele, isso ocorria porque crianças e jovens, assim como as mulheres, não tinham o

⁴ Tradução livre do inglês. No original: “General paralysis has hitherto been supposed not to occur before the age of twenty, and is seldom met with before twenty-five” (Clouston, 1877, p. 419).

cérebro e suas capacidades psíquicas suficientemente desenvolvidos para manifestar esse tipo de sintoma, considerado complexo. Assim, tal ausência seria compreensível e, portanto, não deveria ser encarada como um indício de que o diagnóstico de PGP estaria equivocado nesses indivíduos (Penafiel, 1904, p. 51-52).

A etiologia da doença em crianças e jovens também era tema de discussão e, nesse sentido, Penafiel afirmou: “Na meninice e na primeira mocidade, entre 12 e 20 anos, **a causa em quase todos os casos encontrados tem sido a sífilis**, herdada ou adquirida por contaminação acidental durante os primeiros anos” (Penafiel, 1904, p. 57, grifos meus). Para ele, tal conclusão era evidente, porque esses indivíduos estariam pouco expostos aos demais fatores causais da PGP, como o “alcoolismo”, os “esforços intelectuais” e a “luta pela sobrevivência”. Nesta ocasião, da escrita de sua tese de doutoramento, Antonio Carlos Penafiel pareceu não se alarmar muito com a taxa de incidência da paralisia geral progressiva juvenil, pois declarava:

No Brasil, não conheço ainda uma só observação de p. g. em idade inferior a 23 anos. O professor Juliano Moreira me relatou possuir, o ano passado, em sua clínica particular um caso de p. g. em uma moça de 16 a 18 anos de idade. Não me foi possível verificar e colher a observação do caso (Penafiel, 1904, p. 62).

Contudo, alguns anos depois, seu posicionamento quanto ao perigo dos casos juvenis da doença parece ter se modificado. Em 1907, o médico voltou a discorrer sobre o tema – dessa vez em artigo com Juliano Moreira, veiculado no mesmo periódico britânico no qual Clouston havia reportado seu jovem paciente acometido pela PGP exatos trinta anos antes, o *Journal of Mental Sciences*. No texto, os médicos brasileiros discutiram a ocorrência da doença no país e, segundo eles, ainda que a tenha caracterizado como “um distúrbio muito raro”, depois da publicação de Clouston, passaram a figurar na literatura psiquiátrica cada vez mais relatos de pacientes jovens vítimas da paralisia geral:

O número de casos registrados [de paralisia geral juvenil] aumenta a cada ano, e apesar do distúrbio ser raro deve-se notar, a partir das observações precedentes, que a doença ocorre com muito mais frequência do que era suposto anteriormente. [...] Não há dúvida de que um grande número de casos deve restar desconhecido, especialmente

no estágio precoce da doença, devido às dificuldades diagnósticas, que são mais ou menos consideráveis (Moreira & Penafiel, 2005[1907], p. 819).

É interessante perceber que a opinião de Moreira e Penafiel ia de encontro à de Clouston e, para eles, o baixo número de casos de PGP juvenil no Brasil decorria de deficiências na detecção da doença e não da raridade de sua incidência nos jovens. A fim de ratificar tal discurso, ambos descreveram os sintomas da paciente “M.”, de 18 anos, branca, solteira e costureira, que havia sido diagnosticada “como ‘um caso de imbecilidade’ por dois médicos não-alienistas” (Moreira & Penafiel, 2005[1907], p. 819). “M.” tinha uma mãe “nervosa e excitável” e um pai “nervoso e sífilítico” e fora assim descrita quando examinada por Moreira, em 1902:

A paciente tem uma expressão imbecil e infantil, fala de uma maneira infantil e num tom muito nasal. A sua fala é hesitante, trêmula e silábica. Atenção difícil de obter. Parece entender questões muito simples, mas é incapaz de construir uma resposta. Ela pode ficar em pé e caminhar, mas o seu modo de andar é bastante instável, e ela caminha com a base alargada, a custo levantando suas pernas.

Os seus incisivos centrais são em forma de cavilha e com chanfraduras, tendo ainda erosões lineares do esmalte.

A língua está protraída por uma sucessão de reflexos descoordenados e irregulares, e há marcados tremores fibrilares, tanto na língua como nos músculos da face.

As pupilas estão dilatadas, desiguais, irregulares e não reagem à luz, porém lentamente convergem.

Reflexo patelar ausente. Reflexo plantar presente. Apresenta tremores na extensão dos dedos. O olfato e o paladar são bons e também não há aparentemente perda de tato ou dor. Apesar dos 18 anos de idade, existem poucos pelos pubianos. Suas mãos e pés são algo azulados e muito frios. Seu apetite é exagerado. Ela perdeu o controle da bexiga e dos intestinos (Moreira & Penafiel, 2005[1907], p. 819-820).

A fala “hesitante, trêmula e silábica”, o andar instável e dificultoso, os movimentos descoordenados na língua e nos músculos faciais, as alterações pupilares, os tremores nos dedos e a incapacidade de controlar a bexiga e o intestino constituíam-se, à época, como sinais bastante evidentes da paralisia geral progressiva (Accorsi, 2023, p. 16). Ao destacarem tais sintomas, Moreira e Penafiel evidenciavam a alta probabilidade de que a moça “M.” sofresse da forma juvenil da doença, atestando que um caso como esse não passaria despercebido aos olhos especializados de ambos.

