



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
MESTRADO EM HISTÓRIA

JESSICA TAMMIRYS MIRANDA DE LIMA CORREIA

TRISTE, LOUCA OU MÁ?:
EXPERIÊNCIAS FEMININAS NO HOSPITAL DE ALIENADOS NA TAMARINEIRA
NOS ANOS DE 1930

RECIFE/PE
2020

JESSICA TAMMIRYS MIRANDA DE LIMA CORREIA

TRISTE, LOUCA OU MÁ?:
EXPERIÊNCIAS FEMININAS NO HOSPITAL DE ALIENADOS NA TAMARINEIRA
NOS ANOS DE 1930

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestra junto ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Rural de Pernambuco.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Alcileide Cabral do Nascimento.

RECIFE/PE
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C824t Correia, Jessica Tammirys Miranda de Lima
Triste, louca ou má?: experiências femininas no hospital de alienados na Tamarineira nos anos de 1930 / Jessica Tammirys Miranda de Lima Correia. - 2020.
146 f. : il.
- Orientadora: Alcileide Cabral do Nascimento.
Inclui referências e apêndice(s).
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2020.
1. Loucura feminina. 2. História das mulheres. 3. Exclusão social. 4. Psiquiatria. I. Nascimento, Alcileide Cabral do, orient. II. Título

CDD 981



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Triste, louca ou má?:
Experiências femininas no Hospital de Alienados na Tamarineira nos anos de 1930

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ELABORADA POR

Jessica Tammirys Miranda de Lima Correia

APROVADA EM 28/02/2020

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Alcileide Cabral do Nascimento
Orientadora – Programa de Pós-Graduação em História – UFRPE

Prof. Dr. Natanael Duarte de Azevedo
Examinador Interno – Programa de Pós-Graduação em História – UFRPE

Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda
Examinador Externo – Programa de Pós-Graduação em História – UFPE

Dedico este trabalho às mulheres que fizeram e fazem parte da minha história. Em especial, a minha mãe Josiane, avó Imeuda e tia Josilene.
In memoriam, minha avó Gel.

Agradecimentos

O ato de agradecer é sereno, leve e simples. Não passa pelo campo do obrigatório, do “obrigar-se”. Faz parte dos sentidos, do sentir. Minha alma está em festa, e, ainda assim, é tranquilo. Uma conformidade com o todo, com tudo que existe de bom e de melhor. Um encantamento real de alma. Essa sensação é bem próxima das lembranças de infância, no quintal, perto das árvores. Sentindo a terra, o sol, o vento e Deus.

A gratidão com que chego ao fim deste trabalho é imensa, o processo e a vivência de todas as dores e delícias da caminhada acadêmica estiveram rodeados de pessoas maravilhosas. Assim, quero nomear algumas que estiveram de maneira mais direta envolvidas na construção desse trabalho.

Primeiramente, a minha mãe, a dona Josiane, sonhou comigo e me deu todo o suporte que precisei a vida inteira. Os ensinamentos e as histórias contadas por minha avó Imeuda não poderiam faltar aqui, pois foi a partir dessas duas mulheres que as primeiras inquietações e curiosidades sobre a História e, principalmente, sobre a minha história começaram. Ao meu pai, Geaziel Correia, que me incentivou e amparou economicamente em vários momentos, possibilitando a minha entrada em uma universidade pública e a sequência da vida acadêmica.

É sempre muito bom dividir as vitórias com quem amamos. Meu reconhecimento a todos os meus amigos e amigas que me apoiaram quando precisei me ausentar ou precisei de palavras de incentivo nas horas de ansiedade e dúvida. A Emelly Rezende e João Lucas, especialmente, são presentes que tive a honra de encontrar no caminho, gratidão pela existência de vocês em minha vida. A Anderson Guimarães, Vanda Carneiro, Midian Tavares, Marcelo Pereira e Catarina Oliveira, que são os companheiros de graduação, mestrado e das conversas nos corredores, nos ônibus e nas refeições.

Imensa gratidão à minha orientadora, Profa. Dra. Alcileide Cabral, que me acolheu e acompanhou a minha trajetória acadêmica desde a graduação, proporcionou as melhores saídas e aconselhou em todo o trabalho de investigação e escrita. Agradeço todas as orientações, conversas, cafés, correções e confiança.

Ao Prof. Dr. Carlos Miranda e ao Prof. Dr. Natanael Azevedo, que apontaram os caminhos e as soluções para a viabilização do trabalho na Banca de Qualificação com tanta generosidade e compreensão, assim como os professores integrantes do Programa de Pós-Graduação em História da UFRPE, particularmente os(as) com quem estive mais próxima

devido às disciplinas cursadas e aos aprendizados, direcionamentos teóricos e metodológicos: Giselda Brito, Vicentina Ramires, Wellington Barbosa e Carlos André.

Ao Prof. Antônio Paulo Rezende pelo acolhimento e afeto desprendidos em todas as aulas que eu tive o prazer de assistir. Já admirava as obras e, ao torna-me aluna, minhas manhãs de terça foram mais instigantes, as expectativas foram completamente superadas. Gratidão pelas discussões, pelos aprendizados e conselhos. Ao meu professor de História do ensino médio, Prof. Robson Santana, que tive a honra de reencontrar no Mestrado. Foi maravilhoso viver essa experiência em conjunto, um belo presente do universo. A Profa. Élcia Bandeira, pois foi uma grande incentivadora nos momentos em que cheguei a duvidar da minha capacidade.

A Silvio Cadena, historiador, publicitário e amigo de longa data. Esteve comigo em todo o processo acadêmico, da graduação ao mestrado, mas também nos meus momentos sensíveis. Gratidão por ter abraçado com tanto carinho as minhas ideias, traduzir em imagem e transformar, em pura arte, as ilustrações e os traços da abertura dos capítulos.

A Anna Moraes, uma das melhores professoras de exatas que eu conheço, por ter aceitado embarcar nessa jornada comigo e, assim, ter corrigido todos os cálculos e porcentagens do trabalho. Ao Gildásio Batista, que segurou a minha mão e me auxiliou em toda a parte gráfica e impressão.

Acredito que sentir todas essas coisas só foi possível quando integrei as minhas sombras, quando ressignifiquei várias questões emocionais. Gratidão aos psicólogos e mentores que me ajudaram a me ajudar, de modo especial Alessandro Antônio e Amanda Fitas e os mentores de jornada espiritual, Arly Cravo e Gisella Vallin.

Ao apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), porque por meio desse auxílio pude participar de eventos, cursos e arcar com as despesas advindas da elaboração da dissertação. Ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Gênero (NUPEGE), por ter proporcionado tanto crescimento pessoal e acadêmico nas discussões realizadas.

Não poderia deixar de evidenciar a ajuda do secretário da pós-graduação em História da UFRPE, Rafael Cipriano, que sempre esteve disposto a atenuar as dificuldades da parte burocrática da vida acadêmica. À Gestora do Hospital Ulysses Pernambucano, Ruth Bonow Theil, pela autorização do acesso aos documentos do acervo e à enfermeira-chefe e coordenadora de Ensino e Pesquisa do Hospital, Maria das Graças Macieira, que sempre foi solícita e agente facilitadora dos documentos e de várias informações quando estive no Arquivo do Hospital para cumprir parte da pesquisa. Definitivamente nenhum encontro é por

acaso, por isso agradeço a todos e todas que, de alguma forma, me ajudaram a trilhar esse caminho.

Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas. É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.

Nise da Silveira.

Resumo

Este trabalho busca analisar as trajetórias de mulheres internadas no Hospital de Alienados da Tamarineira nos anos da década de 1930. Essa instituição fundada, inicialmente, sob supervisão de membros da Igreja Católica, recebeu a interferência médica-psiquiátrica a partir dos anos 1920, tendo como principal objetivo a transformação da loucura em objeto de conhecimento e intervenção exclusiva dos médicos. Essas análises tiveram como lastro teórico a História das Mulheres, buscando um diálogo entre a História da Loucura e da Psiquiatria, principalmente com a História das Relações de Gênero. Como base documental para a construção da narrativa, trabalhamos com os prontuários médicos que forneceram informações sobre as experiências de diversas mulheres internadas, haja vista os detalhes sobre os antecedentes das pacientes e familiares, assim como as vivências femininas a partir do internamento no Hospital; jornais da época; e revistas médicas publicadas a partir dos anos de 1920 até meados de 1930. A interferência médica já vinha sendo “forjada” a partir da virada do século, porém a maior efervescência do debate nacional relaciona-se com as diversas correntes e teorias europeias pautadas em um “embraquecimento e melhoramento da raça”, que encontraram um solo fértil a partir dos objetivos de “higiene”, “civilização” e “progresso” da República brasileira. A partir das estratégias de normatização e controle do Estado, as ligas nacionais e estaduais mantinham-se trabalhando em conjunto para atender às demandas da categoria médica, poder estatal, e conseqüentemente a hegemonia do saber. O processo de intervenção da medicina a partir dessas medidas não foi suficiente para “resolver” os problemas estruturais e sociais de moradia, saneamento, saúde pública, dentre outras negligências para com as camadas mais populares do Recife, nem tampouco as de ordem de administração e funcionamento do Hospital de Alienados. Apesar das reformas e reelaborações teóricas, ao analisarmos o campo prático do Hospital, foi possível perceber as singularidades e nuances de um emaranhado histórico e social, advindas da prática médica, que precisou se adaptar às urgências e aos problemas do cotidiano interno e externo, pois, além dos rotineiros encaminhamentos policiais e médicos, a instalação, em diversos momentos, acolhia as solicitações de familiares, transferências de outros hospitais, bem como a chegada solitária das próprias pacientes. Além de corroborar com esse fato, os prontuários femininos pesquisados trazem a marca do “desajuste” quanto às expectativas sociais sobre características físicas, biológicas e práticas sexuais reverberadas em seus diagnósticos e tratamentos, por isso os tratamentos e as trajetórias pessoais de mulheres foram percebidos para além do viés da medicina, visando contribuir para a visibilidade e voz dessas mulheres, e apoiando-se no olhar do campo da História para os perfis estabelecidos no social da época, as resistências femininas, rupturas e permanências em algumas experiências específicas, percebendo a problemática das mulheres e suas “perturbações mentais” como fruto, construção e manutenção das desigualdades.

Palavras-chave: Loucura feminina; História das mulheres; Exclusão Social; Psiquiatria.

Abstract

This work seeks to analyze the trajectories of women admitted to the Hospital de Alienados da Tamarineira in the 1930s. This institution initially founded, under the supervision of members of the Catholic Church, received medical-psychiatric interference from the 1920s, with the main objective of transforming madness into an object of knowledge and exclusive intervention by doctors. These analyzes were based on the History of Women, seeking a dialogue between the History of Madness and Psychiatry, mainly with the History of Gender Relations. As a documentary basis for the construction of the narrative, we worked with medical records that provided information about the experiences of several hospitalized women, given the details on the background of patients and family members, as well as the female experiences after hospitalization; newspapers of the time; and medical journals published from the 1920s until the mid-1930s. Medical interference had been “forged” since the turn of the century, however, the greatest effervescence of the national debate is related to the various European currents and theories based on a “weakening and improvement of the race”, which found fertile soil based on the objectives of “hygiene”, “civilization” and “progress” of the Brazilian Republic. Based on the State's standardization and control strategies, national and state leagues continued to work together to meet the demands of the medical category, state power, and consequently the hegemony of knowledge. The intervention process of medicine based on these measures was not enough to “solve” the structural and social problems of housing, sanitation, public health, among other neglects towards the most popular strata in Recife, nor those of administrative order. and operation of the Hospital de Alienados. Despite the theoretical reforms and re-elaborations, when analyzing the practical field of the Hospital, it was possible to perceive the singularities and nuances of a historical and social tangle, arising from medical practice that had to adapt to the urgencies and problems of internal and external daily life, routine police and medical referrals, the facility, at various times, welcomed requests from family members, transfers from other hospitals, as well as the lonely arrival of the patients themselves. In addition to corroborating this fact, the female medical records surveyed also bear the mark of “mismatch” regarding social expectations about physical, biological and sexual practices reverberated in their diagnoses and treatments, that is why the treatments and personal trajectories of women were perceived for besides the bias of medicine, aiming to contribute to the visibility and voice of these women, and relying on the look of the field of History for the profiles established in the social of the time, female resistance, ruptures and permanence in some specific experiences, realizing the problematic of women and their “mental disorders” as the fruit, construction and maintenance of inequalities.

Keywords: Feminine madness; History of women; Social exclusion; Psychiatry.

lista de Figuras

Figura 1 – Retrato do Dr. Ulysses Pernambucano.....	55
Figura 2 – Amaury de Medeiros discursando para as autoridades do Estado na inauguração do Pavilhão de Observação do Hospital de Alienados na Tamarineira.....	57
Figura 3 – Sérgio Loreto, governador de Pernambuco discursando no Hospital de Alienados na Tamarineira em 1925.....	62
Figura 4 – Capa do prontuário.....	75
Figura 5 – Imagem do Prédio do Pavilhão de Observação.....	76
Figura 6 – Retrato de Ana de Barros.....	97
Figura 7 – Prontuário com o trecho inicial do Histórico da Doença de Ana de Barros.....	98
Figura 8 – Retrato de Severina Paulina da Conceição.....	108
Figura 9 – Retrato de Maria Felipe.....	118
Figura 10 – Relatório do Serviço de Higiene Mental sobre Zulmira do Nascimento.....	123

lista de Quadros

Quadro 1 – Composição Étnica.....	79
Quadro 2 – Estado Civil.....	82
Quadro 3 – Maiores ocorrências de diagnósticos femininos.....	86
Quadro 4 – Menores ocorrências de diagnósticos femininos.....	89

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABHM – Arquivos Brasileiros de Higiene Mental.

APEJE – Arquivo Público Jordão Emereciano.

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.

DPLP – Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.

FUNDAJ – Fundação Joaquim Nabuco.

HPUP – Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano.

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental.

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial.

NUPEGE – Núcleo de Pesquisas e Estudos em Gênero.

SHM – Serviço de Higiene Mental do Recife.

UFRPE – Universidade Federal Rural de Pernambuco.

Acervos de Pesquisa

- Hospital Psiquiátrico Ulisses Pernambucano (HPUP)
- Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (APEJE)

Online

- Banco de Dissertações da PGH da UFRPE:
http://www.pgh.ufrpe.br/banco_dissertacoes.php
- Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UFPE:
<http://www.repositorio.ufpe.br/handle/123456789/50>
- Fundação Joaquim Nabuco:
<http://www.fundaj.gov.br>
- Hemeroteca Digital Brasileira
<http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>
- Academia Brasileira de Neurologia
<http://www.abneuro.org.br>

Prólogo

Qual é o melhor lugar do mundo para você?

[...] Um misto de infância e experiência. Parece aquelas tardes de férias em que as possibilidades são infinitas e as preocupações, mínimas...

Rayssa Pascoal

Recife, meados de 2017 e as reflexões sobre o início e motivo das minhas principais escolhas de vida.

Esse foi um dos primeiros temas que eu refleti no divã do meu psicanalista...Uma pergunta capciosa, pois a própria ideia de lugar pode direcionar involuntariamente para respostas prontas. Depois de algumas respostas meio soltas, me visualizei com três anos de idade. Eu sorria ao mesmo tempo em que meus olhos queriam encontrar as lágrimas, me derramei. Encontrei-me em *flash* no quintal da casa da minha avó. Ora nas brincadeiras na terra em volta do pé de acerola, ora correndo perto da cacimba. Depois disso, eu sentava para comer os bolinhos de feijão na barra da sua saia, e, no fim da tarde, eu escutava minha “vosita” contando histórias de diversos acontecimentos e personagens. Tiradentes, Ciclo do Ouro, Escravidão, República Café com Leite. Minha avó contava com tanto gosto, eu também sentia e gostava.

Era o melhor lugar! O cheiro da terra, o sabor da comida, o tom de voz calmo ecoando em meus ouvidos, o toque do beijo toda vez que a história terminava (suspiro). Todos os meus sentidos em perfeita harmonia. Definitivamente, tudo estava certo no mundo. Com o tempo, eu comecei a indagar sobre as mulheres nessas histórias. Buscava representatividade. Minha avó contava as poucas que sabia, mas, diante de tantas outras histórias que eu tinha escutado, parecia pouco. Ela compensava com as próprias histórias de sua juventude e de outras mulheres da nossa família, com vários detalhes que certamente não foram contextualizados por conta da pouca idade.

Talvez isso explique a sede por juntar cada palavra no início da minha vida de leitora aos cinco anos de idade. Eu queria mergulhar, possivelmente a cacimba representasse essa sede de conhecimentos que eu poderia experimentar e de como ele poderia ser renovado infinitamente como a água que nunca secava. Mas o certo é que me guiou em todo o caminho. Até quando eu substituía as brincadeiras com bonecas por um espaço no terraço, com um

quadro-negro, giz e mais histórias. O lugar tinha se invertido, já era a minha vez de contar tudo que eu havia aprendido e, novamente, tudo estava maravilhoso no meu mundo!

Essas memórias de infância me levaram a escolher uma opção de curso no vestibular, e, ao entrar na graduação, lembrar a pergunta do passado: e as mulheres na História? Alguns anos de pesquisa, grupos e eventos de Gênero, experiências dolorosas e desiguais nas relações entre os sexos, encontros com movimentos feministas, e ainda continuo fazendo essa pergunta. Resta-me concluir, por agora, que esse lugar também pode ser um estado de espírito, um lugar de encontros e desencontros e, portanto, um dos meus melhores lugares atualmente: procurando, encontrando e contando histórias de mulheres.

Encontrando-me...

Sumário

<i>Introdução</i>	19
As curvas e nuances da narrativa: a teoria e historiografia.....	22
Modos de fazer: metodologia e a divisão dos capítulos.....	29
<i>Capítulo 1 - Nas ruas e manicômios: o debate médico-psiquiátrico se alastra em terras brasileiras</i>	36
1.1 A República é um corpo: uma questão de saúde e higiene.....	37
1.2 As doutrinas raciais sob o olhar do higienismo institucionalizado no Brasil.....	44
1.3 O debate médico-psiquiátrico com a figura de Ulysses Pernambucano no Recife.....	54
1.4 “O debate na prática”: o caso do Hospital de Alienados na Tamarineira.....	60
<i>Capítulo 2 - Experiências femininas: mulheres internadas e seus diagnósticos no Hospital de Alienados</i>	69
2.1 O panorama geral de internamentos femininos no Hospital de Alienados na Tamarineira.....	70
2.2 Silenciamentos e observações: alguns caminhos para a construção dos diagnósticos....	78
2.3 Diagnósticos e repetições: a psicose maníaco-depressiva ou “nova histeria”.....	84
2.4 Outras experiências de loucura feminina.....	92
<i>Capítulo 3 - Os tratamentos psiquiátricos ou “como cuidar de quem cuida: as trajetórias pessoais de algumas mulheres no Hospital de Alienados</i>	94
3.1 Cuidados femininos e os tratamentos psiquiátricos.....	95
3.2 Outras possibilidades: as altas, reincidências e o fim da vida nos leitos.....	103
3.3 Histórias pessoais e intransferíveis.....	107

3.4 As práticas femininas de "subversão" no Hospital de Alienados na Tamarineira.....	113
3.4.1 Lidando com a rotina e o caos: as "loucas" também resistem!.....	113
3.4.2 "Brincando com o fogo": casos de reviravoltas, táticas e resistências femininas.....	114
3.5 Para além dos muros do Hospital: reflexões sobre as repercussões e consequências da vida asilar.....	121

<i>Considerações Finais</i>	127
-----------------------------------	-----

<i>Referências</i>	132
--------------------------	-----

Livros, teses, dissertações, artigos, <i>sites</i> e filmes.....	132
--	-----

Fontes.....	142
-------------	-----

<i>Apêndice</i>	144
-----------------------	-----

Introdução

Na escolha do tema, o historiador define o ponto de partida e começa a traçar sua trajetória. Sua escolha está cercada por questões que revelam alucinações da sua época, desejos e desencontros do seu tempo [...] Seu olhar busca a possibilidade de conseguir contribuir para conhecer o labirinto em que se encontra, a eterna busca de saídas, apesar do refazer constante dos labirintos.¹

Adentrando na pesquisa e posteriormente na escrita desta narrativa, encontrei-me por diversos momentos em um labirinto. As curvas e nuances do emaranhado histórico que envolve a loucura, e principalmente as loucuras femininas, colocavam-me em uma dupla posição: primeiramente, a de espectadora, recebendo as sinapses cerebrais com as interferências do meu tempo e, simultaneamente, a de historiadora buscando respostas para as minhas perguntas.

Segundo conta a Mitologia Grega, o labirinto de Creta possui o campo explicativo a partir de dois personagens: o Minotauro e Dédalo. O primeiro ponto dessa explicação consiste na construção do labirinto para “abrigar” o Minotauro após a desobediência do Rei Minos ao deus Poseidon. A tentativa de enganar Poseidon com a troca de um touro branco no momento do sacrifício fez com que o castigo ao Rei fosse a união de sua esposa Pasífae com o touro branco — dessa união, nasceu o Minotauro. A solução encontrada por Minos foi a ordem para Dédalo construir um labirinto aonde pudesse enviar Minotauro com a certeza que jamais escaparia.

Já em outra versão, o labirinto de Creta faz referência a Dédalo e seu filho Ícaro. Uma vez que, após Minotauro ter sido morto por Teseu — o único que conseguiu superar e sair vivo do labirinto —, o Rei Minos temia que o arquiteto revelasse os segredos da construção, e, assim, encaminhou Dédalo e seu filho para o labirinto como punição. Contudo, o arquiteto Dédalo teve a ideia de fugir do labirinto pelo céu, pois o local não tinha teto. Para isso, construíram asas artificiais com as penas dos pássaros que voavam sobre o labirinto e que nele faziam seus ninhos, coladas com a cera de abelhas. Dédalo alertou o seu filho que o único perigo seria a cera derreter caso a altitude do voo fosse muito próxima ao Sol. Ícaro, encantado com a experiência de voar, não atendeu às recomendações do pai e voou mais alto

¹ REZENDE, Antônio Paulo. **(Des)encantos Modernos: histórias da cidade do Recife na década de 1920**. Recife: FUNDARPE, 1997, p. 19-21.

do que deveria, e suas asas derreteram. Assim, Ícaro caiu no mar para o desespero de Dédalo, que chorou a morte do seu filho por toda a vida.²

Meditando na superfície de ambas as versões como metáforas para este trabalho, podemos desvendar labirintos e silêncios, ou melhor, perceber que as loucuras femininas estabelecem parâmetros pelos quais apenas as “transgressões” não bastam para contar a sua história, pois nos deparamos com um “patrimônio emocional”³ — isto é, o valor das subjetividades — que nos leva a acreditar que o labirinto real ou imaginário da experiência na instituição psiquiátrica “narra” não apenas sobre a estrutura asilar em si ou como as mulheres foram parar ali, mas também refere-se a diferentes aspectos de sua vida dentro e fora desse espaço. Nessa perspectiva, considerando as devidas proporções, essas narrativas tanto podem referir-se a acontecimentos vividos quanto supostos e/ou imaginados. Entretanto, o objetivo principal é de conferir visibilidade às experiências de mulheres que, somente em casos raros, puderam falar de si pode ser atendido se as trajetórias construídas nas dependências do hospital forem percebidas, a partir de vestígios e sinais direcionados para questionamentos acerca dos limites do saber e poder psiquiátrico, bem como para a compreensão do que contam através de suas falas, resistências e silêncios.

A atenção dada às “falas” e aos “silêncios” das mulheres continuam sendo de extrema importância para a História das Mulheres, das Relações de Gênero e, neste trabalho especificamente, para as mulheres que experimentaram a vida asilar. Diante disso, tomamos emprestadas as concepções de Michelle Perrot (2005) sobre o estudo e a escrita da História das Mulheres, quando a autora nos alerta sobre as dificuldades em relação ao apagamento dos traços e/ou silenciamentos dos documentos dessas mulheres⁴ e de como era preciso saber ouvir os “silêncios” imbricados nas trajetórias femininas, pois, apesar de essa interpretação

² PACIEVITCH, Thais. **Labirinto de Creta**. Disponível em: <http://infoescola.com/mitologia/labirintodecreta>. Acesso em: 27 dez. 2019.

³ Uso o termo *patrimônio* no sentido de um “conjunto de valor imaterial” para corroborar a importância de investigar e preservar as diversas “questões” imbricadas nas “experiências” das mulheres em situação asilar da época, ou seja, significa não apenas um olhar sobre o real ou o racional, mas também a ênfase em relação às fantasias, aos sentimentos, aos medos e desejos.

⁴ Não desconsidero que os estudos sobre a mulher e relações de gênero conheceram um processo contínuo de crescimento, institucionalização nas universidades e centros de pesquisa brasileiros. Porém, até meados do século XX, foi objeto de certo abandono — o domínio de preocupações com as desigualdades regionais, de classe e socioeconômicas afastou da agenda de pesquisas o enfoque nas mulheres e nas questões de gênero. Já nas quatro últimas décadas do século XX, expandiram-se os campos de estudos sobre educação das mulheres, sexualidade, política, gênero e estudos feministas — também, o número crescente de mulheres educadas. RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. **In: Masculino, Gênero, Plural. Gênero na interdisciplinaridade**. Florianópolis: Editora mulheres, 1998. Nessa fala, refiro-me exclusivamente às dificuldades encontradas nas pesquisas das documentações, sejam elas públicas ou privadas, e de como precisamos atentar para essas dificuldades.

se referir ao caso das mulheres francesas, muito se adequa à trajetória das mulheres em terras brasileiras, tendo em vista que, em ambas as esferas — pública e privada — e mesmo ainda no estudo sobre o século XX, encontramos dificuldades semelhantes. Esses percalços não nos causam espanto devido às nossas experiências anteriores com o tema⁵, inclusive, quando delimitamos quais mulheres estariam no centro desta análise, felizmente em um processo não linear ou pouco ortodoxo na banca de qualificação, o “silêncio” não era mais paralisante, ele vinha juntamente com uma cabeça fervilhando de encantamento com as novas possibilidades e expectativas.

Sendo assim, o recorte temporal proposto também atende a essas expectativas, uma vez que foi escolhido para suprir as demandas documentais do próprio período histórico, que carrega uma parte considerável das publicações em jornais, revistas e dispositivos especializados da área civil e médica, bem como do próprio acervo do Hospital, tendo em vista que, a partir da década de 1920 e principalmente na década de 1930, com a intervenção social da medicina, expandiu-se o número de internamentos, incluíram-se maiores detalhes nos registros médicos, além da ampliação do que se considerava loucura. Aliás, o próprio Hospital de Alienados de Pernambuco, atualmente em funcionamento como Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HPUP)⁶, localizado no Sítio da Tamarineira (Av. Conselheiro Rosa e Silva, 2130), no Recife e conhecido popularmente por Hospital da Tamarineira, recebeu diretamente a efervescência dessas intervenções, porém no cotidiano e na prática médica havia uma reinterpretação e adaptação às urgências, em outras palavras, as teorias médicas-psiquiátricas ganharam nova roupagem em meio aos grandes problemas que surgiram no espaço corriqueiro da instituição. Dessa forma, o período entre os anos finais de 1920 e os anos 1930 fora marcado por imensas mudanças e reorganizações em Pernambuco, e mais especificamente nesse Hospital, em maior grau na gestão de Ulysses Pernambucano,

⁵ Os primeiros passos oficiais no trabalho realizado no Programa de Iniciação Científica (PIBIC) juntamente com a Professora Dra. Alcileide Cabral do Nascimento, experiência esta que considero essencial para a minha formação acadêmica e pessoal, pois, além de ter gerado frutos para a escrita da monografia reverberaram em novos questionamentos para a construção do presente trabalho. Aliado a isso, ingressei no Núcleo de Pesquisas e Estudos em Gênero (NUPEGE), grupo criado na UFRPE, e ainda em atuação, que é formado por pesquisadores (as), professores (as) e estudantes de diferentes instituições de ensino superior com o objetivo de promover a troca de conhecimentos na área e apoiar novos estudos através das discussões temáticas envolvendo gênero e diversidade e da realização de palestras, eventos, reuniões e minicursos.

⁶ A nomenclatura do Hospital passou por algumas mudanças ao longo do tempo. Atualmente Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, porém, quando inaugurado em 1883, foi chamado de Hospício de Alienados. Em 1924, foi chamado de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais. A partir da década de 1930, Hospital de Alienados.

com as reformas no prédio e o ápice das mudanças teóricas que reverberaram diretamente nas entradas, nos diagnósticos e tratamentos femininos.

Vale salientar que a referida narrativa não se configura como exceção no que diz respeito à sua temática. Tanto a História das Mulheres e das Relações de Gênero quanto a História da Loucura já experimentaram um crescimento contínuo em suas bases principalmente nas últimas décadas do século XX, contudo, em diferentes momentos históricos, recebemos as influências do nosso tempo, das nossas vivências e olhares. Seguindo as visões mais atualizadas dos escritos feministas, nas quais se apresentar enquanto historiadora é também mostrar o seu lugar de fala em suas particularidades, sensibilidades e vulnerabilidades, *Triste, louca ou má?: Experiências femininas no Hospital de Alienados na Tamarineira nos anos de 1930* é um trabalho resultante das leituras, pesquisas e inquietações que me acompanharam praticamente a vida toda. É um olhar sobre a minha história enquanto mulher, feminista, “não branca” e pertencente às camadas mais baixas da população pernambucana.

O labirinto havia, então, adquirido uma nova forma. Todavia, a simbologia do mito inicial faz-se presente aqui e lá, em mim e nessas mulheres. Mas, afinal, interessa-nos saber: quem eram essas mulheres? Quais experiências giravam em torno dos internamentos e diagnósticos? Quais caminhos trilharam em suas trajetórias pessoais? O que contavam?

Para responder e problematizar essas questões, o caminho não é majoritariamente individual e pessoal. Para compor os fatos, discursos, experiências e trajetórias femininas no espaço manicomial, é necessária a presença de várias curvas e nuances, em outras palavras, o uso de categorias, teorias e teóricos em conjunção com os “modos de fazer”, métodos e metodologia. O trabalho ganha, então, a pluralidade e transforma-se em um trabalho coletivo.

As curvas e nuances da narrativa: a teoria e historiografia

As ideias socialmente construídas de passividade das mulheres, tal qual a necessidade de pesquisas que abarquem a ampla pluralidade das relações entre homens e mulheres para além do foco sul-sudeste, serviram de agente gerador e impulsionador de novos temas e problemáticas. Isso posto, a contribuição de trabalhos que coloquem outros sujeitos na História se mostra como uma proposta urgente para a contribuição acadêmica e para novas formas de pensar e viver. A tentativa de situar e reconhecer a presença e fala das mulheres e suas experiências na História ultrapassa as fronteiras acadêmicas, visto que existe uma banalização do termo *louca* nas falas e músicas populares atualmente, a qual podemos

entender como uma falta de reflexão sobre tais questões no cotidiano e na educação básica especialmente, quando tal criticidade deveria ser desenvolvida, e que nem mesmo está presente nos livros didáticos. Além disso, há um conservadorismo insurgente, a exemplo do “Programa Escola sem Partido”, que aponta uma suposta “ideologia de gênero”, objetivando “privar” essas abordagens e mascarando as desigualdades existentes. Portanto, na contramão desse pensamento, “pesquisadores e movimentos sociais se articulam para tentar encontrar saídas para diminuir essas distorções no direito à igualdade. Por isso, atuam em diversos campos, como a política e a Educação” (SOARES, 2018).

Podemos observar essas maiores contribuições com a introdução de novas fontes e/ou novas interpretações, teorias e abordagens nos campos da História, incluindo também a possibilidade de o historiador não precisar necessariamente se identificar com apenas um paradigma, existindo, assim, a possibilidade do diálogo com vários aspectos de “lugares” diferentes (BARROS, 2011, p. 113-114). Desse modo, o trabalho apresenta-se, especialmente, com as noções advindas da categoria de gênero, as quais, como afirma Joan Scott (1995), influenciam as concepções, as construções, a legitimação e a distribuição do poder. Buscamos a análise de gênero como um sistema de relações em que o termo se torna uma maneira de sugerir as “construções sociais”. Mais precisamente, a criação social sobre as expectativas que são próprias de homens e mulheres. Para a autora, a definição de gênero tem duas partes e diversos subconjuntos que estão inter-relacionados, ou seja, gênero é uma categoria baseada nas relações sociais, construções e diferenças relativas aos sexos na qual o poder é articulado. Essa categoria não se limita a determinados eixos temáticos, pelo contrário, abarca e amplia a pesquisa:

O gênero então fornece um meio de decodificar o significado e de compreender as complexas conexões entre várias formas de interação humana. Quando os/as historiadores/as buscam encontrar as maneiras pelas quais o conceito de gênero legitima e constroem as relações sociais, eles/elas começam a compreender a natureza recíproca do gênero e da sociedade e as formas particulares e contextualmente específicas pelas quais a política constrói o gênero e o gênero constrói a política. (SCOTT, 1995, p. 89).

Portanto, faz-se necessário entender os estudos sobre mulher como uma identidade construída social e culturalmente no jogo das relações sociais e sexuais, tal como a crítica dos estudos das Relações de Gênero que evidencia essas relações de poder. Essa conexão entre teoria e prática abre o campo das possibilidades interpretativas e da formulação de

problematizações que incorporam inúmeros sujeitos sociais, que decodificam o sentido das várias formas de interação humana pautada nas diferenças, e, em maior grau, nas diferenças sexuais. Essas reflexões teóricas atendem-nos enquanto agentes epistêmicos não isolados do mundo, porém específicas, subjetivas e afirmadas em sua particularidade, ou seja, as possibilidades abertas para os estudos históricos pela análise das Relações de Gênero e teorias feministas operam-se nas ações de todos os sujeitos sociais, sexuais e étnicos e, assim, promovem “múltiplos temas de investigação e a formulação de novas problematizações” (RAGO, 1998, p. 32-40).

Nesse sentido, Gênero é uma categoria relacional e historicamente situada, construída em diversos âmbitos da vida, do econômico, cultural, político, haja vista que essa categoria de análise surgiu como uma espécie de denúncia às lacunas que o saber histórico ainda não contemplava em sua amplitude e/ou especificidade e como saída para abarcar um complexo sistema que constrói e retroalimenta as relações de poder. Para transformar esses desejos e possibilidades em realidade concreta, foi essencial considerar a existência e contribuição de inúmeros(as) outros(as) pesquisadores(as) que desbravaram os caminhos e enfrentaram obstáculos teóricos e metodológicos, lacunas temporais e documentais, incluindo as resistências das temáticas. Desse modo, reiteramos a importância de trabalhos como os de Sandra Souza, *Namoros Indecentes: relações de gênero e as histórias de sedução na cidade do Recife 1890–1914* (2016); de Izabelle Barbosa, *Saindo da gaiola dourada: desquite, divórcio e relações de gênero no Recife, 1917–1937* (2016); de Alexandre Melo, *Do flirt, do footing, da Rua Nova: melindrosas e almofadinhas no Recife da década de 1920* (2015); de Bruno Nery do Nascimento, *Entre a “Mendigópolis” e o “Recife Novo”: reforma urbana, higiene e políticas de saúde para as mulheres no governo de Sergio Loreto em Pernambuco, 1922–1926* (2016); de Tércio Amaral, *Uma ilha sem mulheres: as relações de gênero nos suplementos literários da imprensa recifense em fins da década de 1920* (2016); e tantos outros aos quais tive acesso. Todos eles tiveram, de alguma forma, sua contribuição específica, principalmente nas discussões acerca das Relações de Gênero.

A partir disso, os olhares proporcionados pelas releituras e o uso de novas fontes ou novas interpretações para as antigas, defendidas pela História da Loucura e Psiquiatria⁷,

⁷ Apesar das diversas tendências do campo de análise da História da Loucura e Psiquiatria, na atualidade podemos perceber mudanças crescentes de caráter teórico-metodológico com a utilização de “novas fontes” e “interpretações”. Nessa perspectiva, o objetivo seria visualizar, destacar e discutir as diferenças entre o que diziam os médicos e/ou estudos científicos em conjunto com o que acontecia no interior das instituições psiquiátricas (WADI, 2011, p. 251-253).

foram introduzidas neste trabalho para buscar uma narrativa mais coerente do espaço intelectual e prático em que essas mulheres estavam inseridas. Com esse viés teórico, investigamos o discurso médico-psiquiátrico e o espaço físico do hospital que demarcava as experiências e trajetórias das internadas. Evidentemente, os registros eram construídos pelos médicos e para os “benefícios da hegemonia da classe médica”, que poderia “ênfatizar” ou “esquecer” determinados discursos e práticas de acordo com dado objetivo e interesse e, portanto, construir o material clínico. Contudo, esse campo interpretativo permite-nos adentrar nos perfis e na mobilidade da população internada e reconhecer o poder de interferência familiar nas admissões e altas dessas mulheres, uma vez que os registros documentais contaram com maiores informações ao longo dos anos.

Cabe ressaltar que essa proposta também promove as releituras sobre as concepções de Michel Foucault, pois sua contribuição acerca dos mecanismos estruturais de poder e controle nas obras *Vigiar e Punir* (1975) e *Microfísica do poder* (1978), bem como discutiu sobre como isso se estabeleceu especificamente nas relações com os indivíduos situados no universo manicomial nas obras *Os anormais* (1975) e *O nascimento da clínica* (1963), ainda se mostra como fundamental para o alargamento da análise sobre as instituições psiquiátricas e as mulheres que viveram essas experiências.

Por meio dessas obras, tornou-se possível obter entendimentos sobre o “saber-poder” atuante nas relações da própria medicina, suas ramificações relacionadas aqui com a psiquiatria e o manicômio como um dos espaços do seu exercício e, concomitantemente, na leitura das trajetórias femininas no Hospital. Sem dúvidas, o contexto manicomial é um labirinto pelo qual não podemos desconsiderar o potencial de poder e interferência sobre os corpos e as mentes, principalmente os corpos femininos. Por outro lado, avançaremos em direção ao conteúdo de subjetivação visíveis nas falas e nos fragmentos de fala das mulheres consideradas “loucas” buscando compreender processos que, em um primeiro momento, podem parecer desconexos, mas que possui grande potencial de compreensão se atentarmos para casos específicos.

Sobre os apontamentos teóricos acerca da História da Loucura e Psiquiatria, delineada a partir da historiografia crítica ou revisionista, escolhemos a obra de Maria Clementina Pereira Cunha (1986) intitulada *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. A base desse novo modo de trabalhar com a Loucura e Psiquiatria a partir da problemática e a análise do saber formalizado pela medicina e as práticas médicas que a psiquiatria pretendeu ocultar serão pontos chaves para o desenvolvimento analítico deste trabalho. No nosso caso,

daremos ênfase às mulheres, sem desconsiderar o processo de opressão, controle e sofrimentos reais pelos quais as mulheres internadas viveram, a partir da visibilidade e voz delas como indivíduos que, de certa forma, “racionalizaram” seus “delírios”, questões estas que endossam também as obras de Yonissa Wadi, Cristiana Facchinetti e Carla Garcia. Nesse sentido, o fio condutor entre essas autoras também se mostra nas compreensões sobre o cotidiano hospitalar com o uso próprio dos pacientes [mulheres], que, em muitos casos, reinterpretam suas experiências, reagem e resistem de maneira singular, pessoal e intransferível.

Apropriamo-nos desses elementos do “cotidiano asilar psiquiátrico” para analisar os registros correspondentes aos “movimentos de internações”; aos “diagnósticos que justificavam essas entradas”; aos “perfis sociais, étnicos e situações que envolvem o estado civil dessas mulheres”; e, mais precisamente, como se desdobrou ao longo dos tratamentos, em algumas “trajetórias pessoais” e depoimentos no espaço prático do Hospital de Alienados na Tamarineira. Nesse espaço, a carga emocional advinda das diferenças percebidas entre homens e mulheres nas experiências asilares já se iniciava a partir dos encaminhamentos, das entradas, observações e coletas de dados pelos médicos, sendo esse um forte mecanismo do estabelecimento de “valores socialmente partilhados e conferidos a esses seres distintos naquele tempo e espaço que os criam” (CASAGRANDE; BAO, 2013, p. 04).

Para elucidar tais questões, foi preciso retomar o debate médico psiquiátrico da época para entender suas contradições e permanências na rotina asilar, já que, ao mesmo tempo que elas estavam inseridas no Hospital, as construções e os moldes intelectuais sobre seus corpos, estados de humor, questões sexuais e mentais eram produzidos intelectualmente fora dos muros dos hospitais e formavam uma dinâmica própria no interior do Hospital de Alienados. Inclusive, esses episódios asilares sugerem que essas concepções “não podem ser reduzidas a um mero discurso científico, revelando o quanto esta noção desta diferenciação natural e básica está arraigada nas práticas sociais” (CUNHA, 1889, p. 127).

Em meio a esse contexto e considerando o fato de que a virada do século XIX para o século XX se configurou como um cenário propício para transformações de vários tipos, principalmente com a mudança do regime político brasileiro, resultando na ascensão das práticas e dos discursos médicos-psiquiátricos por meio das ligas nacionais e estaduais que desempenhavam o quadro das políticas higiênicas geridas pelos representantes governamentais e médicos. A questão da higiene estava na ordem do dia. Para realizar tais mudanças, os indivíduos considerados “problemáticos” ou que “atrapalhassem” de alguma

forma a “ordem”, o “progresso” e/ou “bons costumes” recebiam a vigilância dos órgãos públicos.

No campo específico da psiquiatria, os preceitos reinterpretados das doutrinas eugênicas europeias baseadas em visões excludentes de “embranquecimento” ganhavam cada vez mais adeptos. Essa ampla movimentação pode ser percebida mais claramente com a criação da Sociedade Eugênica de São Paulo em 1918 e com os desdobramentos da formação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) no ano de 1923. Inclusive, com a propagação dessas ideias, surgem filiais espalhadas em outras regiões; e, em Pernambuco, a Liga Pernambucana e o Serviço de Higiene Mental (SHM) trabalharam ativamente para a construção e legitimação dessas bases científicas.

A repercussão em território estadual foi caracterizada por diversos expoentes da psiquiatria, por exemplo, as interferências e reformas empreendidas por Ulysses Pernambucano, haja vista a criação de diversos mecanismos de “ação preventiva” dentro do hospital e fora dele. Todavia, no espaço prático do Hospital de Alienados, as dificuldades ainda se faziam presentes. As reformas realizadas não davam conta do grande crescimento do contingente populacional, do mesmo modo que as faltas de verba, o número reduzido de funcionários e o contágio de doenças agravavam ainda mais a situação. Nesse ínterim, a soma desses esforços estruturais aliados às interpretações europeias, e mais especificamente às doutrinas alemãs, agitou o panorama de internamentos, diagnósticos e tratamentos.

Para nos aprofundarmos no debate sobre os aspectos que envolvem a estrutura intelectual e prática do Hospital, utilizamos como fundamentação teórica os trabalhos de Carlos Miranda em *Uma estranha noção de ciência: repercussões do pensamento eugênico no Brasil* (2009), que apresenta as bases da ciência eugenista e a propagação das práticas eugênicas. O autor também discute as vivências de mulheres pernambucanas no Hospital de Alienados na Tamarineira em *Vivências amargas: a divisão de assistência a psicopatas de Pernambuco nos primeiros anos da década de 30* (2006) e em seu texto mais específico aos casos femininos, intitulado *“Delírios femininos”: vivências de mulheres internadas no Hospital de Alienados em Recife entre os anos 1927-1936* (2016), assim como ressalta as terapias e os diagnósticos dos internos nos primeiros anos do século XX em *Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX* (2014).

Também destacamos a importância dos estudos de Lilia Schwarcz (1993) em *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870–1930)* na

discussão dos grupos intelectuais e suas relações com argumentos raciais da época; Jurandir Costa Freire (1976) em *História da Psiquiatria Brasileira*, que versa sobre os diversos processos e mudanças pelas quais a elite intelectual psiquiátrica formou seus pensamentos; Heronides Coelho Filho (1983) sobre a construção e trajetória do próprio Hospital de Alienados na Tamarineira em *Psiquiatria no país do açúcar*; José Lucena (1978) em *Ulisses Pernambucano e sua escola de psiquiatria social* com explicações sobre os aspectos gerais da vida, realizações e influências do diretor do Hospital, a partir da década de 1930, Ulysses Pernambucano; e o trabalho de Joel Birman em *A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva* (2010), que situa os pressupostos que envolvem o campo da formulação de diagnósticos no Brasil. Esse embasamento teórico possibilitou-nos questionamentos fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, pois, a partir deles, avançamos e viabilizamos a análise e escrita, desmembrando e encontrando solo fértil para algumas outras perguntas: em relação a essas mulheres, quais possibilidades estavam imbricadas nas experiências no Hospital e para além dele? O que contavam sobre isso?

Geralmente, essas experiências pressupõem uma angústia em suas vidas asilares, seja pela condição anterior ao internamento, pelo próprio período de “tratamento” ou pela possibilidade de “alta”, esta última que nem sempre se tornava realidade, muito menos uma garantia de “cura”. Logo, esses questionamentos levaram-nos a perguntar sobre a vida e loucura dessas mulheres de modo individual, visto que identificar histórias pessoais e específicas significa abrir espaço para o abandono do tom generalizante advindo de um tema complexo, instigante e, em alguns momentos, perturbador. Em meio às circunstâncias emocionais, iremos, a partir do campo da História, perceber que as dores reais ou imaginárias não se excluem em suas complexidades. Trata-se de não apenas restringir, pelo contrário, de mapear o que for possível sobre suas histórias de “tristeza”, “loucura” e “maldade”, admitindo nossas limitações, mas, ainda assim, buscando caminhos na tentativa de situar e reafirmar essas mulheres no saber historiográfico.

É nessa perspectiva que este trabalho se apresenta, buscando o diálogo entre a História das Mulheres e seus silêncios; a História das Relações de Gênero e suas relações com as estruturas de poder, juntamente com a interferência e consonância da História da Loucura e Psiquiatria, que também propõe evidenciar outros registros e indivíduos para além da estrutura de poder que os sujeitam. Dessa forma, esse diálogo implica o exercício do olhar para as suas experiências manicomiais, “resistências” e, principalmente, sobre o que contavam.

Além de utilizarmos os conceitos-chaves e referenciais teóricos já mencionados, não podemos deixar de enfatizar a influência de outros(as) autores(as) cujas ideias podem ser identificadas nas análises com as quais o(a) leitor(a) irá se deparar, como: Rejane Wilke (2006), Margareth Rago (1997), Susan Besse (1999), Magali Engel (1998), Tânia Swain (2007), Etienne Trillat (1991), Michel de Certeau (1998), Humberto Miranda (2008), entre outros(as). Esses(as) autores(as) trouxeram, em suas especificidades, o alargamento das reflexões sobre casamento, maternidade, cotidiano, infância e sexualidade. Aliás, de maneira simultânea, julgamos relevante situar o contexto espaço-tempo, isto é, a cidade do Recife na época, incluindo as reflexões de Antônio Paulo Rezende (1997), Manuel Correia de Andrade (1997), Alcileide Cabral do Nascimento (2018) e Cátia Lubambo (1991).

Diante dessas reflexões, nosso trabalho vem contribuir para a continuação e expansão dos debates de cunho feministas, direcionando nosso foco para mulheres que estiveram suscetíveis a diversos desmandos sobre seu corpo, sua vida e aprofundando as diferenças percebidas nas Relações de Gênero pela ótica da loucura, das representações e contradições impostas nesse período. Paralelamente, cabe aqui verificar as possíveis repercussões do pensamento moral e de suas identificações com o pensamento médico, seus estereótipos e suas inserções no cotidiano, nos movimentos de entradas, internamentos e diagnósticos, para, então, evidenciar algumas experiências e trajetórias femininas em suas subjetividades no Hospital de Alienados.

Modos de fazer: metodologia e a divisão dos capítulos

Além de nomear os impactos das teorias, é importante explicar, mais detalhadamente, como elas foram usadas e aplicadas na construção deste trabalho. Assim, para atingir os objetivos propostos, faz-se necessária a estruturação de algumas etapas metodológicas.

Primeiramente, fora fundamental estabelecer um intervalo de tempo a ser estudado e verificar se este seria capaz de fornecer fontes suficientes para análises. Então, a decisão de fixar o período correspondente à década de 1930⁸ não fora tomada de modo aleatório, mas, sim, estratégico. Como já dito, essa escolha teve relação direta com o período de efervescência das mudanças no campo intelectual psiquiátrico, tal como na estrutura do próprio hospital. Por isso, antes mesmo de partir para a pesquisa documental e visual

⁸ Mesmo tendo o recorte temporal definido nos anos de 1930, alguns documentos que antecedem esse período também estão presentes e são analisados neste trabalho, com o objetivo de proporcionar uma melhor compreensão do que era discutido e veiculado na imprensa e revistas médicas antes do internamento dessas mulheres no Hospital.

propriamente dita, realizamos uma série de leituras que pudessem facilitar a aproximação com o nosso objeto de estudo e possíveis fontes a serem utilizadas. Buscamos artigos, monografias, dissertações, teses e obras clássicas para definir o aporte teórico da dissertação e criar um acervo para consultas. Para a viabilização do nosso trabalho, elegemos como fonte histórica principal, os prontuários. Essas questões refletem diretamente no acervo do Hospital Ulysses Pernambucano na Tamarineira — localizado e dividido atualmente em duas salas no interior do prédio —, pois, de acordo com os arquivos disponíveis na sala que recebemos autorização⁹, constatamos que boa parte desses registros estão concentrados a partir desse período histórico. Ao total, são 219 caixas correspondentes aos anos de 1926 a 1975 organizados de forma cronológica e por sexo feminino e masculino (Apêndice A). Desse montante, 18 caixas são referentes ao recorte temporal e temático da pesquisa.

No processo investigativo, devido à grande quantidade de prontuários, contendo em cada caixa volumes com 50 prontuários em média (Apêndice B); às dificuldades de permanência no acervo, posicionado em um corredor de fácil acesso a um pátio com pacientes internados; e à gama de caixas de papelão mal conservadas, empoeiradas e, conseqüentemente, muitos documentos rasgados ou despedaçados, optamos por verificar vários volumes e estabelecer alguns parâmetros e critérios para a pesquisa: os correspondentes ao sexo feminino; em melhor estado de conservação; com maiores informações gerais; maior número de recorrências; diagnósticos repetidos; maior variedade de composição étnica, faixa etária e estado civil. Com base nisso, foram colhidos 133 prontuários femininos, nos quais foi possível compreender a dinâmica de preenchimentos dos prontuários ao longo desses anos e perceber a maior concentração de detalhes a partir de 1930, incluindo retratos de entrada e saída, da mesma maneira que o panorama de internamentos e encaminhamentos, os perfis sociais, exames complementares, diagnósticos, “tratamentos” e atestados de altas, falecimentos e transferências.

Antes de adentrarmos nessas questões, é plausível destacar que, dentre os mais variados tipos documentais produzidos pelos profissionais de saúde em suas atividades¹⁰, o prontuário do paciente, apesar de ter sido formulado para atender às necessidades de sistematização de informações, procedimentos de controle e demandas administrativas da

⁹ Para receber a autorização, foram enviados à Direção do Hospital Ulysses Pernambucano uma carta de anuência e o projeto de pesquisa.

¹⁰ Por exemplo, os relatórios de enfermagem, atas de reuniões, movimentos do Hospital, diários, dentre outros. RIBEIRO, Suellen Conceição. **A contribuição do acervo do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano para estudos memorialísticos relacionados à saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

classe médica, também se mostra como agente possibilitador de pesquisas sobre saúde, loucura, indivíduos considerados loucos e contexto social de determinada época. No nosso trabalho, a utilização dos prontuários para a escrita da História está expressa a partir desses elementos para, então, focar nas experiências femininas de acordo com as recordações e memórias dos médicos e pacientes nesses registros. Isso significa que a importância do próprio Hospital e do uso dos prontuários de pacientes se mostra como uma proposta coerente e, em muitos aspectos, alarga as compreensões sobre a estrutura cultural e histórica do período, como explica Suellen Ribeiro (2018, p. 88):

Um lugar de memória traz, em si, um conjunto de características que possibilitam a visualização do ambiente a representar uma dada estrutura cultural e histórica. O Hospital Ulysses Pernambucano se enquadra nessa perspectiva pela sua estrutura arquitetônica, tombada como patrimônio e ainda preservada, bem como o conjunto do seu acervo permanente, o qual revela lembranças de atos vividos [...] os quais contam centenas de histórias existentes de pessoas que em seu âmago passaram.

Colocado nesses termos, o uso dos prontuários enquadra-se como fonte histórica documental e revela alto potencial de análise, principalmente quando consideramos que a introdução de novos tipos de fonte na prática historiográfica — a partir das décadas finais do século XX devido às influências da terceira geração da Escola dos Annales — configurou-se como uma reviravolta no ofício do(a) historiador(a), bem como na formulação de novas leituras, problemas, reflexões e objetos. Por certo, caíram paradigmas positivistas e, com isso, há a possibilidade do alargamento às pesquisas documentais. Porém, para o especialista Carlos Bacellar (2011), os arquivos documentais atendem em maior grau e de maneira geral grande parte dos historiadores. Por outro lado, a documentação de caráter privado ou aquelas que estão relacionadas aos acervos de pessoas, famílias, grupos e instituições ainda não se tornaram prática corriqueira entre os pesquisadores brasileiros¹¹. Já no que se refere ao prontuário em si, há uma crescente utilização por parte de diversos historiadores nos últimos anos, ainda que os entraves em relação ao acesso a esses documentos sejam realidade. Diante dessas questões, a contribuição do uso dos prontuários para a pesquisa histórica apresenta-se como uma alternativa que nos permite analisar esse período, e a trajetória de mulheres por meios que ainda precisam de incentivo à pesquisa.

¹¹ BACELLAR, Carlos. O uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla B. (ORG). **Fontes Históricas**. São Paulo: Editora: Contexto, 2011, p. 42- 58.

Com efeito, os prontuários são preciosos no que diz respeito ao estudo da estrutura manicomial e dos seus indivíduos. Chegamos a essas informações porque esses registros médicos passaram por um crescimento considerável em suas informações ao longo dos anos. De modo geral, no período estudado os prontuários oferecem detalhes pessoais, como nome, idade, estado civil, residência, cor, filiação, profissão, quem solicitou o internamento, data de entrada e saída, falecimentos, altas e diagnósticos. Além disso, fornecem os registros de antecedentes sociais, antecedentes hereditários, histórico da doença, exames somáticos e complementares, exame mental, alguns “decursos” e anexos de tratamentos e visitas periódicas.

Sobre a análise das informações obtidas, consideramos as nuances da vida dessas mulheres com a consciência de um saber historiográfico como um ciclo do “ir e vir entre a vida individual e a vida coletiva” (BARROS, 2008, p. 198). Essas mulheres, apesar de muitas vezes serem “desconsideradas em suas falas”, não estavam completamente alheias aos desmandos sofridos em escala estrutural, assim, também, precisamos considerar outras hipóteses e ciclos imbricados em suas trajetórias. Portanto, diante da massa documental coletada, selecionamos alguns prontuários de mulheres específicas para analisar de maneira mais aprofundada ao longo do trabalho. Esses prontuários receberam nossa maior atenção pelos seguintes motivos: maior grau de legibilidade; maiores fragmentos dos depoimentos das pacientes; históricos sociais e/ou antecedentes mais detalhados; e em alguns casos, registros fotográficos de entrada e/ou saída. Aliás, a fotografia inclusa nesses prontuários e igualmente as demais fotografias da classe médica — as quais o acesso foi por meio do Arquivo da Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ) e de revistas especializadas na área de medicina — foram, em alguns momentos, inclusas à análise, tendo em vista que as fontes visuais nos permitem a ampliação da investigação histórica e novos tipos de crítica.

Segundo Ana Maria Mauad (2004), as possibilidades de análise a partir da fotografia demandam ao historiador a inclusão de seus significados e conteúdo cultural, não importando se o registro fotográfico foi feito para documentar um fato ou estilo de vida. Nesse caso, apesar de as fotografias possuírem objetivos de produção a partir dos interesses de determinado grupo¹², as imagens analisadas nessa dissertação alargam o entendimento e permitem a identificação mesmo que parcial desses indivíduos. Posto isso, embora as imagens não se configurem como nossa principal fonte e/ou objeto de estudo, foram

¹² MAUAD, Ana Maria. Fotografia e história: possibilidades de análise. In: CIAVATTA, Maria e Alves, Nilda (ORGS). **A leitura de imagens na pesquisa social: história, comunicação e educação**. São Paulo: Cortez, 2004.

fundamentais para a composição e enriquecimento deste trabalho, auxiliando no cruzamento de informações e na visualização de acontecimentos e sujeitos envolvidos.

Dando continuidade à pesquisa, complementamos as fontes com o contato com as publicações em jornais e revistas que pudessem nos proporcionar maiores informações sobre a estrutura médica psiquiátrica do período e do próprio Hospital de Alienados. Dos jornais do Recife, utilizamos: *Diario de Pernambuco*, *Jornal do Recife* e *Jornal do Commercio*. Em relação às revistas, foram usadas a *Revista de Pernambuco* e *Arquivos de Neuropsiquiatria*. Todos esses jornais e revistas, com exceção do *Jornal do Commercio* e a revista *Arquivos de Neuropsiquiatria*, encontram-se na plataforma digital da Hemeroteca Digital Brasileira, de acesso público e gratuito. Essa plataforma, organizada pela Biblioteca Nacional, comporta um acervo digitalizado de vários periódicos, jornais e livros de todo o território nacional, datados desde o século XVIII até o século XXI. Em relação às exceções, o *Jornal do Commercio* está disponível no Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (Apeje), localizado na Rua do Imperador Pedro II, no bairro de Santo Antônio no Recife, já a revista *Arquivos de Neuropsiquiatria* encontra-se disponível digitalmente na plataforma da Academia Brasileira de Neurologia. Essa plataforma da área de medicina contém diversos periódicos científicos, inclusive uma versão eletrônica da revista fundada por Ulysses Pernambucano, *Neurobiologia*. Sobre os critérios para tal seleção, elencamos dentre eles: ter circulado por um período de tempo estável; conter publicações de notícias, matérias e entrevistas envolvendo o Hospital de Alienados, ligas estaduais e Ulysses Pernambucano; e artigos de opinião, preferencialmente sobre ações higiênicas no Estado.

Somado ao esforço investigativo, houve também o metodológico. O fato é que a realização das análises só se tornou viável devido à sistematização do material coletado, por meio de um banco de dados separado por pastas datadas de acordo com o mês e o ano, tais quais os temas selecionados. Quanto às divisões temáticas da organização dos prontuários, realizamos da seguinte forma:

- Quadro de encaminhamentos – sobre a quantidade de prontuários de acordo com quem solicitou o internamento: policiais, familiares, transferências de outros hospitais.
- Quadro da composição étnica – sobre a quantidade de prontuários de acordo com a cor das mulheres.
- Quadro do estado civil – sobre a quantidade de prontuários de acordo com a situação das mulheres em relação ao matrimônio ou sociedade conjugal.

- Quadro dos diagnósticos – sobre a quantidade de diagnósticos. Foram separados dois grupos: o primeiro com as “maiores ocorrências”, e o segundo, com as “menores ocorrências”.
- Quadro das histórias pessoais mais detalhadas –com a transcrição e análise dos prontuários nos seguintes tópicos: “Antecedentes hereditários”, “histórico atual da doença”, “exames somáticos e complementares”, “exame mental”, “ficha de tratamentos”, “visitas periódicas”.
- Quadro com retratos de entrada – sobre os retratos mais nítidos.

Em conjunto a essa sistematização, também organizamos a divisão e especificação conforme o mês, o ano e a página da publicação, transcrição e análise acerca dos jornais e das revistas:

- Quadro com notícias sobre Ulysses Pernambucano.
- Quadro com notícias sobre outros médicos.
- Quadro com notícias sobre associações e Hospital.
- Quadro com imagens.

Além disso, as transcrições foram adequadamente revertidas ao português atual, mantivemos apenas palavras e expressões específicas utilizadas pelas mulheres internadas e expressões da época, objetivando, assim, não comprometer o sentido original. Esse processo metodológico demandou a maior parte de tempo do trabalho, uma vez que essa pesquisa passou por reajustes no caminho. Todo o esforço e trabalho realizados culminaram na elaboração e estruturação de três capítulos:

No primeiro capítulo, buscamos analisar de maneira mais ampla como a discussão acerca das teorias eugênicas começou a ganhar força no Brasil a partir dos debates ocorridos já no início do período republicano. Para tanto, construímos uma narrativa sobre a criação das associações e ligas de cunho nacional e estadual no debate científico da época, tendo como foco principal as relações da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) com as ações higiênicas da Liga Pernambucana e do Serviço de Higiene Mental (SHM). Aprofundando a análise sobre o nosso objeto de pesquisa, exploramos, primeiramente, como o debate médico-psiquiátrico reforçou as teorias raciais europeias e quais termos foram reutilizados e reinterpretados na situação brasileira, identificando quais ações e práticas foram realizadas em terras pernambucanas.

Na sequência desse debate, investigamos o momento do Hospital de Alienados na Tamarineira, pois, apesar das acaloradas discussões, reformas estruturais e mudanças

intelectuais, muitos problemas eram visualizados na rotina do Hospital. Tais problemas relacionam-se estreitamente com as entradas e todas as questões envolvidas em internamentos psiquiátricos, e nesse caso nas experiências asilares das mulheres. Assim, desde seus lugares e espaços, traçamos as redes de interesses intelectuais, políticas e institucionais da época — publicados em jornais e revistas — nas quais essas mulheres estiveram presentes.

No segundo capítulo, dedicamos o nosso olhar para verificar mais detalhadamente a dinâmica de internamentos e diagnósticos femininos a partir das informações gerais contidas em seus prontuários. Partindo disso, analisamos as experiências no que se refere às solicitações de internamentos, perfis sociais das mulheres internadas no período e, conseqüentemente, o panorama de diagnósticos. Ao analisarmos essas questões, conseguimos entender como os preceitos morais, médicos, políticos mesclavam-se nas experiências femininas no Hospital de Alienados nos anos finais da década de 1920 e majoritariamente anos 1930.

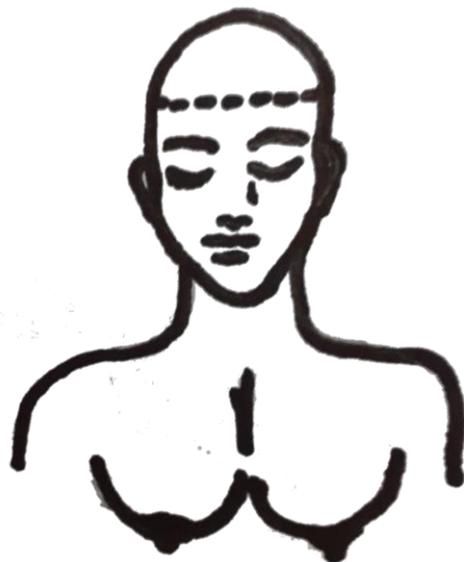
Por fim, no terceiro capítulo, averiguamos quais possíveis questões estavam imbricadas em seus tratamentos e como se relacionavam com a questão da maternidade e/ou saúde de mães e filhos, haja vista que esses arquétipos influenciavam de maneira profunda a trajetória das mulheres e seu corpo. Nessa perspectiva, evidenciamos maiores detalhes em alguns prontuários para buscar suas falas e, quando possível, seus retratos; e, assim, seguindo, de modo pessoal e intransferível, a tentativa de enxergar os fragmentos de suas histórias e experiências. Dessa forma, este trabalho buscou contribuir para o enriquecimento da História do Brasil e de Pernambuco, entendendo as mulheres como sujeitos históricos e procurando desvelar as estruturas de poder que enlaçam os diversos grupos sociais nos quais estão inseridas, principalmente aquelas que tinham duplamente suas vozes silenciadas pelo aparato manicomial.

Capítulo 1

Nas ruas e manicômios: o debate médico-psiquiátrico se alastra em terras brasileiras

*“Ainda estamos aqui, ainda estamos vivas,
ainda podemos olhar nos olhos, ainda há
possibilidades morando em alguns abraços [...] então fique atenta às faíscas. Hoje eu senti um
pouco de sol dentro de mim e soube que talvez
os baques nunca acabem, mas pelas que se
forem sou e serei vento, sempre presente.”*

Ryane Leão¹³



¹³ LEÃO, Ryane. **Tudo nela brilha e queima**. Poemas de luta e amor. São Paulo: Planeta, 2017.

1.1 A República é um corpo: uma questão de saúde e higiene

A partir do século XIX, o mundo ocidental revelava um debate intelectual polarizado. De um lado, a visão humanista herdeira da Revolução Francesa, que naturalizava a igualdade humana; e, de outro, a introdução da noção de degeneração vinculada às diferenças básicas existentes entre homens e mulheres. Nesse contexto, a influência da noção de degeneração torna-se mais preponderante, pois “o termo deixa de se referir a mudanças de forma, passando a descrever um desvio patológico do tipo original” (SCHWARCZ, 1993, p. 62), estabelecendo correlações entre patrimônio genético, aptidões intelectuais e inclinações morais. Paralelamente a isso, e ainda no cenário da França, as mulheres pobres e a presença nas ruas, nos mercados, nas lavanderias e no trabalho formal e informal apresentavam mesmo com as divisões de tarefas e a segregação dos espaços no século XIX. Dessa forma, detinham certa liberdade, principalmente em tempos de crise, quando não se encarceraram no interior dos lares, fazendo da rua e do espaço público lugar de circulação, lazer e meio de vida¹⁴. Diante disso, cada vez mais a sociedade francesa da época manifestava sua inquietude perante a crescente liberdade das mulheres, assim como a campanha de higiene social para a instauração dos padrões modernos refletia a necessidade de fortalecer as pressões ideológicas internalizadas — incluindo a das Relações de Gênero.

Isso significa que, no imaginário social e nas definições construídas pela medicina do século XIX sobre a identidade feminina, as mulheres deveriam desejar ser mães acima de tudo, como se sua essência fosse capaz de responder por todos os seus bons e maus funcionamentos fisiológicos, psíquicos e emocionais. Por outro lado, as mulheres que ousavam fugir desse comportamento abriam novas dimensões e quebravam estereótipos. A quebra desse padrão idealizado constituía-se, especialmente, em torno da entrada da figura feminina no espaço público, uma vez que os espaços público e privado como domínio masculino e feminino respectivamente e o apoio desses ideais em bases religiosas e políticas estabeleciam maiores desigualdades entre homens e mulheres. Assim, o espaço de atuação para as mulheres foi, por muito tempo, “inexistente no nível político e contido dentro da família” (PERROT, 1988, p. 182).

¹⁴ A autora aprofunda a questão do espaço público no uso das mulheres da elite. Estas detinham a palavra pública para reivindicarem direitos políticos e sociais. Para a minha pesquisa, uso apenas a discussão das camadas menos abastadas, já que as mulheres em questão estão inseridas nesse contexto. Para mais detalhes: PERROT, Michelle. **Mulheres Públicas**. São Paulo, 1998.

No Brasil em particular, a partir da segunda metade do século XIX, o desenvolvimento da indústria elevou significativamente o número de indivíduos da classe operária, imigrantes e, conseqüentemente, a população das cidades, potencializando as diferenças e os conflitos sociais. As mulheres pobres também já experimentavam o espaço público — as ruas, os becos e as vielas já estavam rodeadas dessas mulheres — com a inserção no mercado de trabalho, com o trabalho informal e em momentos de lazer, porém não sem conseqüências. Segundo Rachel Soihet (1989), o Código Penal, os sistemas judiciário, médico e policial serviam de recursos para disciplinar, controlar e estabelecer normas sobre essas mulheres, ou seja, a cultura e os valores da classe pobre são “estigmatizados como manifestações de atraso e de barbarismo, em proveito de uma cultura de minorias que visavam garantir sua dominação nos diferentes níveis” (SOIHET, 1989, p. 52).