Os discursos proferidos por muitos psiquiatras do momento, ao defenderem a importância de sua especialidade para a construção de uma nação brasileira saudável, livre das enfermidades mentais, foram marcados por diferentes argumentos. Um deles, claro no texto de Moreira e Penafiel, dizia respeito à suposta incapacidade de médicos sem conhecimento sobre as enfermidades psíquicas de diagnosticarem certas doenças, como a PGP. Assim, segundo eles, o número de casos registrados seria, muito provavelmente, menor do que os que existiam de fato. Nesse sentido, a atuação dos médicos especialistas em psiquiatria era fundamental para que se evitasse a subnotificação da enfermidade mental, especialmente de seu tipo precoce.

No esteio deste raciocínio vinha outro argumento: de que a incidência da paralisia geral progressiva crescia na população brasileira, sobretudo, a partir da sífilis, atingindo grupos considerados, até então, pouco acometidos, como os jovens. Na descrição da moça “M.”, ambos destacaram o formato “de cavilha, com chanfraduras” dos dentes incisivos centrais da paciente, sinais considerados evidência clara de uma infecção sifilítica herdada ou adquirida na primeira infância (Moreira & Penafiel, 2005[1907], p. 819). Tais casos incentivavam a ideia de que psiquiatras também deveriam intervir nas medidas de prevenção e contenção dos deletérios, e cada vez mais diversos, efeitos do “mal venéreo”.

A carreira do médico baiano Juliano Moreira foi profundamente marcada por seu interesse pela sífilis. Como apontado por diferentes autores, muitas de suas produções versaram sobre a doença em questão, a exemplo de sua tese de doutoramento, intitulada “Etiologia as Sífilis maligna precoce”, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), em 1891. Ao longo de sua trajetória, Moreira teve múltiplas atuações e foi muito influente do ponto de vista político, intelectual e social (Venancio, 2004; Jacobina, 2019).

Em 1892, recém-formado, assumiu seu primeiro emprego como sanitarista comissionado, atuando no interior da Bahia. Posteriormente, de volta a Salvador, atuou como médico adjunto da Santa Casa de Misericórdia, como assistente da Cadeira de Psiquiatria e Moléstias Nervosas e como preparador de anatomia cirúrgica na FMB. Em 1896, foi aprovado em primeiro lugar no concurso de professor substituto para a referida cadeira, permanecendo no cargo até 1903. Nesse ano, exonerou-se da faculdade,

decidindo residir permanentemente no Rio de Janeiro e assumir o cargo de diretor do Hospital Nacional de Alienados (HNA) e, posteriormente, da Assistência Médica e Legal de Alienados (AMLA)⁵ (Jacobina, 2019).

Em seus 30 anos no cargo, Juliano Moreira capitaneou diversas modificações nas estruturas física e administrativa a AMLA. Entre elas estiveram a construção de novos pavilhões e laboratório no HNA, a organização de uma classificação para as enfermidades psíquicas e a contratação de especialistas de diferentes áreas (Engel, 2001, p. 287-291). As mudanças realizadas inicialmente foram levadas a cabo no momento em que a cidade do Rio de Janeiro passava por intensas reformas urbanas, promovidas pelo então prefeito, Francisco Pereira Passos (1836-1913). Essas visavam o saneamento da Capital Federal e envolveram medidas, como o alargamento de ruas, a demolição de moradias populares e a promoção de campanhas de vacinação em massa, orquestradas pelo médico Oswaldo Cruz (1872-1917) (Facchinetti & Muñoz, 2013, p. 244-245).

Além de sua proeminente atuação à frente da AMLA, Moreira também se envolveu intensamente na fundação e administração de agremiações médicas, como a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML) e a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), e de periódicos científicos nacionais. Na esfera estrangeira, circulou por diferentes países, participando de eventos, congressos e conferências e publicando seus textos em revistas internacionais. Assim, o médico baiano tornou-se uma grande referência, sobretudo, para as jovens gerações de psiquiatras brasileiros.

Moreira considerava a sífilis como um “mal universal”, fator preponderante na degeneração da população e uma das principais causas das doenças mentais (Venancio, 2004, p. 291; Accorsi, 2023, p. 146). Em alguns de seus textos do final do século XIX, o médico alertou para a transmissão da doença venérea através dos laços matrimoniais, o que representava, segundo ele, um grande perigo não apenas para a mulher, mas também para as gerações futuras. No que dizia respeito às consequências decorrentes da sífilis

⁵ Assistência Médica e Legal de Alienados foi criada com a publicação do Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890, o qual aprovava as instruções a que se referiam o Decreto nº 142 A, de 11 de janeiro do mesmo ano. A ela ficariam subordinados todos os estabelecimentos especializados do país que se propusessem a prestar socorro a pacientes mentais, brasileiros e estrangeiros. Neste momento inicial, além do Hospital Nacional de Alienados (antigo Hospício de Pedro II), a Assistência abrigaria as colônias de Conde de Mesquita e São Bento (Engel, 2001).

que afetariam a prole, Juliano Moreira enumerou abortos, partos prematuros e, naturalmente, sintomas considerados típicos da forma hereditária da doença, como os “estigmas dentários e oculares” (Venancio, 2004, p. 298).

Já Antonio Carlos Penafiel parece não ter continuado a desenvolver estudos aprofundados sobre sífilis, segundo o que fui capaz de levantar de sua produção subsequente. Entretanto, nela figura um tema correlato ao da doença venérea: o alcoolismo. Penafiel foi membro titular da LBHM, onde inseriu-se em discussões a exemplo das possibilidades de intervenção da higiene mental nos mundos do trabalho e sobre medidas de combate ao consumo descontrolado do álcool (Penafiel, 1925; Facchinetti, Mota & Muñoz, 2022).