Em oposição ao barbarismo ligado às classes mais desfavorecidas, o conceito de civilização estava diretamente relacionado ao ideal de embranquecimento¹⁵, uma vez que medidas foram tomadas para a entrada maciça de imigrantes europeus no País. Para isso, era preciso a melhoria nas condições de salubridade pública de acordo com a “gestão científica”. No cerne desse pensamento, Sidney Chalhoub (1996) analisa os cortiços e as epidemias na cidade do Rio de Janeiro, o panorama geral das mudanças no espaço urbano e as construções de teorias de segregação e exclusão de grupos considerados perigosos. O mundo das “classes perigosas” estava repleto de sobrevivências culturais que precisavam ser erradicadas para abrir caminho ao progresso. Pois nestas haviam hábitos condenáveis nas formas de morar, de vestir, de trabalhar, de se divertir e curar. Finalmente, os que eram considerados mais abomináveis eram manifestações culturais negras.

Nesse sentido, a ação do médico-intelectual e os saberes formulados no caso brasileiro são fabricados em conjunto com várias áreas do saber, tendo em vista que, conectada à noção de higiene, aparecia também a ideia de saneamento. Desse modo, a implementação de grandes planos de atuação dos espaços é respaldada por diversos polos científicos, fazendo as noções de higiene pública, saneamento e combate às moléstias

¹⁵ O autor aponta para o fato de que o combate à febre amarela e a negligência às doenças que atingiam a população negra, somado a imigração e miscigenação consistia na eliminação paulatina da herança africana. Mais ainda, as controvérsias no interior do pensamento e das práticas higienistas eram ligadas ao processo histórico de falência das ideologias de dominação senhorial e da tentativa de reorganização do mundo do trabalho no Brasil com a preservação da estrutura de dominação. Mais detalhes em CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril – Cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

ganharem forte apelo para medidas de intervenção da realidade social, seja na esfera pública ou privada.

Considerando que esse cenário de insatisfações não foi totalmente sanado com o advento da República, as movimentações e críticas ganhavam cada vez mais adeptos e vários setores da sociedade posicionavam-se.¹⁶ Entre as elites intelectuais e econômicas, o medo da violência e da desordem nas cidades era generalizado. A forma encontrada por estas para disciplinar indivíduos indesejáveis foi reprimir suas reivindicações sociais e suas práticas culturais. Sobre isso, interessa-nos saber: quais discussões estavam em torno dessas práticas excludentes?

Essa necessidade estava pautada, primeiramente, no ideal de progresso; a partir disso, os ideais positivistas *ordem e progresso*, gravados na bandeira nacional brasileira no período republicano e, também, espalhados e exaltados como o modelo de civilização, tentavam trazer otimismo em um momento frágil — era preciso soprar bons ventos para a consolidação do regime. Mas a República brasileira que se institucionalizou a partir da constituição de 1891 esteve muito longe de ter qualquer semelhança, na prática, com os princípios liberais que a carta estabelecia. Céli Pinto (2003, p. 17) afirma que:

Nascida de uma luta da oligarquia rural contra o centralismo monárquico, seus partidários eram na verdade muito mais federalistas que republicanos. O federalismo em um país recém-saído da escravatura, com uma imensa população de pobres, sem uma tradição de valorização do trabalho e de valores igualitários, foi completamente incapaz de ser base para a construção de uma cidadania republicana.

Portanto, na tentativa de construir uma versão oficial dos fatos e da história da instauração do regime republicano, estava em jogo a definição dos papéis dos vários atores, dos títulos de propriedade que cada um julgava ter sobre o novo regime e da própria natureza do regime. Além disso, o povo estava fora do roteiro da proclamação, o novo regime nascia em uma base que não permitia o alargamento e conquistas políticas que tantos setores desejavam.¹⁷ Assim, essa “sociedade urbana” forjava-se em termos próprios, em uma espécie

¹⁶ É importante ressaltar que vários setores insatisfeitos já estavam se organizando, inclusive as mulheres das camadas médias e altas em prol da luta pelos direitos políticos. (PINTO, 2003. p.16).

¹⁷ Várias correntes explicativas formaram-se na época, incluindo a versão de Deodoro da Fonseca, Benjamin Constant e Quintino Bocaiúva. (CARVALHO, 2001, p. 35-54).

de readaptação e acomodação entre teoria e prática e/ou mudanças constantes, rápidas e permanentes em um processo de descontinuidades, rupturas e fragmentações internas.¹⁸

Nesse caso, as diferentes divisões produziram uma variedade de posições do sujeito, porém, de modo parcial, a estrutura permaneceu aberta. Ou seja, o sujeito assumiu em diferentes momentos diversas identidades. Nesse sentido, as sociedades tornaram-se mais complexas, adquirindo uma forma mais coletiva e social, pois as estruturas dos Estados nacionais, a formação do capitalismo moderno e a ascensão das invenções precisavam dar conta dessas estruturas (HALL, 2005, p. 14-29), haja vista que essas transformações que a sociedade atravessou e se estabeleceu na busca de soluções, organizações e modalidades próprias às demandas que elas mesmas provocaram — para essa organização, a “Cidade Política” não pode ser concebida sem a escrita — são inteiramente ordem e ordenação, mais precisamente jogos de poder (LEFEBVRE, 2004, p. 19-21).

Para realizar efetivamente esse “projeto” de progresso da civilização, algumas bases receberam sua construção nesse período: o avanço do saber científico, o domínio crescente da natureza pela tecnologia, o aumento da produtividade e da riqueza material, a emancipação das mentes, as transformações das instituições públicas em bases racionais, o aprimoramento intelectual e moral de homens e mulheres por meio da educação e das leis; e, assim, essas bases convergiam para uma promessa de maximização do bem-estar social (GIANNETTI, 2002, p. 96).

Podemos entender essa estruturação como um desejo de adequar as grandes metrópoles aos novos tempos, pois, dentro desses novos modelos, houve também, por parte das autoridades, uma necessidade em rever outras questões — a disciplina para o trabalho e para novos hábitos — com foco principal nas famílias menos abastadas. Assim, à medida que a cultura nacional era usada como dispositivo da industrialização e modernidade contribuía para a formação de padrões, símbolos e representações que traziam o modo de se construir sentidos, de organizar ações e concepções através do discurso (LEFEBVRE, 2004, p. 21).

Segundo Stuart Hall (2005, p. 56), esse discurso estabelecia-se na construção de identidades que se confrontavam de modo ambíguo, entre passado e futuro — relações entre as memórias do passado, o desejo por viver em conjunto e a perpetuação da herança.

¹⁸ O termo *sociedade urbana* refere-se aqui à definição dada por Henri Lefebvre (2004, p. 19-21) em que ela é caracterizada, principalmente, por “nascido da industrialização que a sucede com rápidas transformações”. (LEFEBVRE, 2004, p. 19-21).

Portanto, as culturas nacionais configuram-se como estruturas profundas em divisões e diferenças internas, sendo unificadas através do exercício de diferentes formas de poder cultural. Logo, “as identidades nacionais não subordinam todas as outras formas de diferença e não estão livres do jogo de poder, de divisões e contradições internas, de lealdades e de diferenças sobrepostas” (HALL, 2005, p. 65), algo que, por exemplo, podemos relembrar desde a transição da mão de obra escrava para a mão de obra assalariada no Brasil, que provocou mudanças materiais, econômicas e nas relações sociais.

Diante da efervescência dessas mensagens, muitas vezes conflitantes, as reformas urbanas trouxeram nova roupagem para a silhueta das cidades. É notável que o espaço urbano fora concebido como uma teia política, na qual a rua não se trata simplesmente de um lugar de passagem e circulação. A rua é o lugar dos encontros, dos namoros, do lazer, do consumo, do trabalho, mas também é o lugar de proliferação de doenças e hábitos incivilizados, configura-se como uma extensão do ato de fazer política (LEFEBVRE, 2004, p. 29).

Sendo assim, nas questões que envolvem o fazer política também estavam imbricados o debate médico e as várias abordagens que estão relacionadas à reconstrução de um saber que contemplava as disputas de hegemonia nos polos Bahia e Rio de Janeiro¹⁹. Os médicos do Rio de Janeiro estavam focados nos estudos para o combate às doenças tropicais — tendo como principal parâmetro o controle de epidemias e suas relações sobre as condições de higiene. Já para os profissionais baianos, era o doente que estava em questão, apesar de esse discurso ter sido readaptado ao longo dos anos.

Aliás, no discurso médico do Rio de Janeiro, para a aplicação mais efetiva desse ideal de embranquecimento, eram necessárias a melhoria nas condições de salubridade pública e a resolução dos “problemas advindos da presença e convívio” da população negra e mestiça nas áreas centrais das cidades. Mesmo sob outra perspectiva, o discurso médico baiano também integra a questão racial ao seu arsenal teórico, interpretando que o cruzamento racial explicaria a criminalidade, a loucura e a degeneração. Já no debate jurídico, divergiam os posicionamentos hierárquicos em uma disputa de poder e produção do saber que ainda assessorava sob a forma de lei, o que o perito médico diagnosticou e que pretendia “curar”.

¹⁹ Anteriormente, as atividades dispersas em barbeiros, sangradores, curandeiros ganharam o forte apelo da marcha da civilização e crescente especialização. Os avanços em relação às novas regras, estatutos, a valorização da figura do médico, a institucionalização das “escolas” e “faculdades” de medicina e a influência das revistas médicas redefiniram a atuação médica no país. Assim, a passagem do século XIX para o século XX marca as tentativas de diminuição da defasagem no interior do saber médico e as disputas para legitimação do “médico missionário”, obstinado na sua intenção de cura e intervenção. (SCHWARCZ, 1993, p. 250-265).

Desse modo, médicos sanitaristas e autoridades atuavam em conjunto com o objetivo principal de “auxiliar a natureza” para a eliminação paulatina da herança africana. Nesse cenário, os adeptos dos cultos de matriz africana recebiam, frequentemente, “visitas policiais” em seus centros, onde recebiam ordens para o fechamento do espaço, como também eram encaminhados para tratamento psiquiátrico. Esses episódios ficaram cada vez mais frequentes na transição da década de 1920 para a de 1930, haja vista que, na década de 1930, a Psiquiatria e a Medicina Legal²⁰ já se mostravam bem articuladas e consolidadas e tinham as suas raízes em aparatos ligados ao Estado. Dessa forma, as relações entre loucura e crime nos diagnósticos do espiritismo corroboram o controle do Estado sobre os serviços públicos de assistência aos alienados mentais e a atuação de várias associações que representavam seus interesses.²¹ Estes, por sua vez, estavam prontos para identificar e resolver por meio de políticas públicas repressivas qualquer prática considerada “anormal”, “imoral” e “doente”.

É notável que as estratégias persuasivas e coercitivas para desempenho dessa ligação eram desenvolvidas pela área médica e jurídica com certa frequência. As chamadas “enfermidades sociais”, como sífilis, lepra, tuberculose, alcoolismo, “loucura moral”, homossexualidade e prostituição, formaram o grande contingente populacional dos manicômios, visto que, a partir do regime republicano, há uma leitura de que no período imperial teria ocorrido muita tolerância com as manifestações populares. O movimento ideológico do período republicano estava ligado ao processo da ciência da higiene como norteador da teoria e prática do poder público como uma administração competente, em outras palavras, tratava-se de um conjunto de áreas para garantir a eficiência da saúde e higiene da nação. (GIUMBELLI, 1997).

Portanto, esses debates intelectuais são reorientados e concentrados na ideia de raça. O discurso racial surgiu como variante e extensão da cidadania — que se pautava nas determinações do grupo biológico em detrimento do livre-arbítrio dos indivíduos. As diferenças raciais foram usadas para o fortalecimento de uma interpretação biológica na análise dos comportamentos humanos, tendo em vista que esse modelo determinista recebeu

²⁰ Embora já constasse no currículo das faculdades de Medicina desde a sua fundação em 1832, é no final do século, em virtude da aproximação com a Psiquiatria, que a Medicina Legal adquiriu uma maior especificidade enquanto saber e maior proeminência em suas implicações sociais. Ver mais em: GIUMBELLI, Emerson. **Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais**. São Paulo, 1997.

²¹ Por exemplo, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. GIUMBELLI, Emerson. **Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais**. São Paulo, 1997.

ramificações²² (SCHWARCZ, 1993, p. 63-65). Diante dessas mudanças e tentativas de eliminar qualquer resquício de “atraso”, o projeto reformador republicano brasileiro ganhou novo fôlego a partir das primeiras décadas do século XX. Entre outros personagens, a figura das mulheres e sua “função maternal” ligada à “natureza feminina” ultrapassou os limites da esfera doméstica e adquiriu um caráter “patriótico” e “público”. Outrossim, os médicos participaram ativamente na construção e difusão dos discursos pautados em uma “maternidade científica”²³, e isso, portanto, redefiniu os moldes dos “cuidados para mães e filhos”. Maria Martha de Luna Freire (2008, p. 166) explica que a maternidade como condição inegociável do gênero, assim como da “identidade feminina”, foi endossada — por diversos agentes, incluindo entre eles as ações de médicos, juristas, religiosos e civis — como função mais importante das mulheres; e, devido a essa circunstância, exigia novos conhecimentos científicos para preparar, criar e preservar a saúde de mulheres e crianças, para, assim, garantir o exercício da maternidade de acordo com a “racionalidade científica”, “evolução” e “elevação da raça”.

Por conseguinte, é importante entendermos que as doenças embasavam a explicação do “fracasso” da nação em uma espécie de quadro de uma “sociedade, entendida enquanto imenso hospital, e já em relação aos indivíduos, esperava-se a passividade absoluta” (SCHWARCZ, 1993, p. 300). Entre outras consequências, as mulheres tendiam a ser internadas por transgredirem as normas da vida familiar e da propriedade sexual. Entre elas, prostitutas, adolescentes rebeldes, fugitivas, imprudentes ou sexualmente ativas, mulheres profissionais teimosamente independentes que repudiavam o casamento ou qualquer comportamento inadequado — definido segundo estereótipos de gênero; tudo isso era interpretado como confirmação da necessidade de seu confinamento (BESSE, 1999, p. 95).

Entretanto, para aprofundarmos a análise sobre os hospitais e as mulheres que ali passaram, adentraremos neste primeiro momento no debate intelectual, entendendo que os diversos caminhos e princípios teóricos das escolas médicas brasileiras, apesar de diferentes,

²² O nascimento da frenologia, Antropometria e Antropologia Criminal são frutos das visões deterministas que estabeleciam rígidas correlações entre o conhecimento exterior e interior dos corpos dos indivíduos. Para mais detalhes: SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O Espetáculo das Raças**. Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil (1870-1930).

²³ Em outras palavras, significa dizer que os médicos solidificaram as bases de um pensamento em que as mulheres não apenas garantissem filhos ao marido, mas, sim, cidadãos à pátria. Dessa maneira, vários campos explicativos para a defesa da “maternidade científica moderna” consideravam a recusa ao seu cumprimento tanto patologia quanto pecado ou “crime”. Podemos encontrar essa análise aprofundada em: FREIRE, Maria Martha de Luma. **Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920**. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos[online]. Vol.15, suppl.0. Rio de Janeiro, 2008.

chegaram a conclusões gerais semelhantes. As similitudes permeiam, em geral, a existência de um projeto de sociedade que comporta as teorias eugênicas. No entanto, o uso teórico e aplicação destas divergiram consideravelmente, incluindo as especificidades regionais dos dois centros. Assim, as primeiras décadas do século XX apresentaram diversos contextos, “na Bahia o discurso da eugenia representou uma acomodação, já no Rio levou a uma atuação médica cada vez mais agressiva” (SCHWARCZ, 1993, p. 310).

Posto isso, as especificidades da situação brasileira configuravam-se pela interpretação do darwinismo social e a combinação da perspectiva evolucionista e monogenista. O que se percebe não é uma cópia fidedigna aos modelos estrangeiros, mas, sim, uma reutilização e/ou reinterpretação dos termos adaptados à realidade miscigenada do País, bem como, paralelamente às ações sanitaristas de caráter excludentes, os argumentos eugênicos tornaram-se “imprescindíveis” no processo de intervenção da medicina na sociedade e delegaram aos médicos, majoritariamente aos psiquiatras, o poder de discutir e intervir nas questões étnicas, sociais e de saúde pública.

1.2 As doutrinas raciais sob o olhar do higienismo institucionalizado no Brasil

Os psiquiatras franceses Benedict Morel e Valetin Magnan postularam que a doença mental era uma evidência de uma corrente degenerativa hereditária que se tornaria, progressivamente, mais profunda nas gerações sucessivas causando sua extinção. Na Itália, Cesare Lombroso²⁴ relacionava as características degenerativas nos criminosos a partir da antropologia criminal.²⁵ Na Alemanha e na França, muitos estudos a partir da influência causal do sexo, masturbação, álcool, infecções, homossexualidade e progresso racial na personalidade dos fatores acompanharam essas demandas.

O processo de consolidação das doutrinas raciais estrangeiras no século XIX e a assimilação do pensamento eugênico no Brasil no século XX promoviam a seleção de

²⁴ As teorias de Lombroso tiveram um grande impacto em sua época. A repercussão de suas obras foi amplamente alargada. Porém, os procedimentos metodológicos receberam críticas por toda a Europa e, nesse momento, paradoxalmente, encontraram terreno fértil para a sua propagação nos países latino-americanos. Assim, no Brasil, houve grande número de entusiastas em suas divulgações. ALVAREZ, Marcos César. **A Criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais**. Rio de Janeiro, 2002.

²⁵ Marcos César Alvarez em seu artigo *A Criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais* revela que a antropologia criminal recebeu enorme atenção na construção dos conhecimentos criminológicos no Brasil. Os juristas brasileiros valorizaram a Escola Antropológica representada por Cesare Lombroso, que reduziu o crime a um fenômeno natural ao considerar o criminoso, simultaneamente, como um primitivo e um doente.

homens e mulheres “talentosos” que acabariam, geração após geração, em uma raça excepcionalmente bem dotada.²⁶ Assim, podemos verificar que existia uma união de cientistas e políticos com o objetivo de realizar estudos e pesquisas para a elaboração de um discurso científico que respaldasse a eugenia, que em grego significa “bem-nascido”. Os eugenistas receberam apoio da psiquiatria com a teoria da degeneração de Morel, que afirmava a hereditariedade como responsável por uma grande quantidade de “imbecis”, “tarados” e “cretinos”.

Posteriormente, as divulgações dessas pesquisas repercutiram no Brasil nas primeiras décadas da República. Os higienistas e psiquiatras acreditavam que poderiam acabar com a “degeneração moral e racial”. Porém, nesse momento, os métodos eugênicos estrangeiros baseados nos testes de QI, segregação institucional, restrições ao casamento, esterilização involuntária, controle de imigração e meretrícios começaram a dividir sua força em algumas partes do mundo no campo psiquiátrico, com a introdução de novas formas de tratamento.

Apesar das divergências, o movimento eugênico no Brasil recebeu notoriedade quando as discussões sobre Higiene Mental e Saúde Mental estavam a todo vapor para além das terras brasileiras, dando ênfase na adaptação e no ajustamento do paciente à sociedade. Nesse sentido, a dualidade entre o que se propagava internacionalmente e as adaptações brasileiras das ideias eugênicas estiveram em uma linha tênue, elas complementaram-se. Esses aspectos estão ligados à perpetuação de padrões de pensamentos e comportamentos que serviram de base para projetos políticos e sociais que visavam excluir as minorias étnicas, as mulheres, os mendigos e qualquer grupo que representasse “ameaças à ordem instaurada”. A respeito disso, Carlos Miranda (2010, p. 51) afirma:

Fazia-se necessário reprimir, identificar e enclausurar pessoas consideradas nocivas à sociedade e com grande potencial para procriar futuros desajustados sociais. Temiam-se não só as práticas de roubos, saques e assassinatos, mas também a transmissão de inúmeras doenças. Dessa forma, esses indivíduos se tornaram alvos de temor e repúdio. Surgia, assim, a necessidade de elaborar leis, códigos e criar instituições, assistencialistas ou não, voltadas para vigiar e enquadrar essa população.

Fica claro que a intelectualidade no Brasil recebeu e se alinhou a várias influências baseadas em um “racismo científico” — até se transformar na “tese de branqueamento”, que

²⁶ O inglês Francis Galton formulou ideias sobre aperfeiçoamento da raça. Ele acreditava que, por meio de políticas públicas, era possível produzir “homens superiores”, e, assim, a sociedade ficaria livre da miséria, dos vagabundos, criminosos e portadores de doenças mentais. (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003, p. 788).

propagava o decréscimo da população de mulatos e o desaparecimento dos negros no País — assim como mesclou os objetivos “preventivos” de ação dos pressupostos de Higiene Mental e Saúde Mental para a adequação à “realidade social da época”. Nesse momento, foram criadas inúmeras associações, publicações e eventos com o propósito de eugenzar a sociedade e justificar a exclusão social; aplicadas ações sanitaristas excludentes que forneciam argumentos para o processo de intervenção da medicina na sociedade; e reconhecido o poder de discutir e intervir nas questões étnicas, sociais e de saúde pública com respaldo da ciência. Doravante, tornou-se necessária ao Estado a criação de um plano disciplinar para organizar, catalogar e reprimir as diferenças da população.

Para acompanhar a disciplina dos corpos, as cidades receberam a atenção da higienização para a busca do progresso. O apelo para mudanças no espaço, nos indivíduos e nos seus comportamentos estava na ordem do dia. A exclusão advinda desse sistema chegou, geralmente, para os menos favorecidos. As cidades ganharam novas formas e dimensões; conseqüentemente, a busca pelo controle cresceu. A partir disso, organizavam-se propagando a necessidade de higiene, de campanhas sanitárias, de pesquisas e estudos científicos que estivessem vinculadas a esse projeto.

Dessa forma, a Sociedade Eugênica de São Paulo, fundada em 1918, pioneira no Brasil, objetivava, de acordo com o seu estatuto, o estudo das leis de hereditariedade, das questões da evolução e descendência e da divulgação dos conhecimentos eugênicos.²⁷ Para cumprir tais objetivos, foram criadas comissões, congressos e publicações para difusão e manutenção dos estudos eugênicos no País.

A partir de meados dos anos 1920 e início dos anos 1930, a crítica ao pessimismo que essas teorias carregavam abria as portas para a propagação de descobertas formuladas anteriormente em vários países. Como consequência, as teorias que apontavam uma saída mais otimista para a civilização, a educação dos instintos e das paixões recebem os olhares da elite médica, ao mesmo tempo que são formuladas releituras sobre a questão do primitivismo, no qual o primitivo é deslocado para o interior do sujeito, tornando-se um evolucionismo que deixa de ser pensado de modo unicamente externo para se tornar uma espécie de evolucionismo interno. Por exemplo, as doutrinas de Freud, que trouxeram pela psicanálise uma saída interessante para o determinismo biológico a partir da ideia de sublimação, fornecendo uma teoria da perfectibilidade ou educabilidade eficientíssima e

²⁷ Incluindo os temas sensíveis como: a realização de estudos sobre a regulamentação dos meretrícios, entrada de imigrantes ‘indesejáveis’ e de questões sobre o exame pré-nupcial. MIRANDA, 2009, p. 308-309.

constituindo-se como mais uma fonte para a interpretação dos psiquiatras brasileiros na sua busca para formulação de atividades e base teórica (RUSSO, 2002, p. 51-55).

Tem-se aí uma espécie de “saída civilizadora” para esse país mestiço — o primitivismo dos instintos, das paixões e o sensualismo excessivo das raças “inferiores” não seriam empecilhos insuperáveis para o progresso da nação. Inclusive, esse baluarte teórico foi utilizado como solução interessante em artigos de diversas associações médico-psiquiátrica do período, como também, mais tarde, adaptada à realidade de alguns Hospitais de Alienados.²⁸ Entretanto, é plausível destacar que as interpretações médicas baseadas nos modelos raciais e deterministas não desapareceram instantaneamente. Apesar das transformações no campo teórico, ainda estavam presentes temas, jargões e vocabulários da época de análises de cunho evolucionista que escondiam mudanças profundas nos paradigmas explicativos. Esse rompimento e a passagem de fundamentos epistemológicos baseados na raça recebem mudanças para a questão da cultura paulatinamente.

Nesse processo, na década de 1920, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)²⁹ formada por médicos, educadores, políticos, empresários e juristas recebia subvenção federal para a execução de suas atividades. A LBHM funcionou como irradiador e impulsionador para criação de outras ligas regionais, inclusive a de Pernambuco³⁰. Durante a sua existência, a Liga possuía revista própria, a *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental* (ABHM), montou laboratórios de psicologia aplicada, ambulatório de psiquiatria, aplicou testes psicológicos em escolas e fábricas, elaborou campanhas de combate ao alcoolismo, fundou consultório gratuito de psicanálise e contatos de assistência em parcerias com as prefeituras.

A LBHM tinha sua atuação vinculada aos tratamentos de “doenças mentais” com base na profilaxia³¹ em uma ação conjunta mediante campanhas educativas de médicos e professores, bem como educação do público em geral, em publicações em vários jornais do País. Vale ressaltar que alguns dos profissionais envolvidos com o Movimento Eugênico também participavam da Liga. Isso pode explicar a presença de várias publicações de cunho eugênico nos artigos da revista, assim como viagens profissionais à Alemanha com o objetivo de conhecer o sistema psiquiátrico e laboratórios (MIRANDA, 2009, p. 319-320).

²⁸ Por compreender que a estrutura e o lugar onde os sujeitos estão inseridos é um fator relevante para a construção de suas histórias, aprofundaremos nossa análise acerca dos Hospitais no tópico 4 deste capítulo.

²⁹ Fundada pelo psiquiatra Gustavo Riedel em 1923, com sede no Rio de Janeiro. MIRANDA, 2009, p.311.

³⁰ O movimento em Pernambuco será discutido com mais detalhes nas próximas páginas.

³¹ De acordo com o seu estatuto, consistia em melhoramento e humanização da assistência psiquiátrica aos doentes mentais e manicômios. COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria Brasileira**. Um corte Ideológico. Rio de Janeiro: Editora Documento, 1976.

Nesse aspecto, a fundação LBHM esteve presente no momento de tensão e afirmação do campo psiquiátrico na perspectiva preventiva juntamente com a incorporação do arsenal teórico da Higiene Mental e Eugenia. Como consequência, a busca pelo “saneamento racial”, em especial, a atenção dada à questão infantil nos seus projetos,³² assim como o combate ao alcoolismo e à prostituição.

Em 1926, os psiquiatras da LBHM passaram a investir em novas concepções de prevenção vinculadas mais claramente às práticas eugênicas, uma vez que a ação sobre os doentes não se mostrava suficiente para resolver o problema dos portadores de distúrbios mentais — a prática terapêutica seria focada no período pré-patogênico, ou seja, antes do aparecimento de sinais clínicos (MIRANDA, 2009, p. 314). Com o objetivo de prevenir as doenças mentais por meio da observação dos princípios de higiene geral e do sistema nervoso, atentaram para o período anterior da entrada de doentes mentais nos manicômios, assim a Liga alertava para diversos perigos que consideravam destrutíveis para o progresso de uma nação civilizada.

A Liga também alertava contra outros perigos que ameaçavam os matrimônios eugenizados e a “raça” saudável brasileira, como a tuberculose, a lepra, a vadiagem³³, as doenças venéreas, o suicídio e os vícios (MIRANDA, 2009, p. 312). Todavia, a questão do alcoolismo levantava uma forte comoção em suas práticas médicas. Os médicos consideravam o alcoolismo uma catástrofe de tamanho imensurável para a humanidade, pela sua periculosidade, uma vez que era responsável por inúmeras doenças, especialmente a cirrose e a nefrite, estados de “alienação mental”, assassinatos, furtos, destruição de lares, suicídios e brigas, além de provocar o nascimento de descendências degeneradas.

Esse conceito de degenerescência foi diagnosticado em função das influências patológicas e sociais, era considerada a grande responsável pela ocorrência de uma elevada taxa de criminalidade, delinquência e loucura. Esse conceito, transmitido de geração a geração, ampliou a noção de insanidade mental. A partir disso, uma variedade de novos rótulos para as condutas individuais e coletivas e, conseqüentemente, uma nova classe de indivíduo mentalmente doente e perigoso.³⁴

³² Vendo na criança um “pré-cidadão”, peça fundamental do homem do futuro. **Sobre essa questão consultar:** CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Trabalho e Higiene Mental: processo de produção discursiva no campo no Brasil. In: **História, Ciência e Saúde**. 56-133, mar-jun. 1999

³³ O Problema da Vadiagem. **Jornal do Recife**, 05 jun. 1929, p.04. Hemeroteca Digital Brasileira.

³⁴ De acordo com Carlos Miranda em *Quando a razão começa a julgar a Loucura: A institucionalização do Sistema Manicomial em Pernambuco*, acreditava-se que o pauperismo, a ignorância, o alcoolismo, a epilepsia e a sífilis eram agentes que predispunham os indivíduos à degeneração. Assim, novos personagens foram

A Liga Pernambucana de Higiene Mental surge a partir do crescimento das atividades do Serviço de Higiene Mental do Recife (SHM), que incluiu outras associações pernambucanas ao longo das primeiras décadas do século XX. O programa de ações que era compartilhado em diversos momentos fugiu da orientação nacional de viés radical das práticas eugênicas. Todavia, não se afastaram totalmente da propagação dessas ideias, principalmente se analisarmos a realização das várias semanas antialcoólicas, conferências médicas em colégios, quartéis, teatros e sindicatos.

Dessa maneira, corroborando a agenda e os objetivos da Liga Brasileira de Higiene Mental, a Semana Antialcoólica realizada com a cooperação da Liga Pernambucana de Higiene Mental³⁵ promoveu uma programação de debates, passeatas, exposições de cartazes e entrega de panfletos. Os feitos realizados em todo o Estado são publicados no *Jornal do Recife*; a partir do dia do operário, a ênfase dada pela Liga para o comportamento ideal das classes trabalhadoras ganha as ruas:

Continuam em pleno êxito, em todo o estado, os trabalhos da Semana Antialcoólica. Ontem dia dedicado ao proletariado, foram distribuídos em 52 núcleos operários, 10.000 boletos de antialcoolismo [...] A diretoria de Higiene Mental continua a receber inúmeras provas da solidariedade a grande campanha contra o álcool que vem movendo a Liga Brasileira de Higiene Mental.³⁶

Assim, com esses projetos pontuais e específicos para determinados grupos, os projetos de maior inserção social relacionado à cura da nação são transferidos para o apelo de “singularidade científica” que estivessem pautadas nas especificidades nacionais, que, inclusive, permeavam o combate aos vícios de diversos tipos. A “reelaboração culturalista” ainda se apresentava tímida. Atravessou a questão das novas identidades para a formulação da nação com as barreiras de antigas correntes, encontrando solo infértil diante das mudanças advindas do regime varguista.

Nesse processo, podemos perceber que a maioria das influências na esfera política e social da época ainda estava vinculada à mistura das raças e à personificação da degeneração — um compilado de ideias, principalmente a partir das releituras de Darwin, que via de forma pessimista a miscigenação e focava na existência de “tipos puros”. Para a efetivação desse

introduzidos aos hospícios, fato que fez aumentar, substancialmente, o número de internos nos hospícios psiquiátricos. (MIRANDA, 2010, p. 44).

³⁵ Fundada e liderada por Ulysses Pernambucano em 1933.

³⁶ Semana Antialcoólica. *Jornal do Recife*, 07 out. 1932, p 03. Hemeroteca Digital Brasileira.

plano, algumas medidas preventivas ganharam importância na tentativa de sarar, e, se não fosse o caso, dividir os indivíduos em saudáveis e não saudáveis. Podemos perceber isso na opinião do José Valadares da Liga de Higiene Mental de Pernambuco que foi publicada a partir da entrevista concedida ao *Jornal do Recife*:

[...] Há milhares de anos que certos estadistas perceberam isto e procuraram combater o consumo das bebidas fermentadas. Entre os grandes males que causa este terrível veneno estão em primeiro lugar as doenças mentais. Estas podem originar a degenerescência de gerações. Atualmente, as ligas antialcoólicas têm desenvolvido intensa atividade a fim de fazer ver, com o auxílio de estatísticas, que o uso do álcool é contra o bem-estar psíquico, moral e social [...] Como está dito linhas acima o álcool produzindo doenças mentais hereditárias origina a degradação de toda a prole, e uma raça degenerada.³⁷

Esse saber acerca das raças institucionalizou-se como explicação sobre a submissão ou, mesmo, a possível eliminação das raças consideradas inferiores. Assim, a eugenia surgiu como uma prática avançada desse pensamento, cujo objetivo era intervir na reprodução para o “aprimoramento da espécie”. (SCHWARCZ, 1993). Como podemos ver nessa entrevista, a atenção para com esses indivíduos atendia aos reclamos de alguns setores da sociedade, principalmente da elite médica e jurídica, que se organizava e movimentava teorias e ações para a realização desse “projeto nacional”. Nesse contexto, era necessário sanear os espaços urbanos da presença de “degenerados” que perturbavam a paz social e contribuía para o “enfraquecimento da raça”. Outro ponto importante no depoimento do integrante da filial pernambucana trata-se da relação estreita da filial pernambucana com a Liga Nacional, na qual suas bases teóricas e práticas estavam bem alinhadas em relação à questão do alcoolismo, como podemos destacar no depoimento de José Valadares quando finaliza a sua declaração:

[...] E em consideração a raça, que todos devem respeitar e zelar pelo seu eugenismo, é que se pede um pouco de reflexão e de força de vontade. Os beberrões devem convencer-se e procurar emendar-se. Os sadios livrar-se ao contato do veneno que inicia a sua intoxicação como aperitivo (JORNAL DO RECIFE, 28 out. 1933, p. 02).

³⁷ Alcool, fator de Degenerescência. **Jornal do Recife**, 28. out. 1933, p. 02. Hemeroteca Digital Brasileira.