Ainda que sua projeção não tenha sido tão ampla quanto a de seu mentor, Juliano Moreira, Penafiel teve atuações significativas nas esferas médico-educacionais e políticas. Depois de graduar-se na FMRJ, assumiu por um período como interno no HNA e, posteriormente, rumou para sua terra natal, Porto Alegre, onde atuou em jornais e elegeu-se Deputado Estadual e Federal. Foi médico da Polícia Judicial e do Hospital São Pedro e ocupou o cargo de Catedrático de Fisiologia da Faculdade de Medicina da mesma cidade (Accorsi, 2023, p. 41).

Martim Francisco Bueno de Andrada e os “jovens que muito antes de paralíticos já eram degenerados”

Outro médico que se debruçou sobre a paralisia geral juvenil e seus efeitos nocivos para as gerações futuras foi Martim Francisco Bueno de Andrada (1887-1965). Em sua tese de doutoramento (1911), elaborada sob a manifesta inspiração de Juliano Moreira, e também defendida na FMRJ, Andrada argumentava que a sífilis seria a principal causa da PGP juvenil. Fiéis a essa convicção, todas as seis observações clínicas apresentadas pelo médico, duas, inclusive, cedidas a ele pelo próprio Moreira, mostram que os pacientes foram, de alguma forma e em alguma medida, associados à doença venérea durante seu processo diagnóstico (Andrada, 1911, p. 69-96).⁶ Tal relação

⁶ Com exceção das observações provenientes da clínica particular de Juliano Moreira, as informações sobre os demais enfermos foram todas coletadas no Pavilhão de Observações, onde ocorriam as aulas da Cátedra de Clínica Psiquiátrica da FMRJ, e no HNA. Para mais

mórbida teria sido “desvelada” através de testes laboratoriais, como a reação de Wassermann (RW), de sintomas clínicos apresentados pelo próprio enfermo e/ou das características físicas e histórico de saúde de seus familiares, como evidente na já descrita observação da moça “M.”.

Nessa época, a reação de Wasserman era um dos testes laboratoriais mais populares entre médicos, incluindo psiquiatras, e utilizada para o diagnóstico, sobretudo, da sífilis. Todos os casos discutidos por Andrada em sua tese e apresentaram resultados positivos para a reação, acusando, assim, pela lógica científica da época, a presença da doença venérea nos jovens examinados. Durante esse período, era comum que os pacientes fossem submetidos à RW, tanto no Pavilhão de Observação (PO), quanto no HNA. Tal prática pode ser considerada como evidência dos amplos esforços que a psiquiatria brasileira fazia, nesse período, para tornar seus processos diagnósticos mais objetivos, segundo os cânones da medicina científica da época. Ao incorporar o espaço e as ferramentas do laboratório em sua prática clínica, o campo perseguia sua legitimação enquanto ciência médica (Accorsi, 2023, p. 148-205).

Entretanto, em certas situações, além do paciente, alguns de seus familiares, afora terem suas características físicas e mentais e seus históricos de saúde esquadrihados pelos médicos, também eram submetidos à RW. Um caso que ilustra claramente o protagonismo conferido, pelo discurso psiquiátrico da época, aos testes laboratoriais e à genealogia familiar no desvelamento de uma infecção sífilítica foi apresentado à SBNPML, na sessão de 18 de novembro de 1916. Segundo o médico responsável pela paciente, Waldermar Almeida (?-?), era evidente “a etiologia hereditária luética” de seu quadro mórbido (Sociedade, 1917, p. 93). O pai da moça possuía “estigmas somáticos francos de sífilis”, contudo Almeida contou que não havia conseguido realizar a RW, já que o referido senhor “teve uma síncope” no momento em que o material estava sendo coletado. Aqui é importante ressaltar que a reação de Wasserman podia ser realizada em dois fluidos corporais: sangue e líquido cefalorraquidiano (LCR). No segundo caso, o processo era bastante doloroso, pois envolvia uma punção lombar para a coleta do LCR. Em vista da situação do pai da paciente, o substrato para o teste

informações e discussões sobre as dinâmicas de funcionamento do PO e suas relações com a FMRJ, ver Mathias (2017).

foi, então, colhido de sua mãe e de sua irmã. Tal prática evidencia que, certas vezes, o alcance das técnicas laboratoriais ultrapassava a relação médico-paciente, abarcando também os parentes da pessoa supostamente adoecida e contribuindo, assim, como evidência para o estabelecimento de um diagnóstico indireto de sífilis.

Assim como Penafiel, Andrada afirmava que os jovens, sobretudo as crianças, encontravam-se pouco expostos aos demais fatores que causavam a PGP, de modo que somente uma infecção sífilítica adquirida antes do nascimento ou na primeira infância poderia ser responsável por torná-los paralíticos. De acordo com ele, as fontes da infecção pela doença venérea na primeira infância poderiam ser os pais, o “contato com pessoas suspeitas” ou as amas de leite.⁷ Contudo, o médico concluiu categoricamente que “À herança luética culpa-se da pluralidade dos casos precoces de paralisia geral; as pesquisas feitas nesse sentido são bem demonstrativas” (Andrada, 1911, p. 16). Segundo ele, tal hipótese fazia ainda mais sentido considerando-se que a PGP demorava em média 15 anos para se manifestar após contato inicial do indivíduo com a doença venérea:

A juventude é uma época propícia a contrair infecções venéreas, mas as manifestações terciárias de uma contaminação luética [sífilítica] deste período só se revelariam dos 30 aos 40 anos. Assim a paralisia geral juvenil não poderia ser senão produto de uma sífilização muito anterior do berço ou ao menos da meninice; e realmente tem sido publicado [sic] casos de paralisia geral dos jovens em que a infecção data da primeira infância (Andrada, 1911, p. 15-16).

Entretanto, o médico também considerava que a PGP juvenil poderia ser causada por outros fatores de degeneração herdáveis, os quais favoreceriam o desenvolvimento da enfermidade psíquica em questão. Referenciando o psiquiatra francês Alix Joffroy (1844-1908), Andrada mencionava a

[...] frequências dos estigmas anatômicos e psíquicos de degeneração mental na família e na pessoa dos paralíticos gerais, revelando os antecedentes psicopáticos dos doentes, dos quais muitos já eram incontestavelmente degenerados antes de se tornar paralíticos.

⁷ A sífilis era considerada por certos médicos do início do século XX como um dos perigos do aleitamento mercenário, figurando entre as principais causas para que grande parte das amas de leite não recebesse o atestado para exercerem a ocupação (Gil, 2022, p. 219).

Estas mesmas considerações devem se aplicar aos jovens que muito antes de serem paráliticos já eram degenerados (Andrada, 1911, p. 18).

Assim, o jovem parálítico era visto por Andrada como um múltiplo degenerado, capturado pelas condutas e características “mórbidas” de seus parentes diretos ou indiretos. Vitimado pela herança familiar, fosse ela a sífilis ou outros estigmas de degeneração, seu destino dependia, desse modo, da expertise psiquiátrica, cujas intervenções seriam capazes de mudar o desfecho deste fado pavoroso.

Depois de formado, Andrada tornou-se assistente e, posteriormente, livre docente da Cátedra de Clínica Psiquiátrica da FMRJ. Os assistentes eram médicos já formados que atuavam como auxiliares de ensino, fiscalizando o cumprimento das normas estabelecidas pelos professores, de modo que não tinham obrigação de sustentar uma produção científica como os últimos. Apesar de não darem aulas, os assistentes contribuía para a formação dos alunos internos, pois também os orientavam na adoção de condutas com pacientes e no preenchimento de certos documentos do serviço clínico do Pavilhão de Observação (Mathias, 2017, p. 24-25).

Já os livres docentes lecionavam e ministravam cursos relacionados à temática da cátedra a que estavam vinculados, contribuindo para “propagar as teorias científicas [...] transmitindo-as, por intermédio das aulas, aos futuros médicos e novos especialistas” (Mathias, 2017, p. 20). Dessa forma, tais profissionais também contribuía para o favorecimento dos “projetos governamentais de construção de um país moderno e saudável” (Mathias, 2017, p. 82).

Apesar da remuneração pouco atrativa, os cargos de assistente e de livre docente possuíam muito prestígio, sendo, assim, objetos de desejo por parte de diversos jovens médicos, uma vez que as referidas funções davam “*status* e elevação social ao seu ocupante” (Mathias, 2017, p. 20). Andrada ocupou ambos e, assim, muito provavelmente, teve inúmeras oportunidades para expor aos alunos e outros membros da classe médica suas concepções sobre o tema da paralisia geral juvenil, a exemplo do curso de extensão universitária sobre “Psicopatologia da Infância”, que ministrou entre 1946 e 1947, e que teve 494 interessados (Mathias, 2017, p. 155).

Além disso, Andrada também foi um personagem bastante atuante em agremiações e instituições médicas. Fez parte da SBNPML, da Sociedade dos Médicos Escolares, da Academia Nacional de Medicina, da LBHM e foi chefe de dispensário da Fundação Gaffrée e Guinle (Andrada, 1925). Na década de 1920, assumiu os cargos de Médico do Instituto Nacional dos Surdos Mudos (1922), Médico Psiquiatra do Juízo de Menores (1924) e Inspetor Médico-Escolar (1929) (Mathias, 2017, p. 175).

Nesse contexto, Andrada continuou a conduzir estudos sobre sífilis em crianças e adolescentes. Logo no início de um texto de 1925, publicado nos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, explicava os objetivos de sua pesquisa:

Em 1.939 crianças de 7 a 14 anos por nós examinadas, nas escolas municipais do 5º Distrito, no correr do ano letivo de 1924, procuramos sistematicamente os sinais indicativos de sífilis hereditária e, obedecendo a um critério previamente estabelecido, incluímos na rubrica da heredo-lues somente os casos que apresentavam elementos diagnósticos de indiscutível valor (Andrada, 1925).

Entretanto, Andrada encontrou sinais da sífilis de “indiscutível valor” em apenas 39 deles, ou seja, em aproximadamente 2% dos casos. Atribuiu tal número, que reconhecia como “reduzido”, ao fato de ter utilizado, nos exames, normas diagnósticas excessivamente rigorosas. Seu rigor nesse sentido, referia-se ao fato de ter desconsiderado os pacientes com “**indícios** de lues hereditária”, ou seja, com sinais que poderiam ser questionados enquanto evidência da presença, especificamente, de uma infecção sífilítica (Andrada, 1925, grifos meus). Ainda assim, o médico considerava que o referido percentual deveria despertar a atenção dos especialistas:

Pautando o diagnostico em sinais de indubitável valor, como fizemos, o número de heredo-sifilíticos, então crianças escolares não ultrapassa de 2,01 por cento, coeficiente que se torna impressionante se for aplicado à totalidade da população escolar das escolas municipais, população que deve beirar por 60.000, entre 7 e 14 anos. Por esse cálculo pode-se presumir que frequentam escolas municipais primarias pelo menos 1.206 heredo-sifilíticos de 7 a 14 anos cujo diagnostico não sofre contestação aceitável (Andrada, 1925).