No final da sua declaração, José Valadares salienta o tipo de critério de identificação dos indivíduos como cidadãos, no qual eles permeavam o campo do trabalho reconhecido oficialmente pelo Estado. A partir da ciência e reafirmando-a, os grupos eram classificados. O controle de grupos considerados perigosos socialmente como doentes mentais, prostitutas, alcoólatras e delinquentes juvenis era alvo de exercício de poder do Estado Nacional. Sobre isso, percebe-se que esses apontamentos não ficaram apenas na teoria, havia a prática efetiva de combate e controle a esses males. Uma espécie de continuidades e descontinuidades no interior do saber médico-psiquiátrico. Uma ação conjunta em várias partes do País, para o monitoramento e a resolução dos chamados “problemas sociais”.

Apesar dos questionamentos e das críticas em relação às teorias raciais de vários intelectuais brasileiros a partir do final da década de 1920, fica notório, pelas diversas publicações em jornais e revistas encontrados na década de 1930, que ainda existiam uma resistência e conservadorismo em boa parte dos integrantes das elites médico-psiquiátricas. Além disso, muitas nuances em teóricos de uma mesma corrente podem ser visualizadas, nas quais a reinterpretação das fontes teóricas traz margens que abrangem singularidades muito específicas e individuais na forma de “pensar”, “prevenir”, “tratar” e “curar” o “doente mental”.

Porém, de uma maneira geral, aspectos como casamento, exame pré-nupcial, esterilização dos anormais, alcoolismo e delinquência infantil compunham o quadro das teorias eugênicas defendidas no Brasil. Organizações política-institucional eclodiam e se propagavam para intervir nas condições sociais da população e em seus aspectos peculiares e individuais. Sobre isso, Lilia Schwarcz (1993, p. 79) aponta para a proibição dos casamentos inter-raciais, as restrições aos alcoólatras, epiléticos e alienados:

Transformada em um movimento científico e social vigoroso a partir dos anos de 1880, a eugenia cumpria metas diversas. Como ciência, ela supunha uma nova compreensão das leis da hereditariedade humana, cuja aplicação visava à produção de “nascimentos desejáveis e controlados”; enquanto movimento social preocupava-se em promover casamentos entre determinados grupos e – talvez o mais importante – desencorajar certas uniões nocivas à sociedade.

Como se pode observar, o aumento do interesse à “prevenção de saúde mental” representou uma mudança significativa de paradigmas, quando o indivíduo normal e não doente passou a ser alvo das ações dos psiquiatras, bem como o debate em torno do exame médico pré-nupcial, que se relacionava com o combate à junção de pares com algum “defeito

físico” irremediável ou doenças transmissíveis ao outro cônjuge ou à prole. Assim, pretendia-se maximizar as possibilidades de melhoramento genético. Por sinal, isso pode ser visualizado desde 1928, com as mudanças no estatuto da LBHM. A Liga reformulou os seus estatutos iniciais e alargou o campo de atividades e intervenções preventivas dos psiquiatras no meio escolar, profissional, social e privado. Significava amplo acesso aos setores básicos da sociedade, e, assim, os médicos justificavam as mudanças efetuadas como uma decorrência dos avanços dos estudos médicos e das novas concepções eugênicas (MIRANDA, 2009, p. 315).

Nesse contexto, Elizabeth Meloni Vieira (2002) salienta que esse era o momento da “higienização da família”, baseado no estabelecimento da saúde psíquica e física que garantisse uma prole saudável — função direcionada à mãe e esposa —, em outras palavras, a inserção do controle do corpo das mulheres pela medicina higienista. Para as mulheres da elite, as medidas higienizadoras serviam para formar uma classe dirigente sólida; já para as mulheres pobres, para garantir uma força de trabalho adequada e disciplinada. Esse controle social desempenhado pela higiene durante a urbanização constituiu-se em um marco. Os dispositivos higiênicos estenderam-se dos espaços comuns e públicos à interioridade dos lares em um projeto maior de higienização da família e de seus membros, particularmente das mulheres e das crianças (VIEIRA, 2002, p. 28-30).

Via de regra, o discurso médico propunha a formação de um determinado tipo de indivíduo para o aprimoramento da população e melhoria da raça, passando a existir, juntamente com a perspectiva da higiene pública, a preocupação em produzir indivíduos física e moralmente adequados. Assim, a apropriação do corpo feminino³⁸ pelo saber médico baseava-se na exclusão sobre conhecimentos e escolha do que fazer com o seu corpo pautadas em uma suposta “natureza feminina”.³⁹

³⁸ A apropriação do corpo feminino pelo saber médico foi efetivamente marcada pelo desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, a partir do qual esse saber se ordena e se sistematiza com o nome de obstetrícia. VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

³⁹ A ideia de “natureza feminina” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher — a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Essa determinação biológica servia para justificar plenamente as questões sociais que envolvem o corpo feminino. VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

A mudança qualitativa no discurso, que passa então a disciplinar o corpo feminino, trouxe a necessidade de demonstrar que existia uma “degeneração” de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos, e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre seu próprio corpo⁴⁰, usando a “natureza feminina”, o discurso médico e psiquiátrico eugenista para “explicar a loucura, degeneração moral, criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada como um ser incapaz de autonomia” (VIEIRA, 2002, p. 30). No entanto, esse engajamento na propagação das políticas públicas que atendessem ao problema das doenças físicas, morais e mentais dos indivíduos recebeu maior respaldo a partir de 1931, quando a intensificação dos artigos publicados na revista “*Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*” (ABHM) reafirmava as “vantagens” dos procedimentos esterilizadores, como a vasectomia para os homens e a tubercotomia para as mulheres (MIRANDA, 2009, p. 320).

Essa visão científica encontrou resistência, principalmente dos teólogos da Igreja Católica, que assumiram uma posição ambígua e crítica em relação à interferência científica em pontos considerados de extrema importância, como o casamento, controle de natalidade e aborto. Pregava-se a “regeneração”, “evolução” e “seleção”, mas não pelos mesmos processos e métodos (MIRANDA, 2009, p. 320-322). Dessa forma, a Igreja objetivava o “melhoramento” e a “regeneração” a partir da perspectiva da fé e do poder que detinha juntamente aos seus fiéis.

Com as práticas de cunho assistencialista e moralista dessas políticas, os poderes públicos incrementaram a vigilância e o controle sobre as pessoas que apresentavam “comportamentos desviantes” na sociedade. Dessa forma, mulheres, loucos de rua, mendigos e “xangozeiros” também complementaram o foco e espaço de atuação dessas medidas, sendo, muitas vezes, encaminhados aos manicômios e às prisões a fim de serem afastados do convívio social (MIRANDA, 2014, p. 204).

Nesse sentido, essas ações estratégicas comportavam duas questões principais, sendo elas a possibilidade de “internamento e tratamento aos doentes mentais” e práticas que disciplinassem a imensa quantidade de “degenerados” e fanáticos religiosos que ameaçavam o exercício do Estado, da medicina e da ordem religiosa oficial. Assim, as ações dos serviços de higiene e suas atividades para a disciplina e ordem dos grupos constituíram-se como práticas intensas, tendo em vista a superlotação da maioria dos hospitais psiquiátricos pelo

⁴⁰ A relação de mulheres com o seu corpo e a prática médica-psiquiátrica será analisada com mais amplitude no capítulo 2.

País. Entretanto, para que possamos analisar as ações efetivas a partir dos muros dos hospitais, é imprescindível que entendamos as similitudes e diferenças em torno do debate médico-psiquiátrico localizadas não apenas temporal, mas espacialmente.

1.3 O debate médico-psiquiátrico com a figura de Ulysses Pernambucano no Recife

“Tiveram início ontem, no Hospital Nacional de Psicopatas, os trabalhos de curso de anatomia patológica do sistema nervoso. Estão inscritos no curso os professores Ulysses Pernambucano [...] além de diretores do serviço, docentes e assistentes da Faculdade de Medicina”.⁴¹

Assim começou a publicação do *Diário de Pernambuco*, que trouxe notícias sobre o evento realizado no Hospital Psiquiátrico do Rio de Janeiro com a presença e representação pernambucana nos debates sobre psiquiatria e doenças mentais. As atividades estaduais e nacionais no campo psiquiátrico estavam vinculadas institucional e politicamente apesar de suas divergências. Um grupo seletivo, pertencente à elite econômica e intelectual, ocupando duplo privilégio na sociedade da época, e que, assim, decidia as conveniências, as práticas aceitáveis pelo Estado e selecionava os indivíduos de acordo com a sua capacidade mental e social. Havia, nesse grupo, uma constante troca de conhecimentos para atender às demandas da própria classe médica e das questões de saúde da nação em diversos encontros, cursos, conferências e programas de políticas públicas para garantir o avanço nas discussões e, conseqüentemente, nos espaços.

Segundo Carlos Miranda (2009), o ideal eugênico encontrou espaço aberto em terras pernambucanas a partir do *I Congresso Médico de Pernambuco* em 1909. Apesar de o termo *eugenia* não estar explícito em nenhuma parte da discussão apresentada nessa ocasião, o foco para casamento, família, raça e prole saudável já mostrava o direcionamento e a simpatia com as doutrinas raciais. Desse modo, ao longo das décadas seguintes, a propaganda de políticas de intervenção eugênica, principalmente no meio psiquiátrico, intensificou-se com a medicalização do “degenerado” e a política de prevenção contra anormalidades.

Todavia, essas aproximações não garantiram a unidade em sua totalidade. Diversos intelectuais-médicos, frequentemente, também se inclinavam para a Antropologia do modelo biológico, que dividia e diferenciava os indivíduos não apenas com a questão da raça, mas, sim, com foco nas diferenças culturais sob a ótica evolucionista. Esse modelo conferiu mais

⁴¹ O Curso de Psiquiatria do Professor Jakob. *Diário de Pernambuco*, 09 mai. 1928, p. 01. Hemeroteca Digital Brasileira.

otimismo, na medida em que entendia o progresso como inevitável, universal e obrigatório, uma espécie de escala de evolução, na qual a desigualdade explicaria a hierarquia (SCHWARCZ, 1993, p. 75-78).

Essas oscilações dos grupos intelectuais estavam pautadas em uma “adoção aos modelos deterministas e a reflexão sobre as suas implicações e entre a exaltação de uma modernidade nacional” (SCHWARCZ, 1993, p. 314). Nesse sentido, podemos perceber que havia uma série de apropriações e reutilizações de termos nas diferentes vertentes, que, não necessariamente, por se tratar de “cultura” estariam desvinculados às desigualdades presentes na época. Mas, ao menos, mostra certa abertura e a possibilidade de tratar de temas “mais sensíveis” e/ou “menos deterministas”. Posto isso, como se deu a formulação teórica no caso do Recife?

Em meio a esse debate, Ulysses Pernambucano⁴² (Figura 1) atuava desde 1916 no Recife com programas em diversas áreas do conhecimento científico que permeavam a psiquiatria. Tendo-se diplomado, em 1912, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Quando voltou a Pernambuco, foi nomeado adjunto, substituto e alienista do Hospital no bairro da Tamarineira e realizou trabalhos no asilo entre os anos de 1916 a 1938.

Em 1931, Ulysses Pernambucano foi convidado por Carlos de Lima Cavalcanti⁴³ para liderar e dirigir o Hospital. Com o objetivo de “organizar” e “resolver” os problemas da Assistência a Psicopatas de Pernambuco — que pertencia ao Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, localizado no mesmo prédio no sítio da Tamarineira —, intensificaram-se as reformulações no interior do espaço manicomial, assim como nas ações assistencialistas e fiscalizadoras. Entretanto, essas

Figura 1 - Retrato do Dr. Ulysses Pernambucano



Fonte: ANDRADE, Maria do Carmo. Ulysses Pernambucano. Fundação Joaquim Nabuco (Fundaj), Recife. Disponível em: <http://fundaj.gov.br>. Acesso em: 18 set. 2019.

⁴² Nasceu no dia 6 de fevereiro de 1892, fez sua formação médica no Rio de Janeiro, onde recebeu influência de Juliano Moreira e Ulisses Viana. Prof. Ulysses Pernambucano. **Homenagem de Arquivos de Neuropsiquiatria. Disponível em:** <http://www.polbr.med.br>

⁴³ Tendo assumido o poder no ano de 1930, Carlos de Lima Cavalcanti implementou uma série de reformas com o objetivo de descentralizar as práticas de internações e resolver a superlotação do hospício, como a criação de outros modelos assistenciais, ambulatórios no Recife e colônias agrícolas no interior. (MIRANDA, 2006, p. 66).

demandas haviam sido exploradas desde o início da década de 1920, quando explodiram campanhas reformistas em diversos polos. Em sua jornada, Ulysses Pernambucano nutria inclinações de cunho “culturalista” que vão sendo, progressivamente, executadas e organizadas a partir das reformas educacionais, do sistema penitenciário, dos cultos de matriz africana e do sistema psiquiátrico. Além da prática médica, mostrou-se um grande mobilizador de interesses diversos, articulando-se em várias comissões, organizações estaduais e nacionais e publicando artigos nas principais revistas do País. Ulysses Pernambucano permaneceu ativo em diversos projetos, alguns desses lembrados e reverberados por muito tempo, por exemplo, a criação da primeira escola para crianças excepcionais do País e a fundação do Instituto de Psicologia (MEDEIROS, 1990, p. 15-16).

Podemos observar que o interesse pela educação confirmou a preocupação assistencialista e social das suas práticas. Era na questão da educação e instrução que o berço das mudanças sociais poderia se instalar. Do ponto de vista da educação em geral, enquanto ocupou o cargo de Diretor da Escola Normal e do Ginásio Pernambucano, entre os anos de 1923 a 1927, destinou-se, especialmente, à preparação das professoras primárias, a reformas administrativas e pedagógicas e à atenção aos secundaristas. Além disso, encaminhou diversos estudos estatísticos e soluções para os principais problemas referentes à instrução⁴⁴.

Nesse sentido, era preciso, primeiramente, dar visibilidade e agilizar as reformas educacionais para compor o quadro de “ação pedagógica” no campo da psiquiatria. José Lucena (1978) coloca que a amplitude de interesses e conhecimentos complementares possibilitou a formulação da Psiquiatria Social, modelo defendido por Ulysses Pernambucano, que se diferenciava do tradicional por conta do apelo e da preocupação preventiva frente à comunidade para uma integração multidisciplinar.

Assim, um aspecto importante a ser analisado são as sucessíveis questões em torno da vivência e estrutura hospitalar. Nesse caso, as reformas baseavam-se na precariedade da infraestrutura dos hospitais, dos métodos de isolamento nos calabouços e dos materiais médicos e cirúrgicos. As dificuldades para a estruturação e efetivação das reformas acompanharam toda a década de 1920. Com efeito, ocorreu a luta pela reformulação dessas bases, que foram organizadas nos volumes do livro de Amaury de Medeiros, no qual ele relata que diversas pessoas, incluindo Ulysses Pernambucano e Arsênio Tavares,

⁴⁴ Sobre a reforma educacional mobilizada por Ulysses Pernambucano, ver: LUCENA, José. Ulysses Pernambucano e sua escola de psiquiatria social. In: **Ciclo de Estudos sobre Ulisses Pernambucano**, p. 145-175, Recife: Academia Pernambucana de Medicina, 1978.

participaram da campanha de 1921. Sobre a questão hospitalar, Amaury de Medeiros afirmava categoricamente: “Foi uma época romântica, Ulysses a pedir o fechamento dos calabouços, Arsênio a reclamar das alternativas e material cirúrgicos”⁴⁵.

Esses comentários realizados pelo médico Amaury de Medeiros⁴⁶ podem revelar que, ao longo dos anos, mesmo com avanços, a busca pelas reformas era visualizada com um “tom romântico”, já que, naquele momento, ainda não teriam sido efetivadas as reformas necessárias e não apresentavam previsões positivas em curto prazo. Inclusive, em 1925, ano da sua visita ao Hospital e da Inauguração do Pavilhão de Observação (Figura 2), tais desafios ainda se faziam presentes, configurando o estado de calamidade com que se encontravam as dependências do Hospital. Porém, logo no começo dos

Figura 2 – Amaury de Medeiros discursando para as autoridades do Estado na inauguração do Pavilhão de Observação do Hospital de Alienados na Tamarineira.



Fonte: Revista de Pernambuco, ed. 9, p.18. Recife.

anos 1930, Ulysses colocou em funcionamento a prática de assistência psiquiátrica semelhante à já executada por Juliano Moreira, que foi o seu mentor na época dos estudos na academia carioca. Em consonância com a sua campanha anterior, Ulysses Pernambucano promoveu o fim dos calabouços e realizou uma importante reforma nas instalações físicas do prédio do Hospital. Seguindo esse modelo, a nova estrutura psiquiátrica contou com a reforma do Hospital de Alienados na Tamarineira e a criação da Colônia Agrícola de Barreiros, Manicômio Judiciário e programas de Higiene Mental. Esse programa de reformas configurava-se em serviço para doentes mentais alienados e não alienados. Assim, com a nova estrutura psiquiátrica, novas práticas disciplinadoras e medidas preventivas foram sistematizadas dentro e fora do hospício (MIRANDA, 2006, p. 64-65).

Nesse sentido, Carlos Miranda (2016) ressalta que a presença das influências da psiquiatria alemã, principalmente com o pensamento sistemático da linha Kraepeliniana, pode ser visualizada com as reformas realizadas por Juliano Moreira, Ulysses Pernambucano

⁴⁵ Um livro de Amaury de Medeiros. **Diário de Pernambuco**, 09 nov. 1928, p. 03. Hemeroteca Digital Brasileira.

⁴⁶ Amaury de Medeiros, diretor do Departamento de Saúde de Pernambuco em 1923, também já carregava em sua bagagem o envio de um projeto à Comissão de Finanças da Câmara, solicitando a transferência da responsabilidade com os encargos da administração do hospício para o Estado (MIRANDA, 2016, p. 61).

e outros discípulos espalhados no Brasil. Esse campo teórico abriu margem para as reformas estruturais, pesquisas e novas tecnologias, além de uma maior relação da figura do médico com o Estado, a família e a escola, pois, a partir desse pensamento, houve uma ruptura com os postulados de tradições francesas por meio da releitura da “loucura”, haja vista que o discurso crucial de viés alemão estava baseado no alargamento da “medicalização” dos pacientes ao mesmo tempo que estabelecia relações com a comunidade de maneira sistemática.

Podemos compreender como essas questões foram reintegradas ao cotidiano asilar com “os diferentes destinos aos pacientes agudos e crônicos, bem como estratégias terapêuticas de curta e longa duração” (BIRMAN, 2010, p. 354), isto é, esses programas assistenciais integrados com a família e sociedade em geral germinavam e cresciam nas práticas dos internamentos, diagnósticos e tratamentos. A propósito, a importância do processo teórico e prático nas reformas empreendidas pelo Dr. Ulysses e sua equipe de colaboradores também pode ser percebida quando visualizamos os trabalhos realizados pelo Serviço de Higiene Mental (SHM), uma vez que não estavam apenas ligadas ao combate às causas das doenças mentais, mas também vinculadas à propagação da educação neuropsiquiátrica, na organização de estatísticas dos diferentes serviços, no serviço social, na assistência científica, educativa e organização de modelos de observação e perfil psicológico (MIRANDA, 2006, p. 82-83).

Essas ações mostravam que o Serviço de Higiene Mental e, logo depois, a Liga de Higiene Mental de Pernambuco se afastaram parcialmente do eugenismo radical propagado pela Liga nacional (MIRANDA, 2006, p. 83-84). Nesse sentido, a divergência de orientação ideológica permeava a inclusão de outros serviços e sistemas que não apenas as práticas e os discursos eugênicos. Aliás, em muitos momentos, o caráter “conciliatório” dos serviços realizados nas visitas e nos acompanhamentos dos pacientes em Pernambuco abriu o campo de interpretações da prática médica no Estado.

Um exemplo disso foi o acordo realizado, em 1932, entre a Segurança Pública e o Serviço de Higiene Mental sobre as políticas públicas para os cultos de raiz africana⁴⁷. A partir desse período, o funcionamento dos terreiros e dos centros espíritas recebe a

⁴⁷ Anteriormente, as práticas de religiosidades africanas estavam subordinadas apenas à polícia, que, por muitas vezes, usou a violência para fechar os locais de culto e prender seus praticantes e materiais encontrados. Para mais informações sobre o estudo das religiões e a abordagem do Serviço de Higiene Mental em Pernambuco, consultar: DOMINGUES, Thais de Aguiar Leal; CAMPOS, Roberta Bivar Carneiro. **Ulysses Pernambucano e o Serviço de Higiene Mental: A institucionalização da antropologia em Pernambuco**. Recife: XXII CONIC, 2012.

interferência da psiquiatria representada pelo SHM com o estabelecimento de um exame mental e a polícia passa a não interferir nos cultos que fossem previamente agendados (GIUMBELLI, 1997, p. 39). Para além da questão racial e do discurso em torno das teorias de branqueamento que se propagavam anteriormente, foram disponibilizadas alternativas de viés mais assistencialista, tendo em vista a possibilidade de realização de diferentes expressões religiosas, que, por sua vez, estavam vinculadas às práticas pertencentes aos negros.

Esse viés recebeu ampla margem com a tendência de exaltação da mistura racial pregada por Gilberto Freyre, o que talvez também possa ser explicado pela sua relação de parentesco com Ulysses Pernambucano. Contudo, as práticas religiosas não deixaram de receber a vigilância do Estado; o órgão fiscalizador passou a ter vínculo com a psiquiatria, e isso representou um ganho no sentido de não ser considerado crime, mas, ainda assim, esses indivíduos receberam o controle sobre suas ações e seu corpo. Ou seja, é notória a quebra de paradigmas de um projeto “inovador” para a sua época, principalmente se lembrarmos das tendências nazifascistas que começavam a formar adeptos após a I Guerra Mundial ao redor do mundo, mas também muito desse “caráter” não pode ser visualizado ingenuamente, já que essas ações faziam sentido para a consolidação dos psiquiatras no “jogo dos discursos e verdades” sobre a “loucura”.

Para fugir do maniqueísmo nesse momento, precisamos pontuar que, mesmo com o clima de ganhos, a parte interna dos hospícios formava uma realidade contraditória aos postulados teóricos e às práticas assistencialistas. A relação com as pessoas, as ruas e os hospícios não acompanhou o ritmo dos debates e embates intelectuais. Formou-se um esquema próprio que se adaptava às urgências do dia, à disciplina asilar e aos problemas estruturais, políticos e administrativos.

Além disso, é importante pontuar que essas correntes se sobrepõem, mas não se excluem. No campo teórico, essa maleabilidade fez sentido para a hegemonia da categoria médica, que, sendo assim, recebeu o poder exclusivo de identificar, nomear, tratar e “curar” (CUNHA, 1986, p. 110). O momento de ruptura da psiquiatria brasileira com as concepções de seus fundadores marca as décadas de 1920 e 1930, e, a partir disso, a medicina mental concentrou os seus esforços na perspectiva preventiva da higiene mental, porém os hospícios mantinham-se permanentes e superlotados.

A partir dessa visão geral, as particularidades mais sensíveis podem ser discutidas. A estruturação do projeto teórico para a prática dos hospícios foi acompanhada de

permanências e contradições. Dessa forma, para entender os objetivos e as intenções, as normas e rotinas e, conseqüentemente, os jogos e interesses, não basta saber apenas o caminho intelectual, mas, sim, concomitantemente, as criações de espaços para a reclusão ao longo dos anos, assim como as várias denúncias referentes às condições de vida dos internos, a higiene dos locais, a violência das práticas repressivas, a alimentação deficiente, a falta de funcionários e a precariedade das instalações.

1.4 “O debate na prática”: o caso do Hospital de Alienados na Tamarineira

Os sentidos e significados para o tratamento psiquiátrico ganharam diversas modificações ao longo do tempo⁴⁸. As inovações no campo da psiquiatria estavam diretamente relacionadas com o objetivo de transformar a loucura em objeto de conhecimento e intervenção exclusivo dos médicos (ENGEL, 2001, p. 118). Nas tentativas para decifrar a loucura, a sociedade burguesa não apenas buscou entendê-la, mas também tratou de aprisionar, anular e transformar em objeto de saber.

Com o monopólio do saber nas mãos do discurso médico, as cidades reorganizaram-se a partir da preocupação com as doenças físicas e mentais. Nesse sentido, as intervenções reformistas, para além da intelectualidade na cidade do Recife, acompanharam esse reordenamento de significados sociais, de estruturas e paisagens dos grandes centros urbanos. O Higienismo enquanto prática urbanística atentou para a reconfiguração e expansão urbana com forte apelo estético e higiênico. Entre as duas primeiras décadas do século passado, a cidade do Recife passou por um amplo processo de construções e reformas que compreendeu uma remodelação completa do Bairro do Recife (MOREIRA, 1992, p. 187).

Além da questão estética, a prática da higienização tornou-se primordial no discurso reformista para dominar os perigos e eliminar o pânico que permeavam o cotidiano da cidade. As medidas higienizadoras e sanitaristas eram realizadas por meio das moradias e da circulação do ar, da água e de pessoas⁴⁹. Um projeto que colocava a doença, a promiscuidade, o perigo e a indisciplina como problemas a serem solucionados a partir da regulação das moradias dos mais pobres, da intervenção nos bairros e nas zonas, como também a drenagem

⁴⁸ A loucura na Idade média estava vinculada ao cotidiano, a uma questão divina, apenas os casos mais extremos sofriam segregação social. No século XVIII, a loucura passa a ser vista como enfermidade. (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003, p. 786).

⁴⁹ Por exemplo, as inúmeras vilas operárias que serviam para mascarar o controle político em relação ao trabalhador, com a estratégia do conforto durante a década de 30. MOREIRA, Fernando Diniz. **O Higienismo enquanto prática urbanística: O exemplo do Recife no início do século**. Recife, 1992.

da água, evacuação de dejetos, saneamento, sistemas de esgoto, fornecimento de água, canalização dos rios e vacinação obrigatória.

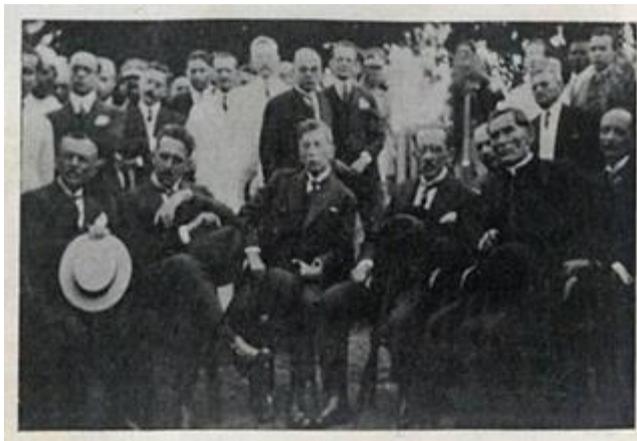
Segundo Fernando Moreira (1992), a cidade estava configurada como um corpo doente e, assim, foi projetada com o intuito de se diagnosticar e extirpar o mal. Higienizar o espaço urbano significava empreender uma grande operação em toda a cidade com intervenções bastante amplas — que concedem originalidade à nova lógica de salubridade —, uma concepção globalizante de cidade que implicava no relacionamento desta com o corpo humano. Essas relações, estimuladas pelas recentes descobertas da medicina, como a circulação sanguínea, determinaram, inclusive, a assimilação de vários termos médicos à nomenclatura do planejamento urbano.

Entretanto, essas políticas públicas não atenderam suficientemente e do mesmo modo as diferentes camadas sociais. As atividades econômicas, profissionais e urbanísticas chegaram com ritmo lento e não quebraram estruturas hierárquicas desiguais. “O Recife mudava lentamente sem, no entanto, transformar as estruturas sociais” (ANDRADE, 1997, p. 309), principalmente, se contarmos que parte da população vivia em mocambos — habitações rústicas e anti-higiênicas que corroboraram para a morte prematura de uma parcela significativa (NASCIMENTO, 2018).

Essa situação tornava-se ainda mais problemática porque as políticas públicas não contemplavam nem avaliavam algumas questões, como desníveis na distribuição de riquezas, exploração do trabalho e dependência financeira de países do exterior. Dessa maneira, a parcela da população que sobrevivia continuava “analfabeta, mal alimentada e não estava totalmente incluída na lógica das práticas do poder público” (NASCIMENTO, 2016, p. 37). Isso significa que o projeto de desenvolvimento moral e científico na cidade do Recife objetivava a composição de corpos conversíveis e economicamente rentáveis, e não necessariamente resolvia os principais problemas enfrentados pelas camadas mais pobres.

Além disso, na busca por correção parcial dos “defeitos” desse grupo e do “perigo” que ele representava ao projeto “modernizante e civilizatório” do Estado, as mulheres negras foram alvos de “dupla imposição” e intervenções duras, uma vez que, nas primeiras décadas da República, também se reverberaram significativamente “os contornos racistas da política imigrantista com a adoção de teorias racialistas que postulavam a

Figura 3 – Sérgio Loreto, governador de Pernambuco, discursando no Hospital de Alienados na Tamarineira em 1925.



Fonte: Revista de Pernambuco, ed. 9, p.18. Recife.

inferioridade de povos não brancos” (NEPOMUCENO, 2013, p. 304). Como um reflexo dessa sociedade, podemos observar situação semelhante no interior dos hospitais psiquiátricos, a exemplo do que aconteceu com o Hospício de Alienados, que passou a ser chamado de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais somente a partir de 1924 e, mais tarde, nomeado Hospital de Alienados, atravessando diversos problemas de ordem concreta desde a sua fundação⁵⁰. A partir do regime republicano, a direção foi entregue a freiras italianas, que promoveram uma mudança no quadro de funcionários. Por sinal, o estabelecimento continuou enfrentando sérias dificuldades com o número reduzido de médicos que, até então, não gozavam de autoridade em relação às freiras, às péssimas condições de higiene e aos espaços amontoados de crianças, adultos e portadores de doenças infectocontagiosas (MIRANDA, 2016, p. 60).

No Recife, a junta da Santa Casa de Misericórdia respondeu e tomou as decisões político-administrativas do Hospício até o ano de 1921. Somente 28 anos após a inauguração do prédio, o Dr. Alcides Codeceira, primeiro catedrático da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Recife, recebeu a direção do sistema manicomial. Assim, apesar de algumas inovações e reformas realizadas ao longo dos anos de 1920, as instalações ainda se encontravam em estado precário, contando com tratamentos ineficazes, desprovidas de elementos necessários às pesquisas científicas, apresentando condições insalubres e com um corpo de enfermeiros reduzido, truculentos e pouco habilitados (COELHO FILHO, 1983, p.

⁵⁰ Vários problemas na construção do prédio ocasionaram a sua inauguração com obras inacabadas em 1883, assim como pacientes transferidos do Hospício de Recife, Olinda, do interior pernambucano e outros estados do Nordeste provocaram superlotação e várias crises (MIRANDA, 2016, p. 58).

60-68). Em meio a tais circunstâncias, verificamos que, apesar das campanhas e realizações reformistas nas questões da área médica por todo o Estado — especialmente a partir do governo Sérgio Loreto de 1922 a 1926⁵¹ —, o cenário no interior do Hospital de Alienados na Tamarineira ainda aparentava ter problemas graves, pois, ao mesmo tempo que esse discurso se fundamentava, em termos práticos havia o aumento da população interna aliada a uma “estrutura deficiente” (Figura 3).

Em relação ao Hospital de Alienados em Pernambuco, Heronides Coelho Filho (1983) explica que a passagem do Hospício para as mãos do Estado se caracterizou como uma mudança radical de atitude para com os pacientes e as “doenças mentais”, pois estavam em jogo tanto a instalação da própria Faculdade de Medicina como a transformação do local em campo de estudos e observações. Dessa maneira, essas transformações atendiam, em maior grau, aos interesses da classe médica, que assinalava a partir de então uma “vitória” na luta pela hegemonia da categoria.

Nesse sentido, os médicos foram coadjuvantes no processo histórico que levou à criação dos hospícios. A transformação do espaço do hospício em espaço de exercício do saber médico e, mais ainda, de um ramo da medicina especializado foi um processo lento (WADI, 2006, p. 66). Nesse ínterim, o contingente quase que exclusivo era formado por pessoas pobres, logo, para cumprir a “função segregadora” do hospício, o isolamento e a vigilância tornaram-se princípios primordiais no tratamento e na segurança dos alienados. A condição de excluir o alienado da sociedade implicava a possibilidade de reinserção futura, depois de sua reabilitação por meio do tratamento oferecido pelo hospício, sob o olhar do psiquiatra. Entretanto, “os efeitos colaterais” faziam-se presentes em um cotidiano problemático (MOSTAZO e KIRSCHBAUM, 2003, p. 787).

No campo prático do hospício, a fala do médico não se utilizava do saber generalizante da ciência, mas na sua aplicação específica, em seus desdobramentos, nas implicações e contradições, inclusive, muitas vezes, ao delegar poderes arbitrários aos enfermeiros do pavilhão, os médicos isentavam-se da posição de ter que tomar decisões referentes aos internos e, assim, conservarem sua respeitabilidade intacta. Segundo Maria

⁵¹ Tendo em vista que, a partir desse governo, foram intensificadas as políticas reformistas em diversas áreas, ou seja, reorganizaram os serviços de educação, higiene, saúde pública e assistência com objetivo de resolver o “perigo” e acabar com a presença de mendigos, vadios e meretrizes nas ruas, assim como as habitações que representavam ameaças à saúde. Por esses motivos, diversos médicos assumiram departamentos com o apoio e patrocínio do Estado. Sobre isso: NASCIMENTO, Bruno N. do. **Entre a “Mendigópolis” e o “Recife Novo”: reforma urbana, higiene e políticas de saúde para as mulheres no governo de Sergio Loreto em Pernambuco, 1922 – 1926.** Dissertação (Mestrado em História), Recife, UFRPE, 2016.

Clementina Pereira Cunha (1986), é possível definir dois grupos de internos que retroalimentavam a dinâmica dos internamentos na maioria dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Os casos mais difíceis pela opinião médica, que se encaixavam em uma loucura quase imperceptível, estavam pautados na insubmissão e na rebeldia aos trâmites sociais; e o segundo grupo era constituído por aqueles que, realmente, apresentavam um quadro clínico de problemas orgânicos.

Em suas diferenças, ambos “perturbavam” a ordem, ou seja, a problemática entre esses grupos consiste nos tons de homogeneidade empregados pela própria rotina dos hospícios, independentemente das origens das suas enfermidades e dos distúrbios. Nesse sentido, os hospícios representaram a construção institucional de um aparato físico, sobretudo para combater a “degeneração moral” (CUNHA, 1986). Podemos perceber essa problemática no caso do Hospital de Alienados na Tamarineira, já que a tentativa para resolver o problema dos alienados com um melhor aparelhamento do Hospital e a utilização de novas técnicas terapêuticas não foram suficientes para transformar a operação e dinâmica hospitalar. Ainda nos anos de 1930, Ulysses Pernambucano colocou em prática um modelo de assistência psiquiátrica que estava pautada em diversos programas, inclusive na criação de uma Colônia Agrícola para tratar e devolver o paciente como cidadão “útil” à sociedade, porém consistiu somente em uma tentativa para resolver o problema da grande quantidade de pacientes indigentes que superlotavam os hospícios.

A colônia de Barreiro foi inaugurada em novembro de 1931⁵². O Serviço de Assistência Hetero-Familiar estava vinculado a esse programa com a finalidade de entregar as famílias que preenchessem condições de “moralidade e bons costumes” vigentes na época. Nessa colônia, as famílias dos pacientes considerados calmos recebiam remuneração do Estado, e eles passavam por uma fiscalização e contavam com visitas periódicas.⁵³ Nesse sentido, a loucura ou a saúde do paciente era medida de acordo com a preservação da família, que envolve um discurso moral, no qual se reproduziram estereótipos sociais e de relações de gênero⁵⁴ ao mesmo tempo que tentou solucionar o exagero populacional nos hospícios. Contudo, “o hospital com capacidade para concentrar 300 pacientes apresentou superlotação com estimativa de 1.133 internos no ano de 1931” (MIRANDA, 2006, p. 66). Ou seja, apesar

⁵² No dia 12 de novembro de 1931, a Colônia de Barreiro foi inaugurada com a transferência de 68 pacientes do Hospital de Alienados.

⁵³ A Assistência fiscalizava a vida do paciente e das famílias responsáveis pela guarda de acordo com o regulamento do Serviço de Higiene Mental. Todas as mulheres internas da Colônia estiveram inseridas nesse modelo Hetero-Familiar (MIRANDA, 2006, p.68).

⁵⁴ Tema será abordado com mais detalhes no capítulo 2.

desse aparato, faltava quase tudo no Hospital — verbas, medicamentos eficientes, enfermarias higienizadas e pessoal qualificado. A propagação de doenças infecciosas era comum, e o número alto de mortes entre os pacientes integrava o histórico de problemas.

Fica evidente a elevação dos casos de violência e do índice de mortalidade entre os próprios internos, a existência de poucos enfermeiros e, ainda assim, mal preparados para ocupar cargo, a superlotação das enfermarias que se apresentavam sem as menores condições de higiene, banheiros sujos e em condições de extrema precariedade, além da falta de medicações eficazes, o que facilitava a propagação rápida de doenças infecto-contagiosas (MIRANDA, 2010, p. 72).

No espaço precário dessas instalações, a violência asilar mostrou seu lado mais radical. A maioria das pessoas que entravam nos hospícios não recebia alta, mas, sim, o seu laudo de morte. Essa situação coloca, em evidência, características vistas em vários hospitais do Brasil, incluindo o Hospital de Alienados, que, por sua vez, recebia manifestações contínuas referentes aos tratamentos, à estrutura hospitalar e à falta de verbas. Sobre esses graves problemas no interior do sistema manicomial, o *Jornal do Commercio* publicou em 30 de setembro de 1934 uma página inteira voltada para a análise da conjuntura dos manicômios naquele momento endereçada ao Professor Ulysses Pernambucano, diretor-geral da assistência a psicopatas. Nessa publicação, estavam expostos o resumo do Ernani Lopes, psiquiatra argentino que trabalhava no Recife, e algumas considerações sobre o trabalho, como forma de tratamento aos pacientes, dados sobre os gastos da manutenção desses manicômios e o peso na economia. Alegava-se que:

Ora, não nos parece que nenhuma dessas razões justifique o fato, a obstinação do especialista em adotar tão somente processos empíricos na prática do trabalho-tratamento [...] Embora os ensaios no referido manicômio nacional não tiveram atingido a generalização desejável.⁵⁵

Para o médico argentino, gastava-se muito com medidas ineficazes. Essa crítica ao modo de tratamento com apoio no discurso econômico ganhava força em tons de apelo para que houvesse as mudanças no cotidiano dos internados com base em outras experiências testadas. O *Jornal do Commercio*, com o seu histórico de interesses, ganhos e relações com o cenário político, faz-nos atentar para as possíveis razões de críticas tão direcionadas e, por

⁵⁵ O Trabalho dos Alienados na Assistência a psicopatas de Pernambuco. *Jornal do Commercio*, 30 de set. 1934, p.15. Arquivo Público Estadual.

vezes, duras ao direcionamento das ações em relação à psiquiatria em Pernambuco. Talvez o viés econômico da crítica acima tenha mascarado o estabelecimento e afrouxamento dos métodos advindos das reformas e os seus gastos reverberados na saúde pública e, conseqüentemente, no bolso dos contribuintes. Nesse aspecto, formava-se não apenas uma crítica médica, mas também social e política.

Outro ponto relevante na opinião do médico argentino Ernani Lopes consiste na preocupação comum à grande parte da intelectualidade latino-americana no progresso e na modernização de seus países. Entretanto, para alcançá-lo, as soluções eram diversas. Com folga, a receita mais utilizada era a imitação do modelo civilizatório europeu. Nesse sentido, as diferentes correntes propagadas para explicar e tratar a loucura no momento em que se tentou legitimar a categoria médica podem revelar que esse saber ainda se encontrava cindido.

Assim, Lopes acrescenta um “modelo ideal” testado por outros médicos psiquiatras. Segundo ele, o problema da crise econômica e médica no hospício poderia ser resolvido com o trabalho; a laborterapia atenderia a uma parte das demandas financeiras, bem como ajudaria a acalmar os nervos agitados. Em outras palavras, esse pensamento de apoio à terapêutica do trabalho também estava alinhado à “transformação” das instituições manicomiais em “verdadeiras empresas agrícolas” (WADI, 2011, p. 253).

Esse argumento corrobora com o momento de incorporação das colônias agrícolas a rede de serviços complementares aos hospitais psiquiátricos, porém, apesar das propostas de “recuperação”, as colônias continuaram com a mesma função de exclusão dos hospitais e, não raro, com a propagação do “trabalho como meio e fim do tratamento” (FONTE, 2012, p. 04). Em outras palavras, havia um ambiente político e ideológico propício para o florescimento dos mesmos valores da sociedade onde se criava, e, seguindo esse raciocínio, o médico frisou em seu depoimento quem era os “doentes” que poderiam se “beneficiar” desse tratamento, nesse caso, as mulheres. E, portanto, continuou:

Tratava-se justamente de doentes (mulheres) das quais parecia possível obter outra espécie de atividade senão as tarefas rurais mais simples, e foram elas escolhidas para trabalhar na horta de estabelecimento. Pois bem, ali mesmo, nessa modalidade de trabalho elementar e singelo como poucos, soube o Dr. Caldas atuar com admirável senso de organização, começando a fazer números com placas todos os canteiros e mandando após distribuir as várias tarefas entre as suas doentes.⁵⁶

⁵⁶ **Idem.**

O destaque na fala do médico, com a especificidade dos internamentos para as mulheres, corrobora os levantamentos dos livros dos prontuários no final da década de 1920 e início da década de 1930. O número de mulheres internadas foi superior ao de homens no hospício do Recife, e isso talvez explique a construção do novo pavilhão destinado às mulheres com 140 leitos durante a reforma realizada por Ulysses Pernambucano⁵⁷. É sob esse ponto de vista que Yonissa Wadi (2006) revela que “no decorrer do século XX, as mulheres ocupam gradativamente a maioria dos leitos psiquiátricos e maioria dos pacientes das clínicas particulares” (WADI, 2006, p. 68).

Em consonância com esse pensamento de que a loucura estava diretamente relacionada ao feminino, Cunha (1989) salienta que a loucura nas mulheres a partir das interpretações do século XX aparece como mais transgressiva do que nos homens, uma vez que, neles, manifestava-se na quebra de expectativa em relação ao espaço público e no não desenvolvimento das atividades de trabalhador ou cidadão. Já nas mulheres, a loucura manifestava-se na esfera privada e estava vinculada às questões do corpo, da sexualidade e da família⁵⁸. Quer dizer, a saúde mental delas estava ligada à perspectiva de submissão feminina, e esperava-se que elas conservassem as “eternas qualidades femininas” de recato e simplicidade.

As mulheres que não adquiriam os moldes da inferioridade feminina baseada no desempenho como mãe e esposa eram submetidas às humilhações da vida asilar. Desse modo, aquelas que transmitiam a possibilidade e o desejo de emancipação social, econômica e até sexual eram encaradas como imorais e estereotipadas como mulheres briguentas, feias, velhas e loucas (BESSE, 1999). Por outro lado, as mulheres casadas e mães, frequentemente, ocupavam os asilos. Elas, muitas vezes vivendo situações reais de opressão como esposas e/ou amantes, recebiam a ótica da psiquiatria para os seus possíveis ciúmes e atos de rebeldia. Inclusive, muitas eram internadas por suas próprias famílias, que encontraram no espaço manicomial o lugar para depositar pessoas “difíceis” de lidar e conviver.

O rompimento das estruturas de sustentação da família servia de justificativa para os discursos médicos, dotados de “moral e bons costumes”. Todos aqueles espaços e pessoas

⁵⁷ Além de outras medidas para “descongestionar” o Hospital, como: O Serviço Aberto com um ambulatório e o pequeno Hospital Correia Picanço. COELHO FILHO, 1983, p. 124-125.

⁵⁸ A autora salienta que a análise da loucura nesse asilo se estabelece a partir do campo da História. As diferenças discutidas aqui não recebem a interferência do campo da clínica psiquiátrica. CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo**. Juquery, a história de um asilo. São Paulo: Paz e Terra, 1986).

que se distanciavam do “ideal”, seja ele na esfera pública ou privada, eram passíveis de reordenação e manipulação para estabelecer a ordem. Nesse sentido, a loucura ficou diretamente ligada às mulheres, como uma espécie de doença “tipicamente feminina”. Assim, o discurso científico definiu grupos e categorias de mulheres que ofereciam perigo social e que deveriam ser contidas. Já que as mulheres formavam o maior contingente populacional nos hospícios, no caso do Hospital de Alienados na Tamarineira, quais são esses grupos de mulheres e por que eram internadas?

As experiências da vida asilar podem ser percebidas a partir dos prontuários médicos, principalmente a partir da década de 1920, pois, nesse momento, já eram bem mais detalhados, incluindo um serviço de fotografia anexado aos prontuários. Sobre isso, é importante ressaltar que, apesar dos esforços para o silenciamento das vozes dos internados, os registros dos prontuários médicos liberam, ao menos em parte, trechos das falas e experiências. Assim, os processos de internamentos são, principalmente, pessoais e intransferíveis.

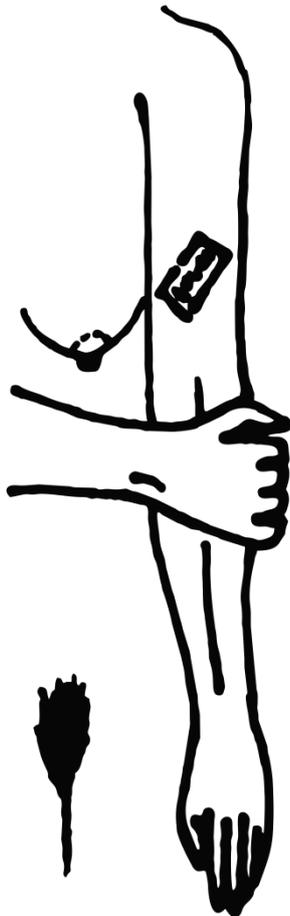
Essas experiências e os significados dos internamentos e diagnósticos, para além dos modelos científicos e intelectuais da “doença”, evidenciam um emaranhado histórico e social que moldam as diferenças percebidas na construção da loucura entre camadas sociais e nas relações entre homens e mulheres. Além disso, para as mulheres internadas, a miséria, a opressão, a dominação por mais reais que sejam não bastam para contar a sua história. Elas estão presentes, elas se afirmam por outras palavras, outros gestos, outras faíscas. “Elas traçam um caminho que é preciso reencontrar, outra história” (PERROT, 1988, p. 185). Na construção dessas histórias, a investigação dos fragmentos e relatos das mulheres que viveram as experiências manicomiais, consideradas ou não “loucas”, “doentes mentais”, “delirantes” e “alienadas”, significa de diversas formas dar voz a esses sujeitos esquecidos nos pavilhões médicos. Mulheres “desalinhadas” e que pouco puderam falar de si.

Capítulo 2

Experiências femininas: mulheres internadas e seus diagnósticos no Hospital de Alienados

“É assim que eu me sinto: pálida, desanimada, diluída. Sinto-me transparente [...] até se eu cantar me preocupa, fomos advertidas para não parecer muito contentes.”

Margareth Atwood⁵⁹



⁵⁹ ATWOOD, Margareth Eleanor. **O conto da aia**. Rio de Janeiro: Rocco, 2017.

2.1 O panorama geral de internamentos femininos no Hospital de Alienados na Tamarineira

No interior da instituição psiquiátrica, convivem “loucas” de todos os tipos. No uso cotidiano do hospício, os prontuários e registros que espelham a construção dos diagnósticos estão relacionados com diferentes concepções sobre a natureza e origem da doença que se complementam, já que não se excluem pelas incompatibilidades. Nesse sentido, comportam desde as “afecções agudas ou crônicas”, como a epilepsia e demência, às variantes do delírio e, até mesmo, a “loucura moral” ou a “fraqueza de espírito”. Assim, podemos perceber um termo escorregadio referente aos episódios que englobam a loucura, pois, nesse momento, a loucura é invisível aos olhos leigos e recebeu a atenção especializada, ou seja, foram introduzidos novos personagens aos quais se confere perigo, mas que só é possível identificação sob o olhar atento do psiquiatra, como uma espécie de “exclusiva competência médica face ao indivíduo diferente” (CUNHA, 1986, p. 111).

Em meio a esse cenário, as mulheres destacavam-se como objeto de grande interesse para a medicina nacional e, conseqüentemente, para a construção de um país como nação civilizada. Segundo Cristiana Facchinetti (2008), os prontuários médicos levantam questões relacionadas à “nova configuração fisioanatômica da mulher” e suas redefinições de predisposições no caso do Rio de Janeiro.⁶⁰ As práticas formadas pelo saber médico apontavam o corpo feminino como mais predisposto a sofrer abalos mentais e morais em decorrência de uma “fraqueza natural”, seja por sua natureza, seja por seu “inadequado processo civilizatório” — identificadas com sinais de comportamento primitivo e selvagem.

A autora ainda atenta para a visão difundida de transformação dessa fragilidade em saúde, já que suas doenças teriam origem na resistência a assumir a sua natureza frágil, delicada e maternal. Logo, a partir dos internamentos, as doenças femininas passaram a representar uma espécie de denúncia, já que o corpo da mulher comprovava, supostamente, “práticas ilícitas ou anormais, contrárias a sua ‘natureza passiva’ e a sua capacidade de ceder movimentos da natureza, sem a eles se opor” (FACCHINETTI, 2008, p. 08). Para o saber médico, essa “natureza feminina” fazia com que as mulheres carecessem de maior controle para garantir sua normalidade, o que significava desempenhar a função exemplar de mãe e esposa.

⁶⁰ FACCHINETTI, Cristiana. *As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939)*. Rio de Janeiro, 2008.

Dessa forma, a medicina mental também se encarregou de ocupar o espaço de disciplinarização dos indivíduos que “não se temia a agressão, o delírio, o desatino, mas a insubmissão, a rebeldia, a extravagância” (CUNHA, 1986, p. 112). Aliás, a presença da “loucura comum” reforçou a presença das “loucas mais sutis e invisíveis” no sentido de que a própria rotina da instituição asilar produziu semelhanças e as tornou “homogeneizadas” em seus rostos e corpos.

A partir dos retratos anexados aos prontuários do Hospital de Alienados na Tamarineira, os rostos aparentavam a tristeza de olhares distantes, lábios cerrados, cabelos despenteados, ombros curvos e desalinhados e a impossibilidade de apresentar sorrisos, já que estes poderiam indicar muito contentamento e a negação da “realidade” ou problema; por outro lado, a falta deles poderia formular o mau humor presente na melancolia, quadros depressivos e, em outros casos, a alteração ou volubilidade entre os estados do humor, conceberia o “modo desproporcional” presente na “loucura”. Assim, o contingente populacional dos indivíduos acometidos por “afecções agudas ou crônicas” confirmou a existência da natureza orgânica da loucura, de modo que justificou o internamento compulsório, ainda que medicalizado, dos indivíduos que poderiam se encontrar na fase inicial, quase imperceptível; e, aparentemente, mesclou todos os grupos.

Entretanto, existiam algumas diferenças entre as internas. As identificadas com “loucura mais sutil” ou “loucura moral” eram a parte minoritária de pensionistas — pessoas com famílias estruturadas economicamente e com níveis razoáveis de instrução — que recebia seus diagnósticos com base em comportamentos sociais específicos, porém com o julgamento e raciocínio inalterado. Geralmente, esses internamentos davam-se por conta de disputas de bens, vícios e vida sexual “irregular ou promíscua” (CUNHA, 1986). Apesar do número baixo no quantitativo de mulheres de classe média e alta no Hospital de Alienados, podemos notar que a existência do grupo de mulheres pensionistas explicitava, de certa maneira, a própria desigualdade econômica no interior dos hospitais; fazia oposição à docilidade dos “idiotas” e as outras categorias da “afecção”, tendo em vista que essas últimas categorias “imbecilizadas” se classificavam com maior facilidade, pois caracterizavam o maior contingente dos internamentos e pertenciam, majoritariamente, às camadas mais baixas da população.

Essa diferenciação social e econômica no interior do hospício pode ser percebida já na fase de requerimentos das entradas, haja vista que eram as autoridades policiais e os familiares os que mais encaminhavam pacientes para a internação. Nessa dinâmica de

internamentos, além do uso do aparato policial que destinava os “perturbadores da ordem” como corpos “descartáveis” e “degenerados” aos hospitais psiquiátricos, a influência da família, especialmente as mais abastadas, representava um forte aliado na construção da “loucura”, já que definia conforme seus valores os parentes que deveriam receber tratamento psiquiátrico. Nesse sentido, a trajetória de muitas pacientes estava ligada a problemas familiares que reforçavam o poder da instituição manicomial, como também a introdução do Estado em questões privadas. Sacristán (2009, p. 180 *apud* WADI, 2011, p. 258) esclarece-nos que:

Ainda que os psiquiatras percebessem as petições vindas da família como menos coercitivas que as vindas da polícia, o que para eles representava um sinal da confiança que o manicômio inspirava na sociedade, na verdade, a família favorecia o internamento por razões extra médicas, fundamentalmente porque algum membro da família tinha um comportamento considerado socialmente indigno, escandaloso ou desprezível. Os médicos se viram envolvidos nos problemas familiares porque estas admissões [nos manicômios] eram normalmente precedidas de crises ou tensões na família.

Nessa conjuntura, o hospício representou não apenas a solução para os problemas de organização do espaço urbano e demandas governamentais de disciplina e controle, mas também denotou uma alternativa aceitável para a grande maioria das famílias. Pois, para as famílias com maior poder aquisitivo, seria a “resolução” para não manchar o nome, a honra, a história e o patrimônio; e, para as famílias mais pobres, o “desenlace” para a falta de tempo em relação aos cuidados com os “doentes” por conta das grandes jornadas de trabalho e da luta para garantir o sustento.

Dessa forma, a problemática da relação da saúde mental com a instituição familiar ultrapassou o estigma da loucura no sentido de que, além do viés orgânico da “doença”, relacionaram-na com sentimentos contraditórios, já que para “as famílias, tanto compelidas, quanto desejosas do internamento de seus membros loucos, era um alívio pensar que se trata de uma doença como as outras, da qual se pode falar mais com pena que com medo” (CUNHA, 1986, p. 116). Portanto, equiparar a loucura às doenças comuns possibilitou o despejo de membros “problemáticos”, assim como consolo e alívio para as famílias que estavam envolvidas nesses episódios. Tal equiparação constituiu-se como um veículo de moralização da família, principalmente quando analisamos a variedade de requerentes de internamentos femininos no Hospital de Alienados na Tamarineira.

Posto isso, dos 133 prontuários pesquisados, em diversos volumes, trinta e oito são

encaminhamentos de cunho policial. Já a esfera familiar marca presença em 53 prontuários — representada aqui em vários membros⁶¹ — somados com a interferência de outros hospitais⁶² — evidenciando que grande parte das mulheres era encaminhada por seus parentes e familiares. Entendemos como isso era possível se lembrarmos das “responsabilidades” dos familiares em relação às mulheres, dispostas no Código Civil de 1916⁶³, o qual ainda estava em vigor no período dos anos de 1920 e meados dos anos de 1930 e que ratificava a “inferioridade” da mulher solteira ao pai e a casada ao marido. Assim, a família identificava-se pelo nome do varão, e, sendo o homem o chefe da sociedade familiar e conjugal, cabia-lhe a representação legal da família, a administração dos bens comuns do casal e dos particulares da esposa, além do direito de escolher o local de domicílio da família, agir quando fosse necessário, a manutenção e divisão sexual das diferenças e desigualdades.

Nessa perspectiva, se a filha ou esposa “sã” era relativamente inabilitada para o exercício de determinados atos civis e de alguns aspectos no espaço privado,⁶⁴ no âmbito do hospital psiquiátrico essa situação refletia-se, principalmente, nas internações de casos em que não eram concebidos os estereótipos de “docilidade”, “submissão” e “paciência”. As diferenças socioeconômicas no interior asilar certamente provocaram heterogeneidade na “realidade” dos laços familiares, por exemplo, nas variações das camadas pobres, ligadas à maneira de se relacionar, casar, praticar relações sexuais, constituir a família e o lar baseada em uma maior liberdade feminina para o trabalho no espaço público e, muitas vezes, para chefiar a família. Todavia, suas ações e práticas não deixaram de permear as estratégias normatizadoras das relações afetivas, sexuais e comportamentais da população urbana em geral⁶⁵ — formuladas e difundidas por médicos e juristas, principalmente a partir da década de 1920 — e que ganharam os mais variados significados no espaço interno do Hospital de

⁶¹ Incluindo os genitores, irmãos, filhos, esposos, conhecidos e outros parentes.

⁶² Muitos hospitais encaminhavam seus pacientes com o aval de seus familiares para o Hospital de Alienados na Tamarineira, as maiores ocorrências são do Hospital Pedro II, Hospital de Santo Amaro e Hospital da Mirueira.

⁶³ O Código Civil de 1916 foi uma obra de cunho doutrinário de autoria do professor de Direito Clóvis Beviláquia, regente da Cadeira de Legislação Estrangeira, que demarcou permanências nas estruturas das relações entre homens e mulheres. BESSE, **Op. Cit.** p. 37-40.

⁶⁴ Vale lembrar que as funções atribuídas aos sexos no casamento eram complementares, mas não iguais. A obediência de cada sexo em relação aos domínios do outro estava ligada à manutenção da família como responsabilidade dos cônjuges; em contrapartida, a submissão da esposa ao marido perpetuou-se no Código Civil de 1916. MALUF, Marina; MOTT, Maria Lúcia. "Recônditos do mundo feminino". In: SEVCENKO, Nicolau (org.). **História da vida privada no Brasil**. São Paulo, Companhia das Letras, 1998 (História da vida privada no Brasil, 4 vols.).

⁶⁵ Sobre as práticas amorosas e sexuais das camadas populares é interessante consultar: SOUZA, Sandra. **Namoros Indecentes**. Relações de gênero e as histórias de sedução na cidade do Recife (1890 – 1914).

Alienados.

Sobre essas estratégias, Michel Foucault apresenta as relações entre a medicina e a normatização das práticas dos indivíduos como um “movimento social”, que se concretizou, para além das técnicas de cura e do saber; nesse caso, a difusão dos princípios do “normal” realizada pelo saber médico, a partir do século XX, ecoou em diversas áreas ao mesmo tempo e formou o aparato que objetivou um conhecimento do “saudável”, do “modelo” e que, assim, serviu para “reger as relações físicas e morais dos indivíduos e da sociedade em que vivem” (FOUCAULT, 1998, p. 39). A partir disso, também podemos achar a explicação para o envolvimento civil, jurídico e médico na formulação da “doença” e “saúde” quando adentramos na reformulação do próprio saber médico brasileiro, que, como já pudemos analisar no primeiro capítulo deste trabalho, configurou-se em um momento em que as bases para o projeto nacional e a intervenção social da medicina precisavam dar conta de um “discurso oficial e científico”⁶⁶, sendo o cerne desse discurso a reinterpretação de doutrinas raciais europeias e, posteriormente, a reutilização desse pensamento em novas bases interpretativas para a construção do projeto de nação.

Essas ramificações no campo da medicina para atender aos interesses da categoria — boa parte organizada por psiquiatras — e a outros setores da sociedade possibilita a visão da constituição da psiquiatria e do manicômio como lugares de exercício de poder, o que pode ser claramente percebido com o “engajamento” da experiência médica a partir dos prontuários, que foram se tornando mais detalhados, como uma forma de reorganização do campo hospitalar, alicerçando uma nova linguagem médica e o seu domínio em relação ao corpo dos indivíduos (WADI, 2011, p. 250-254). Nesse sentido, os prontuários possibilitaram o acesso às informações médicas sobre o dia a dia asilar, anotações de diagnósticos, requerimentos, atestados médicos, métodos e tratamentos, bem como as informações e os documentos complementares que foram produzidos a partir dos antecedentes dos pacientes e de seus familiares.

⁶⁶ Essas relações vão além de sujeitos e identidades fixas, estão ligadas a relações inventivas, criativas e subjetivas onde a formulação do discurso pode integrar, até certo ponto, os procedimentos de controle, como também o sentido inverso. Ou seja, as figuras de controle também podem tomar corpo no interior de uma formação discursiva (FOUCAULT, 2011, p. 66).

Além de um lugar de legitimidade que a prática médica “lutou” para ocupar, é importante reconhecermos que estavam também em pauta e disputas as vivências femininas além dos muros dos hospitais e que foi possível obter tais informações porque, a partir do final da década de 1920 e início da década de 1930, os prontuários do Hospital de Alienados na Tamarineira já estavam mais minuciosos — advindos da interferência psiquiátrica e da afirmação do seu saber como discurso científico e “verdadeiro” sobre a loucura —, incluindo informações pessoais como nome, cor, idade, filiação, estado civil, profissão, instrução, naturalidade, residência, quem requereu a internação, falecimento, diagnóstico e fotografias de entrada e saída. Contudo, frequentemente, eram inseridos apenas o retrato da entrada, como podemos perceber no prontuário de Celina de Lima (Figura 4), internada aos 18 anos pela mãe, no qual, provavelmente, não possui retrato da sua saída por causa do serviço de fotografia recém-implementado da



Fonte: Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

época e, portanto, deficiente; também pelo fato de ter ficado internada cerca de um mês, pouco tempo, considerando a média da maior parte dos internamentos; ou até mesmo, um possível descaso em relação à natureza de sua doença, que já tinha sido combatida em sessões espíritas desde o trauma do assassinato do seu pai; como também a baixa “periculosidade” atribuída ao semblante “triste”, porém “calmo”, “lento”, “apático” e “depressivo”, visualizado pelos médicos no período de observação⁶⁷.

Essas informações eram colhidas durante a primeira parte da observação, quando eram analisados os antecedentes hereditários e colaterais do paciente, ou seja, investigava-se a possibilidade de seus familiares próximos ou distantes serem portadores de alguma doença ou traços degenerativos, como a proximidade com a alienação mental, alcoolismo, sífilis, tuberculose, epilepsia e criminalidade.

Em seguida, eram registrados os antecedentes sociais, que consideravam doenças na infância, como sarampo, catapora, coqueluche; e, igualmente, o histórico da fase adulta, como o número de filhos, acidentes, abortos, práticas sexuais, menstruação e fluxos seguintes. A partir disso, no item “histórico atual da doença” era apresentado os principais

⁶⁷ Prontuário n° 591. Celina de Lima, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

motivos da internação, fornecidos pelos pacientes e, em muitos casos, por seus familiares ou autoridades policiais. Nesse aspecto, a opinião da paciente servia apenas como material clínico para comprovar e diagnosticar a presença da “doença”, tendo em vista que, desde a entrada da paciente na sala de observação, eram efetivados os trâmites para a realização do exame mental, que reunia uma série de investigações baseadas na postura, nas expressões faciais, no humor, em gestos, na memória, aparência, nos hábitos higiênicos, no conhecimento do espaço e tempo, nível intelectual, na linguagem, nas execuções de ordens, atitudes de agressividade, no cotidiano nos primeiros dias de internamento e incluindo, muitas vezes, a coleta de dados sobre a idade mental e Q.I.⁶⁸.

Esses procedimentos eram acompanhados de vários exames somáticos e complementares, como a observação da altura, pelos, assimetria, ossos, possíveis irregularidades na pele, rosto, órgãos genitais, peso, digestão, coração, pulmão, além de exames de urina, fezes, ureia, que nem sempre eram solicitados pelos médicos. No caso específico do prontuário de Celina de Lima, podemos perceber que o conjunto de análise no Pavilhão de Observação (Figura 5) se deu a partir dos relatos de sua genitora, que afirmou que a filha “vinha se esquecendo de coisas com facilidade, se apresentando muito nervosa e impaciente, nem gostava de sorrir”⁶⁹.

Esses fragmentos da fala da família corroboram a observação médica no exame mental que apontava o estado deprimido da paciente, incluindo crises de choro e pedido insistente para ir embora. Percebe-se o trabalho em conjunto para a construção do diagnóstico, que, nesse caso, foi concluído com a psicose maníaco-depressiva.⁷⁰

Além disso, as poucas ou nenhuma resposta da paciente às perguntas realizadas foram expostas em seu prontuário como mais um atestado para a insanidade. A reação de descontentamento com os choros, a recusa das

Figura 5 – Imagem do prédio do Pavilhão de Observação



Fonte: Revista de Pernambuco, ed. 9, p. 18. Recife.

⁶⁸ Dados solicitados em conjunto com o Instituto de Psicologia, pertencente ao Serviço de Higiene Mental e anexado aos prontuários de algumas mulheres, principalmente quando não respondiam às perguntas ou declaravam não saber.

⁶⁹ Prontuário nº 591. Celina de Lima, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

⁷⁰ Mais detalhes sobre os diagnósticos de psicose maníaco-depressiva no tópico três deste capítulo.

respostas e os clamores para sair das dependências do Hospital caracterizaram certa “resistência” para o internamento, o que justificou, ainda mais, o diagnóstico e a necessidade de monitoramento de Celina, que passou por exames complementares. Porém, é válido pontuar que, mesmo quando os pacientes relatavam detalhes sobre seus estados físicos, mentais e sociais, estes eram usados para complemento do diagnóstico da sua doença, ou seja, o ato de falar ou calar justificava seus males, como se não existisse saída possível para a “não doença”, como uma espécie de “destino”, sobre o qual nada poderia ser feito, a não ser aceitar e colaborar com os médicos e a instituição asilar.

Assim, a junção do discurso médico, policial e/ou familiar com as várias análises e exames, que excluíam ou destacavam de acordo com o interesse médico a reflexão do paciente sobre sua condição, fazia desta a característica principal da enfermidade, que determinou o destino à instituição asilar. Esses detalhes eram coletados e percebidos a partir da chegada dos indivíduos suspeitos de alienação mental à área do Hospital chamada Pavilhão de Observação, que posteriormente foi denominada de Serviço de Observação — sendo essa obra realizada por Ulysses Pernambucano no período de suas reformas (Figura 5) —, com a finalidade de evitar a superlotação do Hospital. Sobre isso, é importante ressaltarmos que essas inovações não foram suficientes para suprir a demanda populacional; pelo contrário, elevou significativamente o número de internos.⁷¹

A partir da coleta dessas várias informações adquiridas na observação, era construído o diagnóstico conclusivo do estado mental e, em seguida, a internação no Hospital. Diante dessa estrutura, também podemos notar os pequenos golpes na ordem estabelecida em forma de brigas entre si, furtos, agressão a enfermeiros, namoros e relações sexuais, que se faziam presente no cotidiano do Hospital. Isso, de certa forma, agravou muitos casos a um quadro clínico de “loucura irreversível”, a partir do qual podemos refletir sobre o potencial de “cura” no tratamento da época e reinserção desses indivíduos no âmbito social⁷², já que, muitas vezes, essas resistências mostravam-se como única saída para suportar a rotina e as demandas da experiência manicomial.

Apesar das resistências visualizadas no caso de Celina (Ver Figura 4), a paciente recebeu alta após 29 dias de internamento, apresentou melhora em seu estado de saúde como consta no atestado de alta, porém é certo que esse caminho não foi experienciado por todas

⁷¹ A população do hospital duplicou em apenas sete anos, considerando meados dos anos 20 e início dos anos 30 do século XX (MIRANDA, 2010, p. 70-71).

⁷² Este tema será abordado com mais detalhes no próximo capítulo.

as mulheres internadas. Para além do viés da medicina, a vivência manicomial comporta muitas nuances de classes sociais, étnicas e temporais que podem ser percebidas entre os silenciamentos e as observações nos caminhos para a construção dos diagnósticos.

2.2 Silenciamentos e observações: alguns caminhos para a construção dos diagnósticos

Para as famílias, o alívio; para o Estado, a manutenção da ordem. E, nesse contexto, para as mulheres em internamento, era eminente o estado de apatia. Tanto que “caminhavam de cabeça baixa, sem rumo pelos corredores e pátios fechados do hospital” (MIRANDA, 2016, p. 63).