Todavia, era a população jovem que não frequentava a escola que preocupava mais o médico: “Esse número – 1.206 – representa **apenas** as

crianças de 7 a 14 anos insofismavelmente heredo-sifilíticas que frequentam escolas municipais, portanto ao alcance de medidas profiláticas possíveis” (Andrada, 1925, grifos meus). Segundo seus cálculos, cerca de 4.020 “filhos de sifilíticos, entre 7 e 14 anos de idade, com sinais evidentes de herança específica” ficariam alijados da possibilidade de realizarem tratamentos que impediriam a evolução da doença venérea, podendo, assim, tornarem-se paráliticos em um futuro próximo (Andrada, 1925).

No texto, Andrada seguiu desenvolvendo as estatísticas referentes às crianças e adolescentes potencialmente detentores de uma infecção sifilítica herdada, trazendo à baila outros sintomas, ainda que não de “indubitável valor”, mas considerados por certos especialistas como frequentes na enfermidade. Ao final de suas contas, o psiquiatra concluiu que, dos 200 mil indivíduos em idade escolar que viviam no Distrito Federal à época, um total de 75.920 eram “suspeitos de sífilis hereditária”. Contudo, dessas 200 mil crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, apenas 60 mil frequentavam a escola e possuíam acesso a “medidas de higiene preventiva”. Assim, de acordo com ele, 140 mil jovens e infantes estariam privados das ações profiláticas e, conseqüentemente, suscetíveis às “consequências desastrosas e funestas da herança sifilítica”:

Estas consequências que em geral sobrevêm em fase de plena atividade do indivíduo invalidam-no, atirando-o ao leito dos hospitais, quando não o matam antes dos 30 anos; muitas vezes de uma forma súbita [...] Bastaria esse risco de morte súbita a que se referem os sífilógrafos, para que em todo escolar aparentemente são, em que se encontrassem sinais de sífilis hereditária, fosse precisado o diagnostico por todos os recursos da ciência até mesmo um tratamento de prova (Andrada, 1925).

Os dados e argumentação trazidos por Andrada, em seu texto, nos permitem perceber que o médico optou por utilizar uma perspectiva teórico-metodológica que ratificava o discurso do aumento do número de casos de sífilis herdada na população – a saber, casos de paralisia geral juvenil em potencial. Tal discurso conferia à PGP um forte traço de ameaça crescente às futuras gerações e, conseqüentemente, à nação brasileira. Nesse sentido, o médico propunha que o Serviço de Inspeção Médico-Escolar, do qual ele mesmo fazia parte, fosse responsável pelo levantamento das “suspeitas de lues hereditária no meio escolar”, e que os dispensários antivenéreos, de um

dos quais era diretor, se encarregassem de diagnosticar e de tratar “sistematicamente os escolares como já o fazem a todos os adultos e crianças que a ele recorrem” (Andrada, 1925).

Entretanto, para que o tratamento profilático surtisse efeito, as crianças/adolescentes precisavam concluí-lo de maneira correta e isso implicava fazer diversas visitas ao dispensário, o que, geralmente, acabava por não acontecer. A responsabilidade pela descontinuidade do tratamento, Andrada atribuía aos pais dos jovens que “ou não têm recursos ou não têm tempo, outras vezes, por ignorância, são refratários aos conselhos vindos da escola que supõem apenas dever ensinar a ler” (Andrada, 1925). Frente a essa situação, o psiquiatra sugeria, então, que o médico escolar fosse auxiliado por “enfermeiras visitadoras que convencessem os pais dos benefícios do tratamento e conduzissem os escolares aos dispensários” (Andrada, 1925).

Lançando mão de argumentos econômicos, Andrada defendia que a contratação dessas profissionais auxiliaria o poder público a poupar uma significativa monta com a educação de jovens sífilíticos que, ao padecerem das formas graves da doença, acabariam como maus trabalhadores. Esses estariam “sujeitos a se invalidarem ou a morrerem num prazo médio de 10 anos após a terminação do curso primário”, dando ainda mais despesas ao Estado e em nada contribuindo para a sociedade, já que, segundo o médico, “o homem são, apto ao trabalho” seria “o maior valor social da humanidade” (Andrada, 1925).

“A maioria das nossas psicopatias é fruto da nossa incúria ou de nossa ignorância” – PGP juvenil e educação no pensamento de Ulysses Pernambucano

Outro médico que fez investigações sobre a sífilis herdada foi Ulysses Pernambucano de Mello Sobrinho (1892-1943). Sua tese de 1912, também defendida na FMRJ, traz conclusões baseadas em informações colhidas no Pavilhão-Escola Bourneville, setor destinado a crianças e adolescentes internados no HNA.⁸ Assim como Moreira e Penafiel, Pernambucano defendia

⁸ O Pavilhão-Escola Bourneville foi criado nos primeiros anos do século XX, como a primeira divisão institucional especializada em crianças diagnosticadas como “anormais” no Brasil. Um de seus objetivos era tratar os internos através de métodos médico-pedagógicos, os quais,

que, depois da publicação do caso de paralisia geral juvenil pelo psiquiatra escocês Thomas Clouston, diversas observações similares teriam passado a emergir na literatura científica sobre o tema.

Enquanto outro grande defensor da etiologia principalmente sífilítica da PGP juvenil, o médico comentou os dados colhidos por diferentes expertos estrangeiros, entre eles o psiquiatra inglês Frederick Walker Mott (1853-1926). Mott identificara, entre 22 paráliticos, 13 “indiscutíveis” vítimas de sífilis herdada, quatro casos em que havia dúvidas, mas que a hipótese de uma infecção sífilítica herdada “não podia ser excluída” e cinco casos em que não havia sinais da doença venérea. Contudo, Pernambucano explicou que os últimos cinco casos envolviam quatro mães com histórico de abortos e de natimortos e uma que possuía sintomas de infecção sífilítica. Além disso, a filha dessa última mulher, irmã do/a paciente diagnosticado/a com PGP juvenil, apresentava um quadro de queratite intersticial e dentes de Hutchinson.⁹ Mais uma vez, através das informações registradas nas observações médicas, percebe-se que, mesmo em casos nos quais não havia sinais de sífilis no paciente paralítico, o esquadrinhamento da genealogia desses doentes parecia ser uma forma eficiente de não se excluir por completo a influência da doença venérea em seu quadro psíquico e, tampouco, o papel da herança nesse contexto.