As pacientes eram quase todas das camadas mais baixas, poucas possuíam especialização profissional e, muitas vezes, eram internadas como indigentes⁷³, inclusive, com a perda de autonomia, restava-lhes a vulnerabilidade em um processo contínuo da “perda de identidade”. Além de toda essa tensão no espaço interno e externo do campo psiquiátrico, a composição étnica do Hospício a partir das informações coletadas nos prontuários estabeleceu-se como um espaço predominantemente de pessoas “brancas” e “pardas”. Aliás, a categoria de “pardas” confere um termo escorregadio ao longo da História, porém, para o recorte da pesquisa, entendemos tal qual a definição de Sueann Caulfield (2000, p. 282) quando especifica como uma mistura de negros, indígenas e descendentes de europeus embora não fossem oficialmente reconhecidos pelas autoridades nem como brancos nem como negros (Tabela 1). Portanto, se ponderarmos a distribuição defendida por Sueann Caulfield (2000) de modo que a classificação de pardos estaria em um “limbo”, onde não seriam consideradas nem pessoas brancas nem negras, podemos perceber que a população “não branca” — a soma dos prontuários de mulheres consideradas negras e pardas — representou mais da metade dos prontuários deste trabalho. Somando os prontuários de mulheres consideradas pardas e negras, identificamos a grande “massa”, tendo um total de 58,8%, como podemos visualizar nas disposições do quadro abaixo:

⁷³ A partir dos anos de 1930, podemos perceber que os prontuários passaram por mudanças significativas para a sistematização e o acompanhamento dos pacientes com a incorporação de maiores informações, incluindo detalhes como classe, religião, grau de instrução e serviço de fotografia.

Quadro 1 – Composição Étnica⁷⁴

Cor	Quantidade	(%)
Brancas	52	39,1%
Pardas	56	42,1%
Pretas	22	16,7%
Sem Registro	03	2,3%
Total	133	100%

Fonte: Prontuários do Hospital de Alienados na Tamarineira (1927-1934).

É importante salientar que essa leitura étnica da época em questão — com maior número de “pardas” — pode abrir margem para algumas hipóteses e colocações interessantes no desenvolvimento desta pesquisa. Primeiramente, a possibilidade de ter mascarado a existência de uma parcela de negras ocupando o espaço asilar, tendo em vista que essa era uma interpretação que se fazia a partir da visão do observador, profundamente enraizada com os preceitos do seu tempo⁷⁵, principalmente se atentarmos para a estimativa da população “não branca” na cidade do Recife, que, segundo Cátia Lubambo (1991), permaneceu constante entre 55% a 56% até meados dos anos de 1930, e considerando também que esse grupo pertencia, em maior número, às camadas mais pobres da população — grupo que ocupava grande parte do espaço interno do Hospital de Alienados.

Nesse sentido, percebe-se uma aproximação nas porcentagens (55% a 56%, referente à cidade citada por Lubambo, e, 58,8%, segundo os dados do quadro nº 1) da população “não branca”, logo o corpo hospitalar não estaria totalmente alijado desse processo. Como órgão pertencente à sociedade, poderia refletir a distribuição étnica, reproduzir algumas diferenças e desigualdades sociais na maneira de “observar” seus internos, o que pode elucidar os vários prontuários pouco preenchidos e com diagnósticos menos detalhados apresentados na classificação das mulheres negras e pardas. Tendo como exemplo o silenciamento de informações no caso da “parda” Adelaide da Silva⁷⁶, com seu prontuário quase em branco, seus antecedentes hereditários, pessoais, sociais, apenas escrito “ignorado”; ou o caso da “parda” Rosa dos Prazeres⁷⁷, com os seus antecedentes sociais e o histórico da doença atual escrito como “prejudicado”.

⁷⁴ Sobre a quantidade de prontuários de acordo com a cor das mulheres.

⁷⁵ Falamos de “interpretação” porque algumas dessas mulheres poderiam não ser chamadas de negras naquele período, de acordo com as considerações sobre traços físicos, tonalidade da pele, cabelos e outras questões envolvidas nesse debate. SILVA E SILVA, Tainam. **O colorismo e suas bases históricas discriminatórias**. Revista Direito Unifacs – Debate Virtual, n. 201, março, 2017.

⁷⁶ Prontuário nº 593. Adelaide da Silva, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

⁷⁷ Prontuário nº 369. Rosa dos Prazeres, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Em segundo lugar, se nos debruçarmos, exclusivamente, sobre a classificação dos internamentos das mulheres “brancas” em relação às mulheres “negras”, os dados (39,1% e 16,7% respectivamente) contrapõem-se ao discurso propagado pelos médicos eugenistas de que as negras conservavam maior predisposição às patologias. Em meio a esse contexto, a naturalidade do discurso em torno da raça propagado por diversas correntes, ligas nacionais e estaduais de higiene da época mostrava-se discriminatória, racista, porém, até certo ponto, “imprecisa” quando analisamos o cotidiano das entradas e dos internamentos no Hospital de Alienados.

Por último, que essas diferenças e contradições em relação à etnia não podem se apresentar separadamente de outros aspectos da vida das internas, em especial a questão das suas vivências no lar, no matrimônio e na sexualidade, já que a visão sobre a loucura feminina trazia, muitas vezes, a marca de falta de adaptação dessas mulheres ao modelo direcionado ao seu gênero e recebia cada vez mais atenção dos especialistas, tendo em vista que a má conduta feminina poderia acarretar em desordem social e desestabilizar a sociedade. Sendo assim, apesar de a maioria dos internamentos apresentar o exercício do trabalho doméstico no item “profissão”, não estavam absolutamente inseridas no ideal promovido de passividade, do “cuidar do outro” e de feminilidade. Suas “escolhas” e ações colocavam-nas em outro grupo, que era formado por “corpos que não importam” e que, por consequência, refletiam-se de maneiras diferentes na “hegemonia heterossexual para modelar questões sexuais e políticas” (BUTLER, 2015, p. 16). Em outras palavras, eram os corpos cuja vida não é lida como vida ou, pelo menos, não como vida “importante”.

Isso significa que esse grupo bastante heterogêneo esteve inserido dentro do discurso como uma figura não questionada e importou na medida em que sua “existência” retroalimentou a “função” da intervenção médica-psiquiátrica na sociedade. Assim, foi possível constituir um território regulamentado que esteve mobilizado por redes de interesses, que responderam ao perigo e à perversão às normas estabelecidas com o uso contínuo, mas transitório, de práticas médicas e jurídicas, mais ainda entre expiação e “terapia”, que, nesse caso, tem relações estreitas com a sexualidade⁷⁸. Aqui, por motivos do enfoque da pesquisa, atentaremos para a questão a partir da sexualidade feminina, que, ainda nos prontuários, entre as décadas de 1920 e 1930, recebia as influências de diversos autores

⁷⁸ Por exemplo, a formação do discurso sobre o “monstro”, o “incorrigível” e o “masturbador” discorrido nos primeiros capítulos do livro de FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

e saberes na ordem estrutural e/ou imaginária⁷⁹ e também de suas práticas sexuais “reprimidas” e/ou “vivenciadas”, como o impulso ou instinto sexual, que por “natureza” se relaciona com a copulação. Mas não apenas isso, pois esse instinto sexual, de acordo com Foucault (2001, p. 355):

É vivo demais, é precoce, é amplo demais, atravessa demasiadamente a todo o organismo e toda a conduta dos indivíduos para poder se alojar, se efetivar unicamente na copulação adulta e heterossexual. E nessa medida, está exposto a uma série de anomalias, e, está sempre exposto a desviar em relação à norma.

Nessa perspectiva da copulação adulta e heterossexual como significante para “saúde”, vale destacar que a sexualidade feminina “saudável” estava compelida ao casamento e seus objetivos reprodutores, ou seja, até mesmo no lar tinha seus limites, devendo ser respeitada a “natureza” e contidos os excessos. A relação sexual ali deveria ser mantida dentro dos padrões tradicionais para a procriação e a sexualidade sadia. Assim, o submundo da sexualidade deveria ser exercido fora do lar, a “perversão” só era possível no mundo da prostituição.⁸⁰ Diante dessa forte estrutura sobre a normalidade e anormalidade das vivências sexuais até mesmo para as mulheres casadas, podemos compreender a grande quantidade de mulheres solteiras no caso do Hospital de Alienados (quadro 2), sobretudo porque o estado civil solteira pode esconder diversas nuances de *status* de relacionamento não legitimados pela Igreja ou pelo Estado, principalmente entre as camadas mais pobres, em que o “amasiamento” era comum, e obviamente não significam que tais mulheres não tinham companheiros ou parceiros e, muito menos, uma vida sexual ativa ou “fora do padrão”. Dessa

⁷⁹ Lembrando que transformações de cunho estrutural e do imaginário coletivo são custosas e que, muitas vezes, podem atravessar e se mesclar em outras colocações “tidas como novas”, mas sem necessariamente romper profundamente com as estruturas pelas quais foram “construídas e reproduzidas”. Sob esse ponto de vista, podemos citar as ideias de Cesare Lombroso e Guglielmo Ferrero que formaram a base dos discursos médico-legal no século XIX, reproduzindo a construção e tipificação de superioridade masculina e inferioridade feminina, incluindo a maior “predisposição” feminina à loucura, delinquência e criminalidade (FACCHINETTI, 2008, p. 10). Assim, se levarmos em consideração o maior número de mulheres internadas em relação aos homens na Tamarineira, essa visão da “predisposição feminina” permaneceu “intacta”, ainda que outras teorias tenham sido sacramentadas nos estudos médico-psiquiátricos nas primeiras décadas do século XX.

⁸⁰ A Igreja também estabeleceu regras rígidas em relação às práticas sexuais, mesmo entre pessoas casadas. Os esposos que se uniam apenas para o prazer cometiam pecado. Também nesse aspecto, o homem era considerado o elemento ativo e superior à mulher, que deveria manter-se passiva. A posição adequada para o ato sexual era aquela chamada de “natural”, com a mulher deitada de costas e o homem sobre ela. Todas as demais posições eram consideradas escandalosas e “contra a natureza”. SOIHET, Raquel. **Condição feminina e formas de violência**. Mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

forma, é inteligível a marca de 51,8% de mulheres solteiras nos prontuários por conta de questões ambíguas em relação aos termos que englobam esse estado civil.

Quadro 2 – Estado Civil ⁸¹

Estado Civil	Quantidade	(%)
Solteiras	69	51,9%
Casadas	35	26,3%
Viúvas	14	10,5%
Menor de idade	09	6,8%
Sem Registro	06	4,5%
Total	133	100%

Fonte: Prontuários do Hospital de Alienados na Tamarineira (1927-1934).

Assim, embora o casamento para as elites fosse a única via aceitável para a relação entre homens e mulheres, o número de pessoas casadas era pequeno, principalmente entre os pobres, haja vista que a relação de “amasiamento”, geralmente, referia-se às relações de casamento não oficializadas, ou seja, tratava-se de casais que viviam sob o mesmo teto, possuindo, muitas vezes, filhos em comum. Magali Engel (1998) explica que isso se deu porque, teoricamente, existiam esses parâmetros e padrões, mas, na prática, havia a presença de outras variáveis, que, portanto, tornaram os objetivos normatizadores do casamento oficial um “jogo” bem mais complexo. Por isso, as avaliações dos comportamentos de homens e mulheres eram, muitas vezes, realizadas a partir de critérios diferenciados que relativizavam ou, até mesmo, modificavam os arquétipos dominantes.

Em consonância com esse pensamento, quando comparamos os dados das solteiras e casadas (51,9% e 26,3%, nessa ordem) do quadro 2, além de confirmarmos essa maioria, podemos adicionar outro ponto relevante para explicar a presença dessa quantidade de mulheres solteiras no Hospital, que se estabelece na grande possibilidade desse montante também contar com os casos explícitos e implícitos de prostitutas⁸², as quais, independentemente do exercício de atividades sexuais constantes e remuneradas, muitas vezes recebiam o estigma da “vulgaridade”, “promiscuidade” e “vagabundagem” sob o pretexto de “perturbação da ordem” e “atentado ao pudor” e que, portanto, estavam a cargo da interpretação dos médicos e policiais. Além disso, esse controle e essa repressão estavam direcionados ao debate de políticas sanitárias para a implementação de regulamentos para os

⁸¹ Sobre a quantidade de prontuários de acordo com a situação das mulheres em relação ao matrimônio ou sociedade conjugal.

⁸² Com a imprecisão do Código Penal, cabia ao chefe de polícia e aos médicos a vigilância das práticas dessas mulheres (MAZZIEIRO, 1998).

meretrícios e as prostitutas para a execução desse projeto. Posto isso, a medicina transformou-se num poder da polícia para controle da ordem e saúde pública⁸³, conseqüentemente ocupando os espaços asilares e prisionais, assim como permanecendo com esse estado civil.

Em paradoxo, essa mesma possibilidade de que as prostitutas poderiam ter ocupado boa parte dessas estatísticas complementa-se com a verificação dos dados dos internamentos das mulheres casadas (26,3% de acordo com os prontuários pesquisados), haja vista que, além de as prostitutas pertencerem a uma classe marginalizada e, até muitas vezes, criminalizada, segundo Margareth Rago (1997), o objetivo das autoridades era constranger para que os limites da utilização dos espaços fossem atendidos de forma que não ferissem a família, a ordem e os “bons costumes”.

Uma vez que a prostituição mantinha a preservação da moral no lar⁸⁴, ela se estabelece como um fator importante para entender porque as mulheres casadas são minoria nesse levantamento, já que, nesse período, havia uma linha divisória na questão da sexualidade feminina que foi marcada pela relação de ação e consequência entre sexualidade e reprodução e por fatores, muitas vezes, secundários e contraditórios no “processo de articulação entre a relação indissolúvel do casamento e a realização do desejo” (WILKE, 2006, p. 54). Essa visão interessa-nos porque, a partir do momento em que esses objetivos não estivessem sendo cumpridos exemplarmente, poderiam influenciar em “crises” efetivas no casamento ou na família; e esses movimentos que aconteciam no âmbito privado “explicavam”, em diversos prontuários encontrados, as neuroses, as psicoses e, de uma maneira geral, os “problemas mentais femininos”.

É visível que não é permitida às mulheres ou, pelo menos, não sem efeitos colaterais a prática de condutas que demonstrassem a capacidade de inverter expectativas sociais. Assim, ao fugirem do “padrão” imposto pela sociedade, causavam espanto, repulsa e, mais precisamente, a movimentação das autoridades e dos familiares para resolver o “incômodo”.

⁸³ Desde o início do século XX, a Academia Nacional de Medicina propôs a regulamentação do meretrício como forma de acautelar “os interesses de uma raça sadia e vigorosa”. A prostituição era vista como uma doença social que deveria ser tratada com o saber médico controlando a sexualidade e o desejo sexual. A regulamentação, dentro dessa visão da profilaxia, procurava “preservar o futuro da raça” ameaçada pelo desregramento. MAZZIEIRO, João Batista. **Sexualidade Criminalizada: Prostituição, Lenocínio e outros delitos em São Paulo (1870-1920)**. São Paulo, 1998.

⁸⁴ Esse pensamento não exclui que a prostituição foi, igualmente, considerada ato imoral e que ameaçava a vida social, principalmente porque, paralelo a isso, existiu uma repressão médica que perpassava a profilaxia da sífilis e uma repressão moral contra os “escândalos” promovidos pelas meretrizes. Mais detalhes em: RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**. A utopia da cidade disciplinar. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

Ir contra a construção social que designava os espaços que podiam ser ocupados por mulheres, as práticas socialmente aceitas e até mesmo os estados de humor que deveriam ser mantidos poderia ser um sinal de “loucura”, que, literalmente, justificou muitos internamentos femininos e a continuidade dos tratamentos.

Essa consequência quanto à “conduta antissocial” dessas mulheres estava vinculada à teoria e à prática dos médicos, juristas e policiais para a execução de um controle do corpo, da sexualidade e da afetividade. Com esses objetivos, a organização de espaços, o constrangimento frequente em relação à “saúde” de seu corpo e sua mente e a atenção vigilante para com os “abalos emocionais” femininos configuravam-se como elementos opressores e repressores da vida, do trabalho, do lazer e de suas expressões afetivas e sexuais. Nesse aspecto de dificuldades femininas para se adequar, não parece surpresa que muitas se mostrassem “desalinhadas”, “pálidas”, “diluídas” e “transparentes”.

Portanto, quando voltamos para o primeiro caso, com o prontuário de Celina de Lima⁸⁵, pertencente ao grupo da maioria dos internamentos — branca, doméstica, porém não atendendo às funções exigidas pelo social, sendo solteira e sem filhos —, apresentado nas páginas anteriores, podemos destacar no “histórico de doença atual” outra observação médica que pode retratar a pressão em relação aos seus estados de humor, já que “qualquer palavra que os circunstantes proferiam, [ela] interpretava como depreciativa de sua pessoa”⁸⁶, o que certamente contribuiu para o diagnóstico que representava, majoritariamente, a “loucura feminina” na época em questão, mais precisamente a psicose maníaco-depressiva.

2.3 Diagnósticos e repetições: a psicose maníaco-depressiva ou “nova histeria”

No Hospital de Alienados na Tamarineira, a virada da década de 1920 para a década de 1930 foi acompanhada de um novo paradigma no campo psiquiátrico que vinha tomando força com a série de reformas concebidas por Ulysses Pernambucano. Como foi dito no primeiro capítulo, as reformas estruturais, apesar de ineficientes para a proporção dos problemas do asilo, significaram também um alinhamento com as ideias kraepeliniana, em que uma grande “contribuição” no exemplo brasileiro pode ser vista nos diagnósticos e nos consequentes tratamentos que reverberaram direta e indiretamente nas mulheres internadas.

⁸⁵ Prontuário nº 591. Celina de Lima, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

⁸⁶ **Idem.**

Com a efervescência desse debate nacional, as operações teóricas nas leituras das enfermidades aproximaram-se, principalmente, dos postulados organicistas, naturalistas e evolutivos da psiquiatria alemã ou kraepeliniana⁸⁷, que formaram o conjunto de causalidades imbricadas na construção dos diagnósticos. Esse fator também legitimou a psiquiatria no campo médico, pois a problemática da “periculosidade social” envolvida nos problemas mentais articulou-se com o viés crônico das enfermidades mentais no discurso psiquiátrico e nos espaços asilares. Acreditava-se que, a partir da formulação da “causa” da perturbação mental, seria possível classificar as que eram passíveis de “cura” ou as que estariam fadadas ao estado “crônico”, e, em ambas, a interferência psiquiátrica a partir da medicalização mostrou-se presente.

O predomínio dessa corrente manifestou-se com o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva, que, aliás, foi designada como uma doença mental hereditária que se caracterizava por situações isoladas de excitação e depressão de maneira única ou alternadas ou, mais claramente, por alterações de humor — alegria ou tristeza. Porém, o desencadeamento efetivo da doença dependeria da junção inegociável de “causas ocasionais, entre as quais se deveriam destacar as violências psíquicas de toda ordem, principalmente as de ordem afetiva” (BIRMAN, 2010, p. 355).

Essa relação da afetividade com a psicose maníaco-depressiva merece nossa atenção especial por três razões: a primeira porque, no destaque a todas as possíveis causas, esses prontuários eram carregados de vivências femininas anteriores ao estado da doença, fundamentais para a “precisão” do diagnóstico e para o entendimento do processo que levou essas mulheres às portas do asilo; em segundo, pois o viés explicativo da maioria dos internamentos e diagnósticos femininos nos prontuários pesquisados estabeleceu-se a partir dessa observação de afeto, humor e, sobretudo, dos seus desdobramentos em relação a “excessos” ou “superabundância” de todos os tipos, sendo os principais: “fadigas”, “insônias” e “questões alimentares”; por último, por causa das aproximações com o diagnóstico de “histeria” que foi desenhada no feminino mesmo com as mudanças advindas da intervenção psiquiátrica nesse período, pautada, principalmente, na inadaptação às conveniências da família e sociedade, já que “estava vinculada a imaginação desregrada e superexcitada” (NUNES, 2010, p. 379).

⁸⁷ Para uma leitura mais aprofundada dos jargões e termos médicos da época nesse conjunto de reinterpretações e assimilações da corrente Kraepeliniana, consultar: ROXO, Henrique Britto de Belfort. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. p. 365-390, 1925.

Por conseguinte, o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva representou 35% das ocorrências médicas mais repetidas, ou seja, 35% do total de 64% de diagnósticos reincididos no período⁸⁸, como podemos encontrar no panorama dos diagnósticos expostos no quadro 3:

Quadro 3 – Maiores ocorrências de diagnósticos femininos

Diagnósticos	Quantidade	(%)
Psicose maníaco-depressiva	46	35%
Epilepsia	15	11%
Confusão Mental	12	9%
Esquizofrenia	12	9%
Total	85	64%

Fonte: Prontuários do Hospital de Alienados na Tamarineira (1927-1934).⁸⁹

É importante lembrar que há a possibilidade da grande estimativa dessa “doença” ter se estabelecido principalmente pelo fato de Ulysses Pernambucano, o então diretor-geral do Hospital nesse período, ter iniciado os estudos e se estabelecido profissionalmente com Juliano Moreira — orientador de Ulysses Pernambucano nos seus estudos de neuropsiquiatria —, o principal propagador desse modelo científico no Brasil. Aliás, as mudanças estruturais no tocante ao debate sobre os problemas mentais realizadas no Hospital de Alienados na Tamarineira por Ulysses Pernambucano em muito se coincidem com a do Hospital de Alienados realizada por Juliano Moreira no Rio de Janeiro⁹⁰. Diante dessa influência, o movimento teórico e prático sobre diagnósticos e tratamentos manteve-se bem semelhante entre esses hospitais no período.

Contudo, é notável que essa grande estimativa também se deu por causa do viés social do feminino ligado ao sentimento e à conduta moral, adicionado às ocorrências de diagnósticos relacionados com a “natureza” da enfermidade “psicose maníaco-depressiva”. Essa “nova enfermidade mental” englobou todas as outras psicoses descritas por psiquiatras anteriores e deslocou o cerne dos estudos sobre a melancolia, mania e as outras “psicoses afetivas” para o interior de um único tipo de “doença” que homogeneizou várias ramificações, no sentido de que “seria sempre a tristeza e o afeto resultante de um abalo moral” (BIRMAN, 2010, p. 363).

⁸⁸ Foram separados dois grupos de diagnósticos femininos: o primeiro com a “maioria” e; o segundo com a “minoría”, a nível de organização da documentação. Ou seja, a soma dos diagnósticos mais “repetidos” no período representam 64% e a soma dos que configuram os menores números, 36%.

⁸⁹ Porcentagem considerando a maioria das ocorrências, ou seja, 85 de um total de 133 prontuários de mulheres entre os anos de 1927 a 1934.

⁹⁰ Como as Colônias Agrícolas e o Serviço de Higiene Mental discutidos no capítulo anterior.

Essa atenção para com os “abalos morais” pode ser percebida na leitura da documentação, quando encontramos muitas afirmações, adjetivos e informações sobre a vida social, afetiva e sexual das pacientes com esse diagnóstico. Nesse sentido, o caso da “parda” Maria Cavalcanti Valença⁹¹, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva, pode demonstrar de maneira mais clara o “quadro afetivo e de humor” correspondente a um “abalo moral”. Dada a importância desses registros e a riqueza de detalhes em seu prontuário decorrentes de idas e vindas ao longo de 15 anos no Hospital, iremos extrair boa parte das informações disponíveis para enfatizar um pouco mais a sua experiência asilar e as relações com o viés afetivo.

No dia 02 de maio de 1932, deu entrada no Serviço de Observação conduzida pela polícia. Depois de receber o diagnóstico de portadora de psicose maníaco-depressiva, foi encaminhada três dias depois para o internamento no Hospital. Era solteira, tinha 31 anos de idade, católica, frequentou a escola primária — sabia ler e escrever — e realizava serviços domésticos. Em seu histórico, consta que sua mãe faleceu por conta de uma tuberculose pulmonar, seu pai estava vivo, mas não gozava de boa saúde, inclusive foi sublinhado no prontuário que tanto o seu pai quanto o seu tio já tinham sido “alienados”.

Em relação aos seus antecedentes pessoais, foi informado que Maria teve varíola, sarampo e papeira na infância, sofria de asma, porém tinha menstruação regular. A paciente falou que esteve internada duas vezes nesse mesmo hospital anteriormente, mas os psiquiatras não encontraram o seu registro anterior. Maria narrou sobre sua condição dizendo que “a sua doença consiste em uma ironia rebelde, pois desde os 13 anos tinha uma tentação de calor”⁹².

Esse ponto é imprescindível para a nossa análise, pois podemos notar que a paciente se encontrava tendo uma leitura “assertiva” do impacto de suas respostas; ela chamou de “rebeldia”, já os psiquiatras frisaram mais na frente que se trata de uma “arrogância”. Nos dois adjetivos usados para explicar e revelar a sua “doença” e seu comportamento, não visualizaram a passividade social que se esperava de uma mulher nesse tempo. O mais provável é que tenham visto algum comportamento transgressor situado no âmbito da insubmissão, advinda de determinadas situações econômicas, materiais, sexuais e familiares.

Assim, seria compreensível que Maria estivesse imersa naquela situação de insanidade na sociedade de seu período. “Ácida” nas respostas, cantando, dançando, porém

⁹¹ Prontuário nº 362. Maria Cavalcante Valença, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

⁹² **Idem.**

sem quadro de alucinações, atestaram sua enfermidade em conjunto com os outros fatores, principalmente quanto ao seu exame neurológico e exame mental, nos quais foram constatados pelos médicos “reflexos profundos e exagerados”, como também o seu “abalo moral” como agente legitimador e indiscutível da sua patologia no momento em que foi frisado no seu depoimento de que “aos 13 anos de idade foi deflorada por seu irmão, após seu desvirginamento foi ficando assim”⁹³.

Ao que parece, a fala da paciente Maria foi usada apenas para favorecer a construção do seu diagnóstico, ou melhor, para atestar a sua “loucura”. Todavia, precisamos nos lembrar da sensibilidade da questão social, econômica, étnica e, pelo que o prontuário mostra mais claramente, a familiar — com sua mãe falecida, morando com o pai e com o irmão que a violentou. Problemas de ordem real e concreta que não faziam parte do objetivo principal do olhar e saber médico, mas que podem nos revelar o estado precário de dores, violências e descasos dessa e das várias mulheres que ocuparam o espaço asilar da Tamarineira.

Nessa perspectiva, o conteúdo dos prontuários, ainda que tenha sido filtrado pelos psiquiatras, em uma espécie de “esquecimento ou observação seletiva” possui partes que podem nos levar ao pensamento de que um dos motivos que podem ter ocasionado a maioria dessas ocorrências (ver quadro 3) e de suas relações com os “estados de humor triste e/ou alegre” foi a conversão do diagnóstico de “histeria”⁹⁴ para a “psicose maníaco-depressiva”.

Chegamos a esse pensamento, especialmente, porque, enquanto os diagnósticos de psicose maníaco-depressiva cresciam em meados da década de 1920 e ao longo da década de 1930 no Hospital de Alienados na Tamarineira, os referentes à histeria receberam uma queda significativa, apresentando apenas 2,25% dos prontuários pesquisados ou, em termos práticos, estiveram quase no fim das marcações de diagnósticos presentes na época, como podemos verificar no quadro 4:

⁹³ **Idem.**

⁹⁴ A noção de histeria na Antiguidade estava ligada ao útero, ou seja, relacionava-se como uma questão própria de mulheres e de suas insatisfações sexuais ou do desejo de procriar. Já na Idade Média, as manifestações dessa doença foram atribuídas à possessão diabólica e bruxaria e tornaram-se assunto de cunho religioso. Mais informações sobre as diferentes concepções sobre histeria ao longo dos tempos, consultar: TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

Quadro 4 – Menores ocorrências de diagnósticos femininos

Diagnósticos	Quantidade	(%)
Debilidade Mental	08	6%
Demência Mental	07	5,25%
Delírio	06	4,5%
Degeneração	05	3,75%
Demência Senil	03	2,25%
Pitiatismo	03	2,25%
Alcoolismo	03	2,25%
Histeria	03	2,25%
Outros	10	7,5% ⁹⁵
Total	48	36%

Fonte: Prontuários do Hospital de Alienados na Tamarineira (1927-1934).⁹⁶

Sob o ponto de vista médico, Aduino Botelho (2010) explica que a psicose maníaco-depressiva em sua fase maníaca se traduz pelo humor alegre, associação rápida de ideias e movimentação exagerada; já em seu estado melancólico, observa-se no humor triste, na ideação lenta e movimentação diminuída. Essa explicação sobre esse tipo de psicose assinala a sua associação com o sistema nervoso e hormonal, já que foi fruto de um momento de interferência científico-psiquiátrica na sociedade. Portanto, é importante lembrar que a histeria em termos médicos, a partir do século XX, também já havia sido transferida da relação com o útero e passou para um viés de perturbação neurológica, mantendo a ligação com o território de “fragilidade” feminina e sendo responsável por lotar muitos leitos psiquiátricos com várias mulheres até o início da década de 1920⁹⁷. Mas onde foram parar as “histéricas” do Hospital de Alienados na transição para a década de 1930?⁹⁸

A partir dos dados coletados e divididos em maiores e menores ocorrências (quadro 3 e 4, respectivamente), podemos presumir que a “nova histeria” estava rotulada, principalmente, na qualidade de psicose maníaco-depressiva, haja vista que em ambas podemos perceber algumas semelhanças no viés médico-psiquiátrico, bem como na

⁹⁵ O item nomeado “Outros” confere diagnósticos que não atingiram a marca de 1%, por exemplo, Paralisia, Nervosismo, Parafrenia e Imbecilidade.

⁹⁶ Porcentagem considerando a minoria, ou seja, 48 de um total de 133 prontuários de mulheres entre os anos de 1927 a 1934.

⁹⁷ A dificuldade de enquadrar a histeria em uma racionalidade enatomopatológica apresentava uma vantagem aos médicos, pois, por ser uma categoria pouco delimitada e fluida, permitia suas utilizações nas mais diferentes situações. Com isso, os médicos puderam lançar mão à vontade do diagnóstico de histeria, patologizando comportamentos considerados desviantes e antissociais que não podiam ser facilmente atribuídos a outras doenças mentais (NUNES, 2010, p. 377).

⁹⁸ A nível de informação, a pergunta também faz referência a Lacan no momento em que perguntou a Freud pelo destino das “histéricas”, uma vez que, nesse momento, a psicanálise também tentava uma nova resposta para a questão da histeria (VILLARI, 2001, p. 135 - 138).

construção social dessas enfermidades que estiveram ligadas ao território feminino para a manutenção dos pressupostos das diferenças de “essências” que determinavam as funções sociais de homens e mulheres.

Assim como a histeria, o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva era igualmente visto como pertencente quase que exclusivamente ao universo feminino, tendo em vista que se fundamentava na associação dos períodos menstruais, hormonais e nos “abalos morais”. Dessa forma, o saber médico encontrou a possibilidade de explicar e relacionar os comportamentos das mulheres com base em uma racionalidade científica que pareceu mais coerente. Nesse caso, com a substituição e o deslocamento da histeria para a psicose maníaco-depressiva.

Esse deslocamento estabeleceu-se porque a “histeria” já havia representado um entrave para os avanços somáticos da medicina da época, pois o novo pensamento médico ancorado na racionalidade não conseguiu explicá-la com base nos sintomas construídos e classificados ao longo do tempo, porém, de maneira geral, “a histeria em cada momento da história, nos indica qual é a forma pela qual se tentava remediar, a não relação sexual” (VILLARI, 2001, p. 135). Destarte, o campo da sintomatologia atribuída anteriormente à histeria foi retomado no campo de outras “perturbações mentais”, que foram paulatinamente perdendo espaço na prática asilar.⁹⁹

Sendo assim, com o fato da histeria ter perdido o sentido, a partir da década de 1920 “outro tipo de loucura” precisou atender às demandas de intervenções dos corpos femininos e das expectativas socialmente construídas para as mulheres. Concomitantemente, a psicose maníaco-depressiva serviu para reinterpretar a loucura feminina em torno do paradigma hormonal. Joel Birman (2010, p. 369) explica que:

A substituição da figura da histeria por da psicose maníaco depressiva com base na nova perspectiva kraepeliniana, visava estabelecer um paradigma psiquiátrico centrado na degeneração, que esvaziava a dimensão histórica da experiência psiquiátrica.

No entanto, essa reinterpretação apenas mascarou a experiência histórica da loucura feminina e não representou o afrouxamento dos projetos de intervenções do corpo das mulheres; pelo contrário, recuperou a velha ligação do corpo da mulher como um fator de maior possibilidade de doenças ao longo de toda a vida reprodutiva. Em outras palavras, “no

⁹⁹ Esse assunto será abordado no próximo tópico.

lugar do útero entraram em cena os hormônios ovarianos, que começaram a ganhar lugar de destaque” (NUNES, 2010, p. 385).

A partir disso, a loucura continuava inscrita no corpo feminino, porém ancorada nos moldes científicos krepelinianas e chamadas nesse período de psicose maníaco-depressiva. Esse diagnóstico, assim como a histeria, estava pautado em um ciclo de singularidades especificamente de ordem biológica, para assim estruturar a condição da enfermidade, que, por consequência, corroborava as reincidências femininas nos hospitais psiquiátricos.

Podemos perceber que ainda não havia uma clara dissociação entre as mulheres e o seu corpo. Assim, o saber sobre suas vivências, suas características físicas, biológicas e suas práticas sexuais também se configuravam como uma espécie de “armadilha social” que as colocavam numa posição de fragilidade e de docilidade, características responsáveis pela construção de um estereótipo de pessoas menos capazes. E, ao passo que essa posição fosse infligida, esse mesmo saber, juntamente com as práticas médicas nos espaços asilares, estava pronto para classificar e pontuar essas mulheres no limiar da loucura quantas vezes fossem “necessárias”.

O que nos faz retornar ao ponto de partida desse tópico, a história de Maria na perspectiva asilar¹⁰⁰, que obteve alta em 07 de agosto de 1932, um pouco mais de três meses depois da sua entrada no Hospital. Entretanto, a história dessa mulher e suas experiências no Hospital estavam longe de acabar, voltando a dar entrada em novembro do mesmo ano e continuando sua trajetória até meados de 1946, quando não há mais registros da sua entrada na instituição. Assim, sua trajetória até o momento que podemos mapear foi sempre entre idas e vindas. Fator esse que corrobora o “ciclo sem fim” que o “estigma” da loucura demarcava sobre o perfil e vida de diversas mulheres, uma vez que a “doença” ficava cada vez mais “real” — tanto para os médicos quanto para os familiares, o social e, talvez para elas mesmas — e a “cura” mais distante.

Entretanto, essas vivências, primeiramente, são pessoais e intransferíveis. São algumas trajetórias pessoais que precisam ser visualizadas em suas sensibilidades e singularidades, por isso vamos separar o espaço do terceiro capítulo para tratarmos disso de maneira mais aprofundada. Por agora, precisamos refletir sobre experiências relacionadas a outros tipos de diagnóstico feminino.

¹⁰⁰ Prontuário nº 362. Maria Cavalcante Valença, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

2.4 Outras experiências de loucura feminina

A partir do final da década de 1920, as transformações, discursos e práticas de cuidados sobre a “loucura” incorporaram-se, definitivamente, ao paradigma teórico da escola alemã. Isso significa que, no espaço do hospital psiquiátrico, novas formas de conceber as “doenças mentais” são colocadas em prática — diagnósticos e tratamentos. Essas mudanças, de maneira geral, estabeleceram-se nas formas de interpretar a “enfermidade” e, conseqüentemente, na forma de exercer os cuidados para a “cura” com a introdução da medicalização dos “problemas mentais”.

Nesse período, a loucura fora gradativamente medicalizada, e, a partir disso, percebemos a ampliação e o aprofundamento de uma “psiquiatria científica” e a ascensão dos representantes da classe médica. Dessa forma, a reinterpretação das leituras acerca dos diagnósticos acompanhou o momento de “racionalidade científica”, que provocou um nivelamento em diversas patologias difundidas anteriormente para a construção de um saber “eficiente”. Nesse sentido, temos como exemplo o nivelamento das ramificações patológicas existentes no deslocamento para a psicose maníaco-depressiva, ou seja, várias psicoses e neuroses descritas por psiquiatras receberam a aproximação das suas especificidades com a psicose maníaco-depressiva, haja vista a maleabilidade que esta detinha em seu campo de interpretação.

A possibilidade de um “viés unilateral” e/ou “verticalizado” para compor o quadro clínico e sintomático da “loucura” ajudou a esvaziar as diversas vertentes de demências e debilidades dos quadros clínicos do Hospital de Alienados. Esse esgotamento das teorias antigas em relação às subdivisões presentes nos estados de demência e debilidade refletiu-se no cotidiano das observações e dos diagnósticos, que podem ser percebidos quando nos atentamos para os outros tipos de “loucura” do panorama das “menores ocorrências femininas” (ver quadro 4), já que os menos visualizados foram: demência mental, demência senil, debilidade mental, debilidade senil, delírio, degeneração, pitiatismo¹⁰¹, alcoolismo e outros que representaram “casos isolados”.

Sobre isso, devemos aproveitar o momento para reiterar que os diagnósticos menos utilizados pelos médicos, principalmente a partir dos anos de 1930, não desapareceram

¹⁰¹ Pitiatismo era considerado, por alguns médicos, a “verdadeira histeria”, por conta disso temos uma “confusão” em um dos prontuários. Este foi marcado por médicos diferentes como “Histeria” e outro como “Pitiatismo”, por isso consideramos apenas o último diagnóstico de “Pitiatismo”. Prontuário s/n. Adelaide Maria da Conceição, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1927.

“magicamente”. Eles fizeram parte à medida que o campo psiquiátrico reformava suas bases com o objetivo de quebrar as “fronteiras cortantes e bem estabelecidas para o registro da constituição no discurso psiquiátrico com um território bem delimitado, mas com bordas sempre fluidas” (BIRMAN, 2010, p. 354).

Essa “fluidez” fez sentido no cerne do pensamento médico porque incorporou a sociedade como objeto de intervenção, ou seja, a medicina mental disputou o lugar entre as instâncias de controle da vida social, nomeando e classificando sobre a “doença e a saúde das pessoas”, pois “entre os homens prevalecia à esquizofrenia, sífilis, alcoolismo e a confusão mental” (MIRANDA, 2016, p. 67), entretanto, para as mulheres, a flexibilidade fez mais sentido, já que não foi pouco o número de mulheres internadas nos hospitais do Brasil, muitas vezes por não corresponderem aos estereótipos ligados ao gênero ou por não se enquadrarem dentro daquilo que a sociedade esperava delas.

Portanto, a construção dessas experiências permeavam diversas questões sociais, emocionais e culturais, ou seja, os desdobramentos reais e/ou metafóricos que acompanhavam a “indiferença”, o “abandono”, o “isolamento”, a “tristeza”, a “morte”, a “transgressão” e “rebeldia”, visto que, além de todo o processo de internamento, havia a “carga subjetiva” advinda dos problemas do comprometimento e/ou da dissolução das suas relações afetivas, necessidades sexuais, vivências em comunidade, trabalho, laços familiares e redes de sociabilidade em geral. São experiências que se cruzaram pelo “desamparo”, mas que não podem ser apenas resumidas ou generalizadas com os internamentos ou atestados sobre os seus diagnósticos.

Paralelamente, a “maleabilidade” no que se refere à “observação” das internas fez sentido em relação aos diagnósticos, tratamentos e experiências, pois recebiam as mudanças de paradigmas em diversos experimentos e métodos empíricos perigosos que, de certa forma, “retroalimentavam” as “respostas incoerentes” e “reações” que chegavam constantemente a “burlar” o sistema e a rotina asilar. É preciso ir um pouco além e aproveitar as maiores informações dos prontuários para traçar os seus tratamentos e as trajetórias pessoais no asilo, na tentativa de descobrir sobre sua “vida” e “loucuras” no ambiente hospitalar e, se possível, fora dele.

Capítulo 3

Os tratamentos psiquiátricos ou " como cuidar de quem cuida: as trajetórias pessoais de algumas mulheres no Hospital de Alienados

“Tive uma discussão com um rapaz que maltratou meu filho, fui parar na delegacia [...] Resolveu fugir andando cerca de três léguas quando foi parada por um soldado [...] chegando em casa ficou doida”.

Ana de Barros¹⁰²



¹⁰² Prontuário nº 302, Ana de Barros. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

3.1 Cuidados femininos e os tratamentos psiquiátricos

Direcionadas socialmente para o exercício do cuidado de si, dos filhos, dos esposos e lares, a situação inverte-se a partir da entrada na instituição psiquiátrica. As mulheres nesse espaço adentraram no universo da espera pelo “cuidado dos outros”, mais precisamente, o tratamento psiquiátrico. De acordo com o *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* (DPLP), o termo *tratamento* significa “modo de cuidar, modo de proceder, curativo de doença”. Em um dos sentidos para a sua conjugação como verbo, corresponde a “consertar, ajustar ou estabelecer bases¹⁰³” — algo que percebemos nas ações médicas em relação à trajetória de diversas mulheres internadas. Assim, o tratamento asilar prometia a “regeneração” e “cura” às “doenças mentais”, embora esse “cuidado” não necessariamente garantisse a “cura” ou a reinserção em seus espaços de convivência e, muito menos, a tranquilidade de que não voltariam às dependências hospitalares.

É importante pontuar que inicialmente o próprio isolamento no Hospício se fundamentava como um tratamento, pois se baseava na percepção de que afastar o “doente” da vida urbana desregrada ajudaria a prevenir “perturbações mentais”. Esse tipo de pensamento almejava a ampliação da capacidade desse espaço e a tentativa de maior organização da administração e do serviço do estabelecimento. Assim, várias medidas foram inseridas no Regulamento do Hospício de Alienados em 1884, incluindo a correção dos “alienados” precedendo autorização dos facultativos clínicos — como eram chamados os psiquiatras naquela época — os seguintes meios de repressão no modo prescrito do artigo 38°:

- I – Reclusão solitária, não excedendo a dois dias.
- II – Diminuição de alimentação por um dia.
- III – Privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios, inclusive o uso de tabaco.
- IV – Colete de força com ou sem reclusão.
- V – Cadeira de força.
- VI – Banhos de emborcação, aplicados somente na presença de um dos facultativos clínicos.¹⁰⁴

¹⁰³ **DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA (DPLP)**. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/tratamento>. Acesso em: 17 dez. 2019.

¹⁰⁴ **1º Regulamento do Hospício de Alienados**. COELHO FILHO, Heronides. A psiquiatria no país do açúcar. Recife, 1983.

Com esse intuito de enclausurar, corrigir e reprimir, os primeiros anos de exercício dos “internamentos” e “tratamentos” no Hospício de Alienados foram marcados pelo envolvimento direto da Santa Casa de Misericórdia e do governo do Estado. Entretanto, as mudanças no modo de observar a “doença mental”, assim como o indivíduo portador, reestruturaram o pensamento médico a partir da nova categoria exclusiva para o cuidado dos pacientes, a psiquiatria. Nesse sentido, retiravam-se as “alienadas” do convívio social para lhes proporcionar a transformação dos “afetos intensos e incentivar a vontade sob os auspícios de uma vontade coletiva” (VENÂNCIO, 2011, p. 36).

Essa “promessa de transformação” ganhou força a partir da década de 1920 na medida em que ocorreram as substituições das ordens religiosas, que estavam em “decadência” nas questões da manutenção e “cuidado” com os internos, ocasionando a entrada maciça de psiquiatras nos hospícios e, conseqüentemente, transformando os hospícios em hospitais psiquiátricos. No Hospital de Alienados da Tamarineira, podemos visualizar os efeitos dessas mudanças nas reformas realizadas por Ulysses Pernambucano, as quais, como já vimos, acompanharam em muitos aspectos as reinterpretações europeias e provocaram substituições de cunho estrutural, tal como no cotidiano das entradas, dos internamentos e diagnósticos.

No tocante às percepções acerca dos tratamentos, podemos perceber veementemente que essas “transformações” já vinham sendo gestadas a partir do fechamento dos castigos nos calabouços, do fim dos banhos de ducha quente e vapor por longas horas¹⁰⁵ e da introdução de “ramificações” das práticas de internamentos. Nesse aspecto, o arcabouço da “nova terapêutica” aplicada pelo Hospital de Alienados na época utilizava métodos psicoterapêuticos com abordagens físicas, medicamentosas e uma atuação preventiva fora dos muros do Hospital, com o trabalho do ambulatório, das Colônias Agrícolas no interior do Estado e do Serviço de Higiene Mental (SHM), que objetivaram, principalmente, resolver o problema da superlotação hospitalar.

Esse aglomerado de pessoas no espaço asilar também provocou a intensificação dos estudos, métodos e das práticas terapêuticas na busca pela “cura”, mas, ainda assim, esses internos “continuaram a ser submetidos a ineficazes, degradantes e violentos tratamentos” (MIRANDA, 2014, p. 206). Com as práticas de intenso sofrimento físico e psíquico, as

¹⁰⁵ Para a realização dos banhos, os pacientes eram imobilizados em uma espécie de “gaiola de canos furados em toda a sua extensão” para receber a ducha com o vapor quente (CUNHA, 1990, p. 53). Essa prática durou cerca de 3 anos no Hospital da Tamarineira devido às faltas de verbas para a manutenção desses equipamentos. (COELHO FILHO, 1983).

mulheres sem grande domínio sobre seu corpo, já violentadas pelo próprio “massacre” de uma rotina hospitalar “degradante”, tinham esse corpo colocado à prova pelos psiquiatras — especialmente quando os métodos psicoterapêuticos foram sendo substituídos por abordagens físicas, majoritariamente para os indivíduos que não tinham uma melhor condição financeira —, já que a falta de qualquer tipo de restrição e regulamentação das práticas medicamentosas levaram a diversos experimentos com efeitos colaterais até irreversíveis, ou seja, a morte nos leitos psiquiátricos.

Contudo, antes de destacarmos essa questão, um ponto que precisamos acentuar é o processo de transformação ou “cura” do “doente” relacionado à “vontade coletiva”, sendo esta formada por um “direito consuetudinário” expresso naquilo que era cotidianamente falado ou versado no campo do “não dito”, que, em relação ao nosso objeto de estudo, fundamentou a “mulher saudável” aos moldes da atividade no espaço privado, mais especificamente a de mãe ou procriadora. Segundo Tânia Swain (2007), essa capacidade reprodutora prescreve um antagonismo, tendo um lado ligado à “divindade” da maternidade e, de outro, o peso de um destino que definiria e cercearia as mulheres que não podiam, não queriam ou não desempenhavam “satisfatoriamente” as funções a elas atribuídas. Portanto, essa visão sobre procriação tão difundida pelas instituições sociais interagiu e construiu conjunturas carregadas de relações entre o útero e o ser feminino, principalmente atrelada a um corpo “deficiente”, espírito superficial, moral escorregadia e duvidosa que em todos esses aspectos demandavam vigilância e domesticação eficiente.

Essas relações entre a maternidade e o “ser feminino” também se refletem no exemplo de Ana de Barros¹⁰⁶, mulher lida como “branca”, doméstica, solteira (Figura 6), com um filho e internada no dia 14 de março de 1932 (ou fevereiro de 1932), já que teve sua prisão e internação ligada a confusões com outras pessoas na defesa do seu filho.

Depois de ter sido presa e de uma fuga sem êxito, foi encaminhada pela polícia ao Hospital. Ana de Barros explica que, após “uma discussão que teve

Figura 6 – Retrato de Ana de Barros



Fonte: Prontuário nº 302, Ana de Barros. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹⁰⁶ Prontuário nº 302, Ana de Barros. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

com um rapaz que maltratou seu filho, foi parar na delegacia, onde lhe deram harduadas na cabeça (?) e resolveu então fugir” (*sic*)¹⁰⁷. Nessa leitura, é muito provável que a justificativa dela e, principalmente, a sua tentativa de fuga tenham “atestado” o seu “problema mental” (Figura 7), tendo em vista que, nesse momento, esperava-se uma “passividade inerente” à maternidade que a acompanhava.

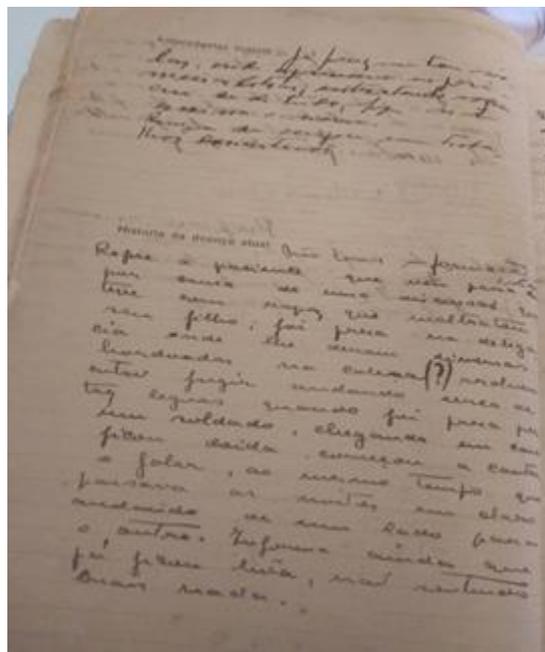
Outra questão importante na leitura da observação dos médicos consiste no descrédito ao relato da violência policial sofrida por essa mulher, incluindo interrogações em suas falas e partindo com o foco nas características que poderiam atestar a sua “doença”. Fora frisado que a paciente andou três léguas em sua fuga quando “foi parada por um soldado, chegando em casa ficou doida”¹⁰⁸. A distância percorrida por Ana equivale a mais ou menos 14 quilômetros. Nesse caso, podemos considerar que essa fuga foi bastante expressiva, ainda mais

porque exatamente nessa descrição o prontuário não se estende nas informações, logo o “silenciamento” na trajetória que envolve a polícia pode mostrar muito bem a seletividade com que se filtrava os possíveis “problemas” da paciente.

Também fica evidente que a análise médica tinha o objetivo de traçar o panorama de sua “loucura” com o somatório de especificidades que não estavam em consonância com a construção social relacionada ao seu gênero, já que mais tarde “começou a cantar e a falar ao mesmo tempo em que andava de um lado para o outro. Informa ainda que ficou fria, não sentindo mais nada”¹⁰⁹.

Provavelmente, essa alegação de “frieza” não combinou com a amorosidade e o afeto “programado” para uma “mulher saudável”, ou seja, Ana de Barros, uma senhora de 55 anos, com suas “funções procriadoras” em fase de esgotamento biológico, devido à idade um pouco avançada, que segue sendo

Figura 7 – Prontuário com o trecho inicial do Histórico da Doença de Ana de Barros.



Fonte: Prontuário nº 302, Ana de Barros. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹⁰⁷ **Idem.**

¹⁰⁸ **Idem.**

¹⁰⁹ **Idem.**

considerado elemento da menopausa e que, portanto, seria responsável por alterações hormonais, corporais e de estados de humor profundamente. Os discursos sobre saúde mental do período podem revelar que, apesar de ter tentado defender seu filho, as outras atitudes desligadas de sentimentos se afastaram do projeto e da “manutenção de uma sociedade que buscava criar padrões de comportamento e sentimento” (SILVA, 2008, p. 65).

Assim, os esforços para a conclusão do diagnóstico de sua doença sucederam da verificação dos antecedentes hereditários, antecedentes sociais, pessoais e colaterais, como também o exame neurológico. No geral, essas informações constam que o pai já era falecido de velhice, que tinha um irmão vivo, um avô paterno que faleceu em decorrência de moléstias mentais e o filho que sofreu dificuldades desde muito pequeno. Ela ainda aponta que na infância teve sarampo e catapora, em outras palavras, contou um cenário de dificuldades familiares, apenas lembrando que tinha boa saúde na puberdade. Inclusive, essa informação do âmbito familiar pode ter sido um “sinal” alarmante na “loucura” de Ana, na medida em que esses componentes genéticos e hereditários foram e seguem sendo considerados peça-chave na definição de “problemas mentais”. Por último, alega que frequentou ensino regular, assinava o nome, entretanto não se lembrava de tudo.

Como pudemos perceber, a construção do seu diagnóstico a partir das informações colhidas pelos médicos e a conclusão do exame mental corroboraram a sua insanidade. Com o diagnóstico de “Psicose maníaco-depressiva”, Ana de Barros foi monitorada em seus hábitos alimentares, higiênicos, capacidade de evocar memórias e possíveis ideias delirantes nos primeiros dias de sua internação. Foram visualizados no exame mental que:

A paciente apresenta-se ao exame, calma, orientada no tempo e no meio, tem bom comportamento na enfermaria. Alimenta-se bem, não tem hábitos imundos, recorda bem os fatos passados, não notamos alucinações, resolve cálculos simples, não há ideias delirantes, hipocondríacas (grifo nosso).

Mediante as conclusões do monitoramento da paciente, podemos entender a importância dada pelos médicos aos indícios da sua “doença” e de como a paciente reagia à questão de higiene e alimentação, pois, frequentemente, os possíveis constrangimentos e opressões vivenciados por mulheres eram mal compreendidos e resumidos à fadiga do espírito gerada pela constante atenção ao filho, ao mesmo tempo que executava tarefas domésticas, constituindo-se como um “trabalho físico e mental, alienante e restritivo” (GARCIA, 1995, p. 13). Assim, a “dupla jornada” de vivências femininas seria agente

propagador de “fadigas e perturbações” e a simples apresentação de uma boa conduta, ações higiênicas e boa alimentação poderia ser a “solução” para os “devaneios femininos”.

O prontuário de Ana de Barros dá-nos indícios de que o seu “bom comportamento” e demonstração de “bons hábitos” tenham ajudado em sua liberação do Hospital, uma vez que nele pouco consta sobre os desdobramentos do seu tratamento e a sua saída. Contudo, não podemos descartar a possibilidade de que a continuação desse prontuário tenha sido extraviada durante as inúmeras mudanças na estrutura asilar, já que, nesse caso em específico, observamos uma falha no preenchimento das datas de entrada e saída, constando a entrada em março de 1932 e a saída no dia 25 de fevereiro do mesmo ano.

Podemos entender esses erros como fruto relativamente natural da prática médica, pois, apesar dos maiores detalhamentos nos prontuários ao longo dos anos, é interessante lembrarmos que essa documentação tinha uma “finalidade de produção” e que a linguagem médica utilizada nesses registros atendia às demandas desse grupo específico, havendo interesses na abundância de detalhes ou na falta deles para reprimir, bem como para atestar a veracidade do que se pretendia construir ou produzir. Nessa perspectiva, Foucault (2012) coloca que há apenas fragmentos ou discursos construídos parcialmente para gerir sujeitos e corpos na disciplina e na construção do indivíduo “útil”, “dócil” e “saudável”. Essa relação entre poder-saber da medicina constituiu-se na capacidade de construir discursos e práticas normativas e reguladoras para as pessoas consideradas perigosas.

Assim, no caso de Ana de Barros, podemos presumir que houve apenas uma troca no local destinado às datas ou que o motivo seja uma “desvalorização” e “produção” das pessoas internadas, principalmente se atentarmos para “erros” ou “esquecimentos” comuns nos prontuários. Por exemplo, o caso de Irineia Mathias Barbosa¹¹⁰, menor de idade, “branca”, solteira, encaminhada pela polícia e internada no dia 11 de março de 1928, também diagnosticada com psicose maníaco-depressiva, mas que não teve o registro de sua saída nem o de sua morte preenchidos.

Do que podemos mapear, Irineia Mathias Barbosa, em março de 1928, apresentou “excitação psico-motora”, alucinações da vista, irritabilidade, gestos extravagantes, fugas de ideias, desorientação, crises de choro e instabilidade de atuação¹¹¹. Apesar de apresentar um quadro clínico muito diferente do nosso caso anterior e ter diferenças óbvias de geração e etnia, recebeu o mesmo diagnóstico e igualmente o pouco detalhamento de suas condições

¹¹⁰ Prontuário nº 8682, Irineia Mathias Barbosa. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹¹¹ **Idem.**

de vida no ambiente hospitalar. Diante disso, percebemos semelhanças nesses casos que podem elucidar o motivo para a falta de preenchimento ou descaso baseada no fato de que ambas tiveram seus internamentos solicitados pela polícia, podendo este ser mais um dos fatores que contribuíram para a falta de importância no registro desses prontuários. Ao que parece, é um quadro de rotina hospitalar tão comum que abriu margem para diversos “esquecimentos” propositais ou involuntários que apresentaram um cenário de desencontros, como uma espécie de “universo paralelo” que reproduziu e maximizou as diferenças e desigualdades na forma de observar e tratar.

Todavia, é plausível destacar que as mudanças nos tratamentos advindos da teoria organicista estavam a todo vapor. Assim, as muitas medidas terapêuticas às quais as mulheres foram submetidas passaram a ser incluídas em seus prontuários, o que não significa que fossem bem tratadas, pois, frequentemente, seguiam-se consequências negativas ou letais dos tratamentos baseados em injeções de mercúrio, iodeto de sódio, salicilato de sódio, bismuto ou até mesmo injeções sedativas. Dessa forma, eram usados tratamentos de risco real à vida dos pacientes, inclusive com a possibilidade de complicações cardiovasculares e, em último caso, podendo levar à morte, como o uso da piretoterapia e malarioterapia, das quais a primeira objetivava provocar febres artificiais por meio de vinte aplicações de injeções endovenosas ou intramusculares de Theon 40, Protinjetol, DImecos; e a segunda consistia na inoculação intramuscular de sangue de doentes maláricos que ainda não tivessem sido tratados, em pacientes com perturbações mentais para, assim, com o aparecimento dos primeiros sinais da doença, serem usados nestes últimos o quinino, sendo esta a principal droga utilizada no tratamento da malária (PEREIRA, 2002, p. 42-43).

Tais tipos de tratamento provocavam muitas dores físicas e psíquicas nos indivíduos e, não raro, ficavam aquém das expectativas dos médicos, principalmente pelos altos custos dessa “empreitada terapêutica”, visto que faltavam verbas, medicamentos eficientes, um quadro de funcionários qualificados em um cenário de crises internas e aplicações de tratamentos que não necessariamente representavam o “cuidado com os outros”.

Com a ineficiência desses processos medicamentosos, foram introduzidas, principalmente no final dos anos de 1930, as terapias biológicas e a lobotomia, tendo como exemplo o uso do procedimento clássico de terapia por choque insulínico, que consistia na aplicação de dosagens crescentes de injeções subcutâneas de insulina para provocar a hipoglicemia e, conseqüentemente, o coma. Esse era considerado um “método eficaz”, considerando a sua utilização em grande escala e de modo experimental e empírico para a

apresentação dos resultados em revistas especializadas, sendo quase sempre considerados benéficos, independentemente do sofrimento e dos efeitos colaterais danosos (MIRANDA, 2014, p. 207).

Apesar desse tipo de tratamento ter ganhado força posteriormente ao recorte temporal da pesquisa, não seria coerente pensar que eles apareceram subitamente, mas, sim, entendê-los como um processo que já vinha sendo construído. Aliás, ao analisarmos o quadro geral das possibilidades de tratamento da época, podemos perceber as relações estreitas com o que Foucault (2001) adverte sobre a intervenção psiquiátrica e a dissolução do seu “projeto de cura”. Nesse sentido, a “cura” não foi o objetivo principal da psiquiatria nesse momento, e sim o funcionamento amplo na proteção da sociedade contra os perigos das ações de pessoas em estado “anormal”; em outras palavras, a partir dessa medicalização do “anormal”, a psiquiatria relacionou-se com a função de proteção e da ordem e, assim, atingiu o máximo de poder sobre as “anomalias individuais” funcionando como uma “instância geral de defesa da sociedade contra os perigos que a minam do interior” (FOUCAULT, 2001, p. 403).

Sem dúvida, temos um labirinto pela frente. No processo de desvelamento de pessoas consideradas “perigosas” e as formas pelas quais penetraram o hospital psiquiátrico, encontramos um amontoado de mulheres “brancas”, “negras” e “pardas”. Algumas com uma vida considerada “desregrada”, outras chamadas de “tristes ou melancólicas” e desqualificadas em seus “delírios”, “psicoses” e insubmissões, as quais podemos entender como equivalentes. Assim, vamos encontrar não apenas mulheres que cuidaram dos filhos e dos outros, mas também filhas e moças menores de idade que passaram pelos portões do Hospital; solteiras que não tiveram ou quiseram cuidar de ninguém além delas mesmas; mulheres casadas, sobrecarregadas pela jornada no lar e que, portanto, não estavam desempenhando o que se esperava delas; e até viúvas que igualmente precisavam dar conta de tudo e todos, até experimentarem abandonos e os desconfortos familiares.

Mulheres com antecedentes, históricos, memórias completamente diferentes, mas que, independentemente, experimentaram os dissabores de toda uma estrutura que deslegitimava a sua existência, a sua fala, o seu rosto e corpo. As possibilidades do tratamento e a continuidade da trajetória hospitalar são inúmeras, assim sendo, podemos caminhar nesse labirinto focando em alguns aspectos cruciais para o entendimento das trajetórias femininas no Hospital de Alienados, como os frequentes desdobramentos dos seus internamentos e tratamentos ou, mais precisamente, as altas, as comuns reincidências e, em vários casos, o “cúmulo das dores”, a morte.

3.2 Outras possibilidades: as altas, reincidências e o fim da vida nos leitos

A insignificância com que muitas internas eram visualizadas e tratadas permeiam vários aspectos importantes das suas trajetórias no Hospital. O primeiro deles consiste no contingente populacional exagerado e na conseqüente mistura de doentes de todos os tipos na mesma ala, provocando o contágio de doenças que facilitavam a multiplicação de sérios problemas de saúde, inclusive com a junção de crianças e jovens menores de idade ocupando esse mesmo espaço.

As doenças que assolaram as crianças que ocuparam o espaço asilar advinham dos quadros calamitosos da fome, da falta de saneamento básico e da miséria na “realidade recifense”. Dessa forma, a presença das crianças no espaço asilar correspondia, em grande parte, aos casos de rebeldia e pequenos delitos, assim como os maus tratos, abandonos e alcoolismo, ou seja, a formação do “problema da infância” também estava ligada ao que Humberto Miranda da Silva (2008, p. 125) salienta sobre a psiquiatrização da infância:

A psiquiatrização da infância surgiu a partir da necessidade de expansão da psiquiatria enquanto ciência e de sua reação com os problemas sociais [...]Ao procurar explicar as práticas daqueles que eram considerados “anormais”, “lesivos” e ameaçadores”, especialistas encontravam respostas na fase infantil dos indivíduos e com a perspectiva de trabalho dos psiquiatras e higienistas era de caráter preventivo, esses agentes buscaram se preocupar com a questão da infância.

Essa “preocupação” com a questão da infância também pode ser evidenciada se atentarmos para a realização dos programas e das campanhas do Serviço de Higiene Mental voltadas às medidas assistencialistas para as famílias e as crianças, como também os internamentos dos casos mais “problemáticos”, que permaneciam em conjunto com os outros indivíduos internados, principalmente até os anos de 1930.

No caso de Amara Agostinha da Conceição¹¹², “preta”, com 14 anos de idade, pernambucana, solteira, doméstica, que foi enviada pela polícia no dia 12 de março de 1929, tendo o seu diagnóstico apontado para “degenerescência com episódio delirante”, seus antecedentes constam que possuía hábitos de espiritismo, excitação psicopata e, em muitos momentos, apresentava agressividade, mentalidade baixa, humor depressivo e triste. Além disso, é possível que seu diagnóstico e sua internação também estejam atrelados à sua cor, tendo em vista que, nos postulados eugênicos da época, a degenerescência estava

¹¹² Prontuário nº 2671, Amara Agostinha da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

profundamente ligada ao que Foucault (2001) chamou de “racismo científico”, discutido nos capítulos anteriores.

Em seu prontuário, podemos observar apenas a sua saída no dia 29 de abril de 1929, apresentando melhora, mas sem muitas informações. Nesse caso, abriremos espaço aqui para conjecturas. A primeira: a possibilidade de internações posteriores e mudanças no número dos prontuários para justificar a falta de informações destes — fato que era comum quando se perdia e/ou não achava determinados prontuários; e a outra, na qual também faz sentido, o não preenchimento justificado em fatores externos e preconceitos de classe, gênero e cor.

Ainda sobre a questão das menores de idade e o espaço asilar, temos o caso de Juliana Sobral¹¹³, “branca”, com 12 anos de idade, pernambucana, também enviada pela polícia, deu entrada para a Observação no dia 08 de março de 1929 e, após quatro dias, foi internada com o diagnóstico de debilidade mental por alcoolismo. Em seu histórico, foi frisado o fato dos pais serem alcoólatras e ela, igualmente, com hábitos contínuos do uso de bebida alcoólica até a embriaguez, exercendo falta de pudor, obscenidade, inquietação e reflexos pupilares sem reação à luz. Assim, os médicos concluíram o estigma degenerativo, só apresentando melhora em seu quadro clínico cinco meses após a entrada, no dia 16 de agosto de 1929, dia da sua saída do Hospital.¹¹⁴ A partir disso, podemos perceber que as duas jovens estavam na “mira” das instituições que englobavam a proteção à família, o combate ao alcoolismo e a degenerescência. Dessa forma, tanto o caso de Amara quanto o de Juliana ajudam a corroborar as ações de cunho higiênico e eugênico que as ligas nacionais e estaduais pregaram naquele momento, bem como a presença de crianças e jovens no Hospital de Alienados.

Entretanto, é importante frisar que o número de crianças e jovens já era bem menor do que o de adultos no Hospital. De acordo com os prontuários coletados, a partir dos anos de 1930, esse número diminuiu consideravelmente, o que pode ser explicado pela ampliação e criação de outros espaços de confinamento para crianças durante essa década, considerando que, a partir das políticas assistenciais do Interventor Carlos de Lima Cavalcanti em 1931, a questão do controle sobre as crianças precisou ser atendida em suas especificidades.¹¹⁵

¹¹³ Prontuário n.º 2676, Juliana Sobral. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

¹¹⁴ **Idem.**

¹¹⁵ Como as colônias correcionais, escolas e o abrigo de menores discutidos e aprofundados no último capítulo da dissertação de mestrado de SILVA, Humberto Miranda. Meninos, moleques, menores: faces da infância no Recife, 1927-1937. Dissertação (Mestrado em História), Recife, UFRPE, 2008.

O segundo ponto relevante para a compreensão das várias possibilidades imbricadas nas trajetórias femininas no Hospital de Alienados na Tamarineira consiste nas altas e nos reinternamentos, pois, ao consultar os prontuários, percebemos vários casos com segundas ou mais internações, de modo que muitas mulheres ficaram entre idas e vindas, em um movimento sucessivo de internação, alta e “reinternação”. Entre os motivos para as sucessivas internações, estão relacionados, principalmente, a ordem biológica e organicista na interpretação e no tratamento da “loucura”, haja vista os postulados kraepelinianos que reforçavam a ligação do corpo biológico feminino com a maior probabilidade de “afecções mentais”, devido às questões hormonais, à vida reprodutiva e aos “abalos morais”, como também a atuação de vigilância e disciplina do Serviço de Higiene Mental sobre os corpos, gestos, atitudes e vida cotidiana das pacientes após as altas acompanhadas de visitas periódicas.

Ademais, encontramos nas próprias internas a possibilidade de resistência ao tratamento ou uma chance de sair com a apresentação de “bons hábitos” e “bom comportamento”; em outras palavras, o enquadramento dessas mulheres aos preceitos morais dos próprios médicos e agentes de visita poderiam colaborar para as altas do mesmo modo que para as reincidências de internamento. Diante disso, no sinal negativo desses preceitos por parte dessas mulheres, também era possível que fossem taxadas com desdém e, até mesmo, que tivessem suas imagens difamadas.

Nesse sentido, em muitos casos, as mulheres receberam conceitos estereotipados que nada tinham a ver com a medicina, mas, sim, com “valores morais”. Os constantes choros, pedidos para sair e promessas de “mudança” só faziam sentido para a saída e liberação se acompanhassem determinados trâmites médicos, bem como sociais. Esses aspectos podem elucidar as questões sobre as altas “repentinas” e as grandes probabilidades de volta ao Hospital, as quais não, dificilmente, esbarravam na morte de grande parte das internas, já que o “arsenal terapêutico” associado à temida truculência dos enfermeiros demonstra que, em muitos casos, os responsáveis pela administração do Hospital enxergaram as “loucas” como “seres” com “um instinto animal que deveriam ser vigiados e reprimidos sempre que contrariassem qualquer dispositivo disciplinar da instituição” (MIRANDA, 2016, p. 59).