Também nesse sentido, Pernambucano argumentava que os estudos que encontravam um percentual menor do que 60% de sífilis em pacientes portadores da PGP juvenil haviam sido realizados “antes da reação de Wassermann” (Mello Sobrinho, 1912, p. 77). Essa declaração mostra que, aparentemente, o psiquiatra via a RW como elemento capaz de contradizer, ou até mesmo de superar, o exame clínico e o histórico do doente, quando neles não se identificavam evidências da infecção sífilítica. Em sua opinião, tal ausência não excluía a possibilidade da existência da doença venérea e, por isso, esses pacientes deveriam ser submetidos aos testes laboratoriais capazes de detectá-la. Para ilustrar tal situação, o médico apresenta o caso de um paciente que ele próprio pudera observar. Ao ser submetido aos referidos

como o nome já diz, propunham conjugar terapêuticas médicas com propostas educacionais (Silva, 2008, p. 196-198).

⁹ Ambos considerados por grande parte dos médicos da época como sinais da existência de uma infecção sífilítica (Carrara, 1996, p. 329; Mello Sobrinho, 1912, p. 77).

testes, os resultados do enfermo indicaram uma infecção sífilítica, a qual o mesmo negava. Assim, de acordo com seu discurso, ainda que a clínica não o fizesse, o laboratório seria capaz de provar a origem sífilítica da paralisia geral juvenil: “Serviu-nos o caso de lição e incentivo para estudarmos a questão e hoje, como toda gente, estamos plenamente convencidos da origem sífilítica da paralisia geral” (Mello Sobrinho, 1912, p. 80).

Depois de formado, Ulysses Pernambucano passou três anos clinicando no Paraná e em Pernambuco. Ao anunciar os serviços que prestava em seu consultório em Recife, apresentava-se como “discípulo dos psiquiatras Juliano Moreira, Fernandes Figueira e Ulysses Vianna”, especialista em “doenças nervosas e mentais” e habilitado para tratar “histeria, neurastenia, esgotamento físico, intelectual e **sífilis do sistema nervoso**”, através de “processos aperfeiçoados” que estavam “de acordo com os modernos ensinamentos da ciência” (Vicentini, 2018, p. 12-13, grifos meus). Destaco que Ulysses Vianna (1880-1935) foi um intenso estudioso das formas nervosas da sífilis (Carrara & Carvalho, 2010) e que Antônio Fernandes Figueira (1863-1928) esteve entre os especialistas contratados por Juliano Moreira, atuando como primeiro diretor do Pavilhão-Escola Bourneville (Silva, 2008, p. 20-21). Desse modo, não parecem ter faltado, na formação do jovem psiquiatra, boas referências sobre ambos os temas.

Em 1918, Pernambucano assumiu o cargo de médico adjunto do Hospício da Tamarineira, administrado, à época, pela Santa Casa de Misericórdia do Recife, envolvendo-se em algumas polêmicas e capitaneando a implementação de um projeto de reforma. Em 1924, depois de muitas disputas, o hospital psiquiátrico foi desanexado da Santa Casa, passando aos cuidados do estado de Pernambuco e Ulysses Pernambucano foi nomeado seu diretor. Em seus anos à frente da instituição, promoveu uma série de mudanças que abarcaram desde a sua estrutura física, até a abolição do uso de métodos coercitivos no trato com os internos, passando pela implementação de um sistema de prontuários mais completos dos pacientes e de um laboratório para o diagnóstico da sífilis (Vicentini, 2018, p. 69-74).

O laboratório utilizava técnicas bastante complexas no já mencionado processo de coleta de LCR e se tornou uma referência na identificação precoce da doença – estratégia que Pernambucano considerava como uma das principais armas contra os tipos nervosos da sífilis, a exemplo da PGP e de

sua forma juvenil. O médico também tinha o tratamento precoce como uma de suas “preocupações máximas”, acreditando que ele evitaria internações decorrentes da enfermidade venérea e, conseqüentemente, a superlotação do hospital da Tamarineira (Vicentini, 2018, p. 69-74).

Mas não foi apenas na Tamarineira que Pernambucano implementou mudanças. Enquanto diretor da Escola Normal, de 1923 a 1927, entre a série de iniciativas postas em prática pelo médico, estava a abolição dos castigos físicos, a realização de exames para aferir a situação geral de saúde das alunas e a criação de um sistema de “assistência escolar” – serviço que previa merenda, assistência dentária, um fundo de suporte às alunas que precisavam de auxílio financeiro e visitas às casas das discentes para verificar as condições em que viviam (Rabello, 1937, p. 34 *apud* Vicentini, 2018, p. 61-62).

Pernambucano entendia que a pobreza e a falta de investimentos públicos em saúde e educação eram importantes causas de “desestruturação pessoal e familiar”. Assim, indivíduos postos em condições miseráveis estariam ainda mais suscetíveis ao adoecimento psíquico, sobretudo, pela sífilis, pelo alcoolismo, pela desnutrição, entre outros quadros patológicos com efeitos psíquicos/neurológicos (Pereira, 2005, p. 124-125). Nesse sentido, a trajetória do médico foi marcada pelo empenho em promover ações que subvertessem as precárias condições de vida na qual se encontravam as populações das localidades onde atuou, como as mencionadas acima (Pereira, 2005; Vicentini, 2018):

[...] a verdade, a triste verdade, é que a maioria das nossas psicopatias é fruto da nossa incúria ou de nossa ignorância. [...] se não fazemos em tempo oportuno e com a devida intensidade o tratamento da sífilis; [...] se educamos defeituosamente a criança, e ao adulto damos condições defeituosas de trabalho; se deixamos que as desigualdades sociais gerem sentimentos de inferioridade e revolta – estamos cultivando as doenças mentais (Mello Sobrinho, 1943, p. 156-157 *apud* Vicentini, 2018, p. 74).

Ambas as reformas encabeçadas por Pernambucano faziam parte de um projeto maior, fortemente inspirado nos preceitos da higiene mental e que se consolidava nas intersecções entre medicina e educação. O médico defendia uma “Psiquiatria Social”, a qual baseava-se, entre outras coisas, em priorizar a profilaxia das doenças mentais, principalmente, durante a infância (Vicentini, 2018, p. 89). Nesse sentido, em sua tese de doutoramento, apontava

a importância de medidas preventivas ao, por exemplo, considerar a propaganda higiênica como uma ferramenta de conscientização dos jovens sobre os perigos da sífilis: “A propaganda da abstenção [sexual] completa dos jovens, que é sem inconvenientes, parece dos meios lembrados, o melhor e o que deve ser aconselhado” (Mello Sobrinho, 1912, p. 127).

Considerações finais

O início do século XX foi marcado, entre outras coisas, pelo encontro de uma gama de discursos intelectuais que partilhavam o objetivo de tornar o Brasil uma nação civilizada. As múltiplas propostas previam ações e medidas de intervenção fortemente calcadas na ciência e que tinham como um de seus principais alvos o combate aos fatores de degeneração que assolavam diferentes grupos sociais. A sífilis e as diversas doenças mentais eram entendidas pela medicina da época como dois dos mais preocupantes elementos nesse sentido: causas ou como reflexos da degeneração, ambos ostentavam forte potencial hereditário.

Nesse contexto, crianças e adolescentes transformaram-se em objeto dos discursos higiênicos e pedagógicos entoados por especialistas das esferas médico-educacionais. Entre eles, psiquiatras buscaram intervir para proteger as gerações futuras das diferentes formas de adoecimento psíquico, a exemplo da paralisia geral juvenil, decorrente, na maioria dos casos, segundo esses médicos, precisamente de uma infecção sifilítica herdada ou contraída na primeira infância.

Como discutido, o reconhecimento do componente hereditário na manifestação da PGP passou, sobretudo, pela consolidação de sua relação causal com a sífilis e pelo reconhecimento da existência de casos juvenis da doença. Afinal, como indivíduos considerados pouco expostos aos fatores etiológicos da enfermidade psíquica, como o abuso do álcool e o excesso de trabalho, poderiam adoecer que não por uma herança venérea?

Segundo Sérgio Carrara (1997, p. 404), os desdobramentos hereditários da sífilis “contribuíram significativamente para que a tradicional reflexão sobre a degeneração racial do povo brasileiro se deslocasse ao longo da década de 1920 do problema da miscigenação racial para o problema da patologia sexual”. Assumir que a degeneração residia em fatores constitutivos,

imutáveis e dificilmente reversíveis, a exemplo da composição racial de um povo, implicava em reconhecer a esterilidade de possíveis intervenções para modificar esse quadro e livrar a população brasileira do elemento mórbido em questão, salvando o futuro da nação. Nesse sentido, diferentes médicos, incluindo psiquiatras, passaram a compreender e a defender que muitos dos fatores de degenerescência capazes de assolar uma sociedade podiam ser mitigados a partir de medidas e ações pensadas e desenvolvidas por especialistas, assessorados de perto por referenciais e pelo ferramental de uma medicina científica (Venancio, 2004).

Ao se debruçarem sobre o tema da paralisia geral juvenil, médicos como Juliano Moreira, Antonio Carlos Penafiel, Martim Francisco Bueno de Andrada e Ulysses Pernambucano traziam à baila a importância do especialista em psiquiatria no diagnóstico da doença, cuja identificação, tratamento e profilaxia demandavam a intervenção de olhos e mentes bem treinadas. Segundo eles, ao passarem despercebidos, os jovens paralíticos ocultavam uma incidência muito maior do que a que se tinha registro.

O difícil reconhecimento da PGP juvenil, conjugado ao poder de latência da sífilis, endossou não somente a apropriação da reação de Wassermann por parte de uma psiquiatria que buscava tornar seus diagnósticos mais objetivos, mas a generalização de seu uso. Havia casos nos quais o teste laboratorial em questão era realizado não apenas no paciente, mas em seus parentes, como prova da existência de uma infecção venérea, eventualmente não acusada no exame clínico. Por vezes, entes diretos e indiretos também tinham seus históricos e características físicas e psíquicas esquadrinhados pelo olhar diplomado dos médicos. Tais práticas, cuja fluidez transpunha a relação médico-paciente, invadiam as relações genealógicas desses sujeitos e os corpos de seus parentes, justificando-se pela cientificização dos saberes psiquiátricos.

Os intelectuais cujos trabalhos aqui discuto tiveram ampla atuação pública, enquanto políticos, professores e/ou administradores, sendo capazes de transmitir e, por vezes, até de implementar, suas convicções sobre a epidemiologia, tratamento e prevenção tanto da sífilis, como de seus desdobramentos psíquicos. Seus discursos e práticas no âmbito da educação e da saúde conjugavam princípios pedagógicos e sanitários sustentados pela bandeira da higiene mental.

A visada não-determinista sobre a propagação da sífilis esperançava um futuro para a nação brasileira, a partir da melhoria de suas condições de vida e da educação/intervenção higiênica. Nesse sentido, tal perspectiva também chancelava à psiquiatria uma voz nos debates mais gerais sobre a doença venérea, ratificando sua importância no processo de transformação do Brasil em uma nação civilizada.

Referências

ACCORSI, G. E. **Sífilis, loucura e civilização**: a paralisia geral progressiva e a institucionalização do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro. 2020. 348 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

ACCORSI, G. E. **Sífilis, loucura e civilização**: psiquiatria e ciência na Primeira República. São Paulo: Hucitec Editora, 2023.

ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyia geral**. Doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 1911.

ANDRADA, B. A Heredo-Syphilis na infancia escolar do Districto Federal. **Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia**, vol. 1, nº 2, 1925, s/p. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.com.br/detalhe-artigo/100771/A-Heredo-Syphilis-na-infancia-escolar-do-Districto-Federal>. Acesso em: 26 jun. 2025.

BATISTA, R. S. Distintas posições: médicos baianos e o ensino de Sifilografia na Faculdade de Medicina da Bahia (1895-1945). **Dimensões**, vol. 34, 2015. pp. 184–203.

BROWN, E. M. French Psychiatry's Initial Reception of Bayle's Discovery of General Paresis of the Insane. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, vol. 68, nº 2, 1994. pp. 235–253.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARRARA, S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, vol. 3, nº 3, 1997. pp. 391–408.

CARRARA, S. & CARVALHO, M. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 17, nº 2, 2010. pp. 391–399.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus** – a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CLOUSTON, T. S. A Case of General Paralysis at the age of Sixteen. **Journal of Mental Science**, vol. 23, nº 103, 1877, pp. 419–420.

COFFIN, J. C. Heredity, Milieu and Sin: the works of Bénédict Augustin Morel (1809-1873). *In: A Cultural History of Heredity II: 18th and 19th Centuries*. Max-Planck Institut für Wissenschaftsgeschichte. Berlim: Preprint 247, 2003. pp.153-164.

DAVIS, G. **The cruel madness of love: sex, syphilis and psychiatry in Scotland, 1880-1930**. Amsterdam: Rodopi, 2008.

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

ESPINOZA, J. N. N. **Ideias e práticas médicas: luta contra a tuberculose nas cidades de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919**. 2008. 179 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

FACCHINETTI, C.; MOTA, A. & MUÑOZ, P. F. A higiene mental no Brasil: racismo, eugenia e infância no Rio de Janeiro (anos de 1920 a 1960). *In: CAMPOS, R. & RUPERTHUZ, M. (Ed.). Higiene mental, psiquiatria y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid: Catarata, 2022. ebook.

FACCHINETTI, C. & MUÑOZ, P. F. N. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, vol. 20, nº 1, 2013. pp. 239-262.

GIL, C. A. **Amas, leites e farinhas: o problema da alimentação infantil no Rio de Janeiro da Primeira República (1889-1930)**. 2022. 316 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

GOMES, A. C. História, ciência e historiadores na Primeira República. *In: HEIZER, A. & VIEIRA, A. A. P. (Org.). Ciência, civilização e república nos trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X, FAPERJ, 2010, pp.11-29.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

HURN, J. D. **The history of general paralysis of the insane in Britain, 1830 to 1950**. PhD, University of London, London, England, 1998.

JACOBINA, R. R. **Juliano Moreira: da Bahia para o mundo. A formação baiana do intelectual de múltiplos talentos (1872-1902)**. Salvador: EDUFBA, 2019. ebook.

LIMA, N. T. & HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da primeira república. *In: MAIO, M. C. & SANTOS, R. V. (Org.). Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCBB, 1996. pp. 23-40.

LIMA, N. T. **Um Sertão Chamado Brasil: Intelectuais e Representação Geográfica da Identidade Nacional**. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM, 1999.

MATHIAS, C. M. **O Pavilhão de Observação na Psiquiatria do Distrito Federal: a gestão de Henrique Roxo (1921-1945)**. 2017. 205 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis** (Contribuição pessoal a seu estudo). Doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 1912.

MOREIRA, J. & PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 8, nº 4, 2005[1907]. pp. 812– 827.

PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Doutorado, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 1904.

PENAFIEL, C. O elemento psychico no trabalho humano. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, v. 1, n. 2, 1925. pp. 11–26.

PEREIRA, M. E. C. Ulysses Pernambucano e a questão da “Higiene mental”. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 8, nº 1, 2005. pp.123–129.

QUÉTEL, C. **History of Syphilis**. Cambridge: Polity Press, 1992.

RIZZINI, I. Introdução. Na Criança está o Futuro da Nação. A Dimensão Social da Infância. In: **O Século Perdido**. Raízes Históricas das Políticas Públicas para a Infância no Brasil. 2ª ed. rev. São Paulo: Cortez, 2008. pp. 23-44.

SERPA JUNIOR, O. D. O degenerado. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, vol. 17, nº 2, 2010. pp. 447–473.

SILVA, R. P. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância: O Pavilhão-Escola Bourneville no Início do Século XX**. 2008. 180 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

SOCIEDADE Brasileira De Psiquiatria, Neurologia E Medicina Legal. Sessão de Novembro, 1916, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, vol. 13, 1917. pp. 93–95.

VENANCIO, A. T. A. Doença Mental, Raça e Sexualidade nas teorias Psiquiátricas de Juliano Moreira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 14, nº 2, 2004. pp. 283–305.

VICENTINI, R. S. **Entre sanatórios e terreiros: Ulysses Pernambucano, René Ribeiro e o projeto reformista da psiquiatria social de Recife (1910-1940)**. 2018. 210 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.