Com esse cenário, era de se esperar a possibilidade do fim da vida nos leitos e, obviamente, a alegação de outras justificativas médicas para atestar o laudo de morte. Segundo Yonissa Wadi (2006), os falecimentos nas dependências dos hospitais psiquiátricos eram, em muitas das vezes, a única chance que essas mulheres tinham de sair, uma vez que

os hospitais psiquiátricos recolhiam não apenas as pacientes com “perturbações mentais”, mas também com doenças somáticas. Além disso, nesse panorama encontram-se as mulheres que não aceitaram a internação, as suas condições de “saúde” ou a rotina hospitalar, com casos de suicídio e outras causas que a memória hospitalar não registrou.

As lacunas da falta de detalhes em casos de morte podem ser percebidas no exemplo de Severina Maria da Conceição¹¹⁶ — “parda”, pernambucana, casada, 22 anos de idade, doméstica —, que deu entrada no dia 12 de março de 1929 e faleceu 13 dias após o seu internamento, no dia 25 de março de 1929. Severina foi enviada pela família e recebeu o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva depois do trabalho realizado na observação e a coleta das informações habituais, foram salientados em seu prontuário que a paciente apresentou “excitação psico-motora”, irritabilidade para com a família, alucinações, gesticulação abundante e, muitas vezes, fuga de ideias.

No exame mental, a explicação para a ocorrência do seu falecimento nas dependências do Hospital baseia-se no período em que não estava internada. Os anteriores episódios delirantes e confusos de Severina foram expressos para atestar “logicamente” a fatalidade, pois, literalmente, com “15 dias depois do aparecimento dos sintomas, a referida desorientou-se. Estava emagrecendo, com tendência vegetativa e confusão de ideias”¹¹⁷.

Similarmente, Josepha Ferreira de Souza¹¹⁸, “branca”, viúva, com 61 anos de idade, pernambucana, deu entrada no dia 02 de março de 1929 e faleceu 20 dias após o seu internamento, no dia 22 de março de 1929. Josepha foi enviada pela polícia e recebeu o diagnóstico de Demência Senil. Nos antecedentes escritos em seu prontuário, temos a informação de que teve dois filhos e saiu de Caruaru para Jaboatão, mas que, quando chegou ao destino, a paciente desapareceu. Foi nesse contexto que a morte de Josepha foi “explicada”, já que “chegou enfraquecida, com alucinações da vista, nervosismo e lesões em estado extenso”¹¹⁹. Não há maiores informações sobre essas lesões ou qualquer outro sintoma.

Os casos de Severina e Josepha, nos quais o fim da vida nos leitos se apresentou, são particularmente tristes, mas que podem exemplificar o funcionamento do Hospital de Alienados na Tamarineira como mais um dos depósitos de “calamidades de todos os tipos” espalhados pelo Brasil na época em questão. Todavia, para essas mulheres não caírem, mais

¹¹⁶ Prontuário nº 2674, Severina Maria da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

¹¹⁷ **Idem.**

¹¹⁸ Prontuário nº 2664, Josepha Ferreira de Souza. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

¹¹⁹ **Idem.**

uma vez, no esquecimento desse “universo paralelo”, é relevante adentrarmos nos rastros escritos em seus prontuários, procurando as confissões do cotidiano, as suas falas, falhas, memórias, delírios, os quais o poder da medicina procurou gerir, interditar, assim como incitar e produzir. Pois o campo da subjetividade oferece-nos a possibilidade de inclusão de algumas narrativas do Hospital a partir de trajetórias pessoais e intransferíveis, na tentativa de compreender o que contam sobre si e sobre os outros, em um exercício de visibilidade de seu rosto e histórias.

3.3 Histórias pessoais e intransferíveis

“Tudo que o pessoal diz eu boto aquilo na cabeça e não sai mais.”¹²⁰

Recife, 08 de junho de 1932, no relato de Severina Paulina da Conceição, que deu entrada no Serviço de Observação do Hospital de Alienados, localizado no sítio da Tamarineira.

Encaminhada pela polícia, essa mulher de 32 anos — segundo o seu exame de idade —, “parda”, solteira, realizava serviços domésticos e agrícolas, era analfabeta e declarou-se católica. Poucos dias após essa declaração, gritou muito e foi internada. Apresentou-se na Observação aparentemente “deprimida”, “desorientada no tempo e meio”, já no interrogatório pediu diversas vezes a sua alta, inclusive falando sempre em seus três filhos. Severina relatou que o ponto de partida de sua doença se deu há muitos anos no pós-parto, quando foi ficando com “a cabeça aluada”. Além disso, entre os 13 e 14 anos foi deflorada e já tinha sido amasiada. Para completar os seus antecedentes pessoais, declarou que teve sarampo na infância, que sofria de falta de ar e havia dois anos que estava sem menstruação. Com os seus pais mortos e o histórico hereditário de alienação do seu pai, evidentemente o “olhar especializado” procurou os sinais e sintomas visíveis e invisíveis em seu exame mental para diagnosticar o “episódio delirante dos degenerados”. Assim, foram expressos os seus humores, frisando que sempre se mostrava em tonalidades de tristeza e um intenso delírio de perseguição, pois tudo que ouvia não saía de sua cabeça, incluindo achar que iriam lhe matar.

¹²⁰ Prontuário nº 412, Severina Paulina da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

A partir do retrato de sua entrada (Figura 8), podemos visualizar essa tristeza e desconfiança em seus olhos, no friso da sua testa e em seus ombros caídos. Aliás, essa história poderia até ser completamente igual a muitas outras escritas telegraficamente ou com muitas partes em branco encontradas em várias caixas de prontuários do arquivo do Hospital de Alienados na Tamarineira se não fosse por um detalhe: a transcrição de uma parte considerável da sua fala no interrogatório do exame mental que expressa os sentimentos e as sensações a respeito do espaço manicomial e sobre a sua vida.

Para além dos interesses de quem escreveu tantos detalhes sobre sua “doença” — escolhendo cada parte que seria transcrita no prontuário e sem negar o que Severina poderia estar vivendo no momento de sua internação, o efeito de uma perturbação ou sentimento real, que foi nomeado conforme o contexto histórico de sua ocorrência e que tal condição marcasse sua fala e experiência de vida —, é importante destacar que as cenas e falas próprias em um primeiro momento podem aparentar díspares ou sem lógica, porém, se contextualizadas em uma situação individual, podem tornar possíveis algumas compreensões sobre as “questões de vida” e “loucura” dessa mulher e, conseqüentemente, das questões e desigualdades imbricadas nas relações de gênero.

Assim, no seu exame mental, Severina contou que estava sofrendo do juízo e que sentia palpitações na cabeça. Durante o interrogatório, teve duas crises de choro e, quando interrogada sobre o lugar onde estava, respondeu que não sabia, mas que “no céu não é, porque ainda estou viva”.¹²¹

Se esse trecho da fala de Severina pode indicar certa ironia, principalmente porque após isso completou dizendo que “não era adivinha”, temos uma questão aqui, já que ironia e desdém advindos de uma mulher no seu tempo, e ainda pobre, sem instrução e dentro de uma instituição manicomial, atestaria completamente o seu “delírio” e “destino”. O “curioso” é que Severina parecia saber desse “destino”, pois, aparentemente cansada de tantas

Figura 8 – Retrato de Severina Paulina da Conceição



Fonte: Prontuário nº 412, Severina Paulina da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹²¹ **Idem.**

perguntas, dores físicas e psíquicas, “queria acabar logo com isso” e, algumas vezes, pediu que a “matassem logo de uma vez, pois não aguentava mais”.

Nesse cenário, alegou não saber sua idade. Os médicos pediram o exame de idade, e foi atestado 32 anos. Não realizava cálculos nem os outros testes, respondeu apenas que não sabia porque “sua mãe só lhe ensinou a rezar”. Para os médicos, Severina tinha conceitos incoerentes e nível intelectual muito baixo, sinais físicos de degeneração, desnutrição e problemas nas duas vias do aparelho respiratório. A continuação da história pode-se imaginar: alguns dias depois, Severina foi internada no Hospital de Alienados.

Em seu prontuário, podemos visualizar a continuação dessa trajetória no Hospital com os exames complementares de laboratório, como urina, fezes e ureia, e sua ficha de tratamento baseado em soro glicosado, cloreto de cálcio, renina, suto-trepatan e tônicos cardíacos. Severina ficou internada um pouco mais de dois anos, quando às 5 horas do dia 22 de agosto de 1934 teve sua vida interrompida em decorrência de tuberculose, degeneração aguda do fígado, cirrose do baço e nefrose¹²².

No caso de Severina, a morte que “já havia pedido” em sua observação chegou com algumas explicações de cunho somático e pouco sobre a saúde mental. Todavia, cabem algumas reflexões acerca desse caso. Primeiramente, deve-se considerar quem era essa mulher, que, pelo que conseguimos mapear em seu histórico, tinha cabelos curtos, estatura baixa, magra, “parda”, “triste”, “louca” e morava em uma área mais afastada do Recife, inclusive sem acesso à instrução. Também trabalhava na área agrícola, e, possivelmente após o parto dos seus três filhos, seu estado de dificuldades aumentou consideravelmente, haja vista que, apesar de ter tido uma relação estável, encontrava-se chefiando a família sozinha. Por isso, um possível quadro de “estresse” e “pressão” por conta das grandes jornadas de trabalho e do cuidado com os filhos pode ter influenciado seu estado emocional e mental, sendo assim, a partir de tudo o que a medicina acreditava, fora considerada “delirante” e “degenerada”.

Com termos médicos frutos de sua época que definiam os delirantes pelo padrão de inteligibilidade, o delírio “era uma espécie de confirmação, ponto de chegada a um estado demencial, ao quais todos os loucos estavam condenados” (CUNHA, 1986, p. 139). Assim, foi considerada uma “doente mental” e internada. A partir disso, as características entendidas como tipicamente femininas também estavam em jogo na construção de sua “doença” e “imagem”, e a sua relação com a maternidade e o cuidado com seus filhos foram colocados

¹²² **Idem.**

em cheque quando ela se mostrou preocupada com a situação deles. Logo, é perceptível a busca pelas características que destoassem da imagem construída para as mulheres no caso de Severina, até mesmo com os indícios da sua falta de menstruação frisados em dois pontos do prontuário, em um controle sobre a sua “função reprodutora” e sexualidade.

Em segundo lugar, é interessante considerar o trecho da “opinião” de Severina sobre a sua situação dentro da instituição manicomial, já que, de acordo com os fragmentos colhidos em seu prontuário, sendo o vocábulo literal ou metafórico para o pedido de “morte de uma vez por todas”, pode assinalar, no mínimo, que já estaria se sentindo “morta” por dentro. Além disso, esse “sentimento de finitude” que expressou a sua permanência na instituição diz sobre o próprio Hospital, tendo em vista que as instituições psiquiátricas da época foram consideradas um “lugar de desterro e violência, um verdadeiro cemitério” (WADI, 2011, p. 262).

É provável que toda a situação de precariedade da vida anterior, dos problemas advindos das doenças somáticas aliados ao processo manicomial degradante tenha acelerado o seu processo de morte. No entanto, na complexidade do aparato manicomial, também precisamos considerar outras hipóteses e trajetórias femininas para compor o entendimento. Assim, a próxima história tem início no dia 15 de março de 1932, quando Josefa Correia de Lima¹²³ deu entrada no Serviço de Observação do Hospital. Bem diferente do primeiro caso desse tópico, essa trajetória tem 16 anos pelo menos, de uma mulher lida como “branca”, com 50 anos de idade, possuindo instrução, doméstica e “casada”, que fora enviada por seu cunhado, Augusto Miguel Leão, por conta dos desdobramentos de um casamento, mais precisamente do fim do vínculo afetivo segundo seus familiares.

Josefa Correia de Lima confirmou essa versão sobre o fim do seu casamento e declarou que se “casou com 17 anos e que há mais de 10 anos tinha se desquitado por conta de um amante”¹²⁴. Josefa foi flagrada pelo seu marido na cama com o seu filho adotivo. Esse ato de adultério com o rapaz que tinha adotado por não ter filhos legítimos fora considerado pelos médicos e familiares o ponto de partida da sua doença, já que depois disso “passou a se tornar irritável, falar muito e proferir palavras indecentes”¹²⁵. Também fora grifada em seu prontuário a sua ligação com o “espiritismo” e, talvez por isso, a sua fala fora, na maioria das vezes, direcionada no interrogatório para esses dois acontecimentos da sua vida.

¹²³ Prontuário nº 303, Josefa Correia de Lima. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹²⁴ **Idem.**

¹²⁵ **Idem.**

Em seus antecedentes, alegou que apenas o seu pai estava vivo e gozando de boa saúde. Na infância, teve varíola e coqueluche e completou com a “garantia que não fazia uso de tóxico”. Falou que frequentou escola primária seis vezes, mas estudou apenas o primeiro livro de literatura, sabia ler e escrever, mas se recusou a fazer esse teste na Observação. Para os médicos, Josefa tinha “Demência Senil” e uma “forte verborreia na qual era o centro da comunicação da enfermaria”. Eles grifaram e apontaram os vestígios de sua fala quando disse que ouvia uma voz com frequência pedindo: “que eu cante, grite ou corra”¹²⁶.

Aparentemente, pairava uma incômoda extravagância na fala e imagem de Josefa, pois, em diversos momentos da sua internação, suas “euforias”, roupas e lenços coloridos são anotados no prontuário. Sua presença marcante foi expressa no desenrolar do internamento e acentuada alguns anos depois a partir da forma que lidava com a aparência. Assim, fora dedicada uma página inteira em seu prontuário para destacar os atributos físicos e mentais nas apresentações dos exames, sendo fundamental pontuar que estes não estavam em consonância com o ideal promovido de “mulher saudável” ligado ao bom uso e funcionamento dos “cuidados femininos” de maneira moderada, isto é, a demasia em suas roupas e seus adornos recebeu o destaque médico também porque constantemente as mulheres já tinham sua vida relacionada ao seu corpo, rosto e à sua beleza¹²⁷ e, portanto, não escapavam do olhar e saber institucionalizado, como nos mostra o trecho extraído do decurso:

A paciente vem ao exame com os cabelos assanhados formando dois coques, ambos adornados com panos multicores e na frente com um diadema. No pescoço um pano trançado e bordado como um colar. [...] com seu vestido exageradamente bordado. Face ensandecida e lábios superiores cobertos por pelos.¹²⁸

A peculiaridade da natureza dessa história e de como foi contada em seu prontuário não poderia ficar à parte desse trabalho, considerando que, se observarmos a junção da “extravagância” com o histórico “indecente” bastante detalhado e repetido na documentação,

¹²⁶ **Idem.**

¹²⁷ Levando em consideração que nesse período, já haviam sido transformadas as características exageradas da moda e beleza para a sutileza e objetividade encontradas na maneira de vestir e “de ser” das mulheres desde a década de 1920, sendo assim, a representação feminina através do que se propagava em jornais e revistas da época, visava à manutenção e exploração do sensualismo dos seus corpos para classificação do “bonito” ou “feio” e, do que era “da moda” ou “cafona” em um caráter distintivo e linha tênue. Para aprofundar esse debate, consultar: MELO, Alexandre. **Do flirt, do footing, da Rua Nova: melindrosas e almofadinhas no Recife na década de 1920**. 2015. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

¹²⁸ **Idem.**

podemos encontrar o possível motivo para esse olhar com o julgamento familiar e também para o diagnóstico médico, já que Josefa não se encaixava nos estereótipos ligados ao corpo e à beleza feminina nem tampouco nos padrões tradicionais do casamento vinculados à procriação e fidelidade conjugal. Para Rejane Wilke (2006), a instituição do casamento para as mulheres construiu-se como um espaço deserotizado e “sem fim”, com um duplo critério moral que assinalava a censura rigorosa para com as infidelidades femininas e a condescendência às burlas conjugais masculinas. Assim, a infidelidade feminina trazia a marca do “antinatural” cristalizada nos preceitos morais da época, principalmente para as famílias mais abastadas.

As crises no casamento, o adultério e o desquite de Josefa reverberaram na família, que encontrou na instituição asilar a resolução do “problema” e a justificativa da “loucura”. Assim, Josefa teve sua internação movimentada por seu cunhado e, do que conseguimos acompanhar, permaneceu no Hospital por 16 anos ininterruptos. Em 17 de setembro de 1948, na sua última “conversa” com os médicos, entrou na sala falando com iniciativa e perguntando “o que queriam com ela”. Josefa ousou não responder a algumas perguntas e selecionar o que queria dizer ou fazer, uma “resistência” que ajudou a comprovar o quadro “irreversível” de “doença mental” e a ser chamada de “incoerente”.

Essa capacidade de intervenção dentro do Hospital com as escolhas na maneira de vestir, de falar e calar, assim como na “manipulação” da leitura de sua condição e consequentemente do próprio espaço manicomial, aponta para a subjetividade e sensibilidade inclusas em sua trajetória asilar por meio da palavra ou falta dela. Essa mulher falou sobre si e sobre os outros na medida da sua vontade e continuou dizendo “sou uma majestade e sei disso porque desde menina tenho essa determinação na vida”¹²⁹.

A partir disso, não se tem mais informações sobre o “destino” de Josefa. Entretanto, podemos considerar a ênfase na desqualificação sofrida com a exposição de traços “grotescos” e “incoerentes” do seu corpo como mais uma reação médica utilizada para caracterizar mulheres como indivíduos desprovidos de intelecto e/ou emocionais, bem como o incômodo causado para que tais ridicularizações fossem feitas. Ora, se os médicos dedicaram boa parte do preenchimento do prontuário para atestar a sua inadequação ao sistema vigente muito mais do que para as questões clínicas e/ou somáticas específicas, encontraremos uma mulher com uma trajetória pessoal marcada por realizações de desejos ou o “delírio” de desejar “fazer” e “falar” muito mais do que o seu sexo “permitia”.

¹²⁹ **Idem.**

Essas práticas e a forma que essas mulheres operavam e maximizavam os limites do espaço manicomial e das “enfermidades” em si podem ser visualizadas como um conjunto de situações, fantasias, discursos e ações não esperadas e/ou não incitadas, ou seja, esse compilado de diversas “desordens culturais” femininas “só fazem sentido em referência a uma fronteira mediadora que luta pela estabilidade” (BUTLER, 2017, p. 231). Logo, essa estabilidade que se pretendia era constantemente “burlada” e “manipulada”, haja vista as análises e situações descritas nos registros médicos e os possíveis desdobramentos de suas subversões.

Nesse ambiente complexo, o “peso” de determinadas “atitudes” ganha enormes proporções e relaciona-se diretamente com a continuidade de seus tratamentos, assim como no resultado dessas intervenções médicas. Nesse sentido, é importante evidenciar os prontuários mais detalhados em seu preenchimento, mas, sobretudo, a “voz” dos sujeitos historicamente excluídos, inclusive porque de alguma maneira essas mulheres transgrediram a ordem estabelecida e, principalmente, porque elas nos contam outra versão.

3.4 As práticas femininas de “subversão” no Hospital de Alienados na Tamarineira

3.4.1 Lidando com a rotina e o caos: as “loucas” também resistem!

A leitura da realidade dessas mulheres, assim como o conseqüente uso do espaço manicomial, não atende do mesmo modo a todas as internas do Hospital de Alienados na Tamarineira. O próprio mundo subjetivo pressupõe uma individualidade clara e não se sustenta com generalizações. Dessa forma, lidar com as realidades dos internamentos e experiências femininas no Hospital, até mesmo quando elas se tornam insuportáveis, desgastantes, caóticas e rotineiras, abre um leque de possibilidades em relação às atuações, atividades, movimentações e “resistências” das internas.

A questão principal consiste não apenas em expor a presença das mulheres na instituição psiquiátrica e as possíveis razões para suas invisibilidades, mas também, a partir disso, como manobravam as imposições médicas e resistiam aos mais diversos acontecimentos do cotidiano. Isso significa que as experiências femininas no Hospital abrangem, em alguns níveis, as reviravoltas, táticas e inércias que “deslocam” as bases de dominação dos poderes e submissão dos grupos. Sobre esse assunto, Michel de Certeau (1998) adverte que uma “realidade móvel” se apresenta tanto em seu exercício como em suas

trapaças, de modo que no interior das diversas práticas se encontram o imenso campo das “artes de fazer” em pequenos espaços, diferenças e golpes na ordem estabelecida.

Nesse aspecto, o processo de inversão e subversão das práticas no interior do espaço manicomial apresentava-se em formas desenvolvidas pelas pacientes para escapar das imposições e da violência psiquiátrica. Podemos visualizar no decorrer das internações e dos tratamentos contidos nos prontuários femininos do Hospital de Alienados da época, os “namoros”, as “brigas”, os “furtos”, os “fingimentos”, as “greves de fome”, as “zombarias”, os “silêncios” e as diversas outras formas de “rebeldias” às ordens da instituição. Em outras palavras, foram registrados os detalhes sobre as internas que se recusavam a tomar a medicação prescrita, que não comiam, que choravam, gritavam e cantavam. Além disso, as que agrediam outros pacientes e enfermeiros, que buscavam isolamento no leito ou no pátio, que se recusavam a exercer qualquer tipo de trabalho, que se despiam e/ou usavam roupas e enfeites extravagantes, que defecavam e urinavam em lugares que não fossem os sanitários, e as que usavam “vocabulários inapropriados e/ou pornográficos”.

Como observamos, essa variedade de “antidisciplina” feminina acompanhava páginas imensas em seus prontuários e, não raro, acrescentava mais problemas no cotidiano asilar — nos métodos, tratamentos, diagnósticos e nas respostas médicas. No entanto, esses problemas também revelam o potencial das táticas das internas para lidar com a rotina e o caos hospitalar, uma vez que essas reações são proporcionais às situações em que elas estão inseridas e se caracterizam em “um estilo de trocas sociais, um estilo de invenções e de resistência moral” (CERTEAU, 1998, p. 88).

Se por um lado os médicos atestavam a insanidade dessas práticas e de suas respectivas autoras, estas muitas vezes continuavam com tais práticas e/ou somavam-nas com fugas do confinamento imposto pela estrutura asilar e até mesmo com tentativas de suicídio. Dessa forma, o “labirinto da instituição psiquiátrica”, além da heterogeneidade das mulheres, contempla as inúmeras ramificações e reviravoltas das suas próprias experiências.

3.4.2 “Brincando com o fogo”: casos de reviravoltas, táticas e resistências femininas

O potencial de resistência da situação “adversa” de confinamento na instituição psiquiátrica esteve diretamente ligado ao espaço de repressão em que se criava. Percebemos que essa “posição” por parte das mulheres internadas no Hospital de Alienados foi diversa e

em múltiplos níveis, mas certamente as atuações mais vigiadas, ao mesmo tempo que mais “resistentes”, eram as de cunho higiênico, sexual e moral.

Por meio dessas atuações inconscientes ou estratégicas, muitas mulheres “incomodavam” e “atrapalhavam” o funcionamento vigilante e moralista do Hospital e, portanto, era notificado em seus prontuários todo e qualquer “comportamento”, “sentimento” e “pensamento” percebido como fator “agravante” de suas patologias. Isto é, aos olhares dos médicos, tais reviravoltas nos tratamentos e experiências femininas corroboravam seus quadros clínicos; e, de acordo com cada situação, emergiam termos para designar a “gravidade” e “tipologia” das enfermidades. Esse conjunto de “desconformidades” pode ser evidenciado no caso de Maria Augusta¹³⁰, mulher lida como “preta”, doméstica, solteira e internada no dia 12 de março de 1929, após encaminhamento do Hospital Pedro II. Independentemente de ter permanecido no Hospital de Alienados apenas 16 dias, pouco tempo de internamento, em comparação com outras mulheres, Maria Augusta — diagnosticada com psicose maníaco-depressiva — “ousou” com a exposição de seu corpo e nudez, com a sua violência e agressividade, como consta no exame mental em seu prontuário:

[...] Desolou-se por motivos do seu internamento. Tem estado calma, porém na enfermaria, vez por outra fica nua e começa a praticar atos imorais, rindo para as circunstantes. Orientada, porém muito violenta. Mentalidade baixa. Apresenta um aumento considerável da mama esquerda (grifo nosso).

De acordo com o que podemos investigar em seu prontuário, o exibicionismo e suas “atitudes imorais” receberam tanto destaque a ponto de “ofuscar” boa parte dos seus antecedentes, uma vez que foram colocados como “sem importância” e/ou deixados em branco. Apesar do fato de o “corpo” físico — principalmente o corpo feminino — e o que se fazia dele ter sido tratado como assunto de “saúde mental” na visão dos médicos, Maria Augusta com a “redescoberta” e a “reinvenção” do uso de seu corpo naquele momento e espaço também deslocava os significados inscritos em relação ao cultural e social, pois esses significados não são totalmente fixos e os corpos femininos são constantemente “negociados, contestados, transformados, nunca completos ou acabados” (ANDRADE, 2003, p. 127).

Esse tipo de “negociação” do corpo feminino pode ser percebido, por exemplo, quando lembramos que, enquanto mostravam-se cada vez mais as pernas, corpos e cabelos

¹³⁰ Prontuário 2675. Maria Augusta. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

com o uso dos maiôs, com o bronzearmento nas praias, com as representações femininas nas páginas dos periódicos ou com os cortes de cabelo¹³¹, esse era um “avanço moderno” destinado à beleza, ao mercado capitalista ou até mesmo ao flerte masculino, porém não para a “livre” expressão da vontade e/ou sexualidade feminina. Observa-se que, já nesta época, era comum a “maleabilidade” nos sentidos, significados e significantes, ou seja, o discurso higienista influenciava as novas práticas corporais até certo ponto, pois dentro das dependências hospitalares essa situação desconfigurava-se em um “olhar médico” profundamente arraigado nos velhos moldes tradicionais.

Analisando dessa forma, as atitudes “imorais” de Maria Augusta podem revelar o alto grau de “resistência” dentro do Hospital de Alienados. O “desprendimento” de sua condição e das possíveis consequências sugere um “campo alternativo” à estrutura e rotina asilar, em outras palavras, a ação de Maria parece corroborar, de certa maneira, a afirmação de Judith Butler (2017, p. 250-251) sobre a subversão das práticas de significação repetitiva:

A ordem de ser de um dado gênero produz fracassos necessários, uma variedade de configurações incoerentes que, em sua multiplicidade, excedem e desafiam a ordem pela qual foram geradas [...] Uma multiplicidade de garantias em resposta a uma variedade de demandas diferentes, tudo ao mesmo tempo.

Podemos perceber que essa multiplicidade de “reposicionamentos” no Hospital de Alienados convergia com as suas histórias pessoais, com o ambiente em que essas mulheres estavam inseridas e as respectivas ferramentas disponíveis, posto que estar vinculada ao sistema manicomial representava restrições nos benefícios alcançados com o avanço da luta por direitos sociais e culturais; o isolamento de suas famílias; a dependência física e mental e outras mazelas que certamente estigmatizaram os passos futuros da vida delas. Isso quer dizer que, nesse contexto, até as ações aparentemente “sutis” de resistência feminina emergem como uma alternativa significativa para o entendimento dessas experiências e, mais ainda, para a legitimidade dessas práticas.

Assim, diversas “atividades alternativas” faziam parte do arsenal de “subversão” a qual se tinha “disponibilidade”, como era o caso de Anna Maria da Conceição¹³², mulher lida como “parda”, com 38 anos de idade, casada, agricultora e diagnosticada com “alcoolismo”.

¹³¹ Sobre as mudanças nos padrões de beleza e corpo, consultar: MELO, Alexandre. Entre os cremes e a (pouca) roupa: Os anos 1920 e a cultura da beleza no Recife das melindrosas. In: **V Colóquio de História: Perspectivas Históricas, historiografia, pesquisa e patrimônio**, 2011.

¹³² Prontuário S/N, Anna Maria da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Anna Maria foi encaminhada pela polícia ao Hospital e deu entrada no Serviço de Observação no dia 12 de fevereiro de 1929. Em seus antecedentes pessoais, consta a “excitação psico-motora”, enquanto ela alegou que era o seu “4º episódio de loucura (*sic*)”.¹³³ Aliado a isso, no decorrer do seu prontuário, constam as “ideias de perseguição”, “alucinações de vista e de ouvido”, “perturbações de sensibilidade”, “tremores de língua e das extremidades digitais” e “hábitos alcoólicos moderados (*sic*)”.¹³⁴

De maneira frequente, Anna Maria demonstrava “instabilidade de atuação”, “conceitos fúteis”, “respostas incoerentes”, “desorientação” e “agressividade”¹³⁵. Esses fatores contribuíram para o seu diagnóstico e sua reclusão, porém a ênfase dada sobre seus “hábitos” e “ataques” em seu prontuário merece algumas considerações. Em primeiro lugar, o uso exagerado de bebidas alcoólicas pode apontar para o ambíguo “processo de lidar com experiências adversas e fugir do sofrimento, resistindo à violência e ao desamparo numa tentativa de ficar alegre e mais sociável, ao mesmo tempo em que, num beber solitário, depressivo e autodestrutivo” (CESAR, 2005, p. 04). Seguindo esse raciocínio, além do fator clínico dessa enfermidade, podemos notar as tentativas de fuga da realidade na embriaguez da paciente, bem como em suas oscilações de “alegria” e “agressividade”.

Em segundo, os “ataques de agressividade” também consistem em um ponto relativo dessa análise, pois podem ser “confundidos” com assertividade e/ou “imposição de ideias”, haja vista que não se esperava ações mais contundentes e firmes por parte das mulheres, pelo contrário, cultuavam-se as práticas mais “emocionais”, “delicadas” e “recatadas”, em um processo de “busca e exclusão asilar dos indivíduos “nocivos” e não moralizados em todos os recantos da sociedade” (CUNHA, 1986, p. 135).

Diante desse cenário, a próxima trajetória tem início no dia 08 de fevereiro de 1929, quando Maria Pereira da Conceição de Araújo¹³⁶ deu entrada no Serviço de Observação do Hospital de Alienados, encaminhada pelo Dr. Costa Ribeiro do Hospital Pedro II. Uma mulher lida como “parda”, com 32 anos de idade, doméstica, solteira e diagnosticada com “episódio delirante dos degenerados”. Em seus antecedentes, consta a presença de convulsões, sarampo, varíola e papeira, além disso excitações psicomotoras e alucinações da vista e do ouvido.¹³⁷

¹³³ **Idem.**

¹³⁴ **Idem.**

¹³⁵ **Idem.**

¹³⁶ Prontuário nº 2618, Maria Pereira da Conceição de Araújo. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

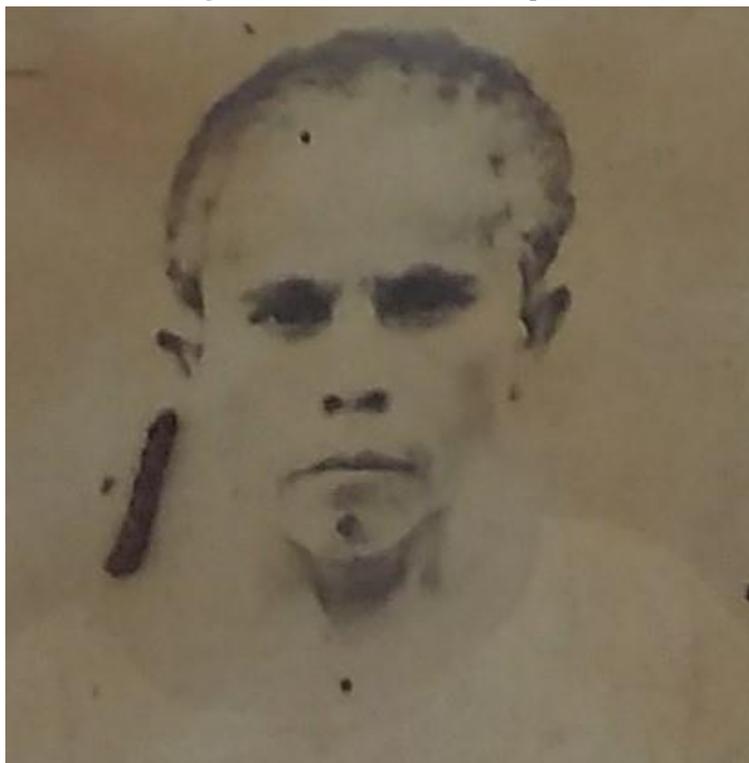
¹³⁷ **Idem.**

Em seu exame mental, a “tentativa de suicídio e o espiritismo” iniciam a análise do diagnóstico e são complementados com os denominados “conceitos incoerentes”, “crises de choro”, “desorientação” e “alteração sexual”¹³⁸. Após 13 dias de internamento, no dia 21 de fevereiro de 1929, as atividades médicas foram encerradas com a sua alta, porém a sua rápida passagem no leito do Hospital foi suficiente para provocar “tumultos” na enfermaria. Desde o seu internamento no espaço manicomial, Maria Pereira da Conceição de Araújo, na interpretação dos médicos,

conferia “perigo” à sua vida e aos demais e, talvez por isso, tenha permanecido poucos dias em estado de internamento e tratamento. Todavia, como bem coloca Yonissa Wadi (2006 p. 69), “uma morte podia ser a redenção de muitas, frente à cura nunca, ou quase nunca, atingida”. Considerando esse ponto de vista, é possível que as “tentativas de suicídio” de Maria Pereira também tenham se relacionado com a não aceitação da rotina hospitalar e/ou a vida em termos gerais, e essa “fuga

da realidade imposta” ao mesmo tempo que revela sobre sua trajetória de “dores”, “conta” sobre suas reações. No tocante à “expressão religiosa”, tais atitudes médicas são inteligíveis, haja vista a associação das religiões de matriz africana com a loucura na época em questão, a própria discordância aos valores religiosos católicos e provavelmente os valores racistas do olhar do observador. Como fora colocado no transcórre deste trabalho, as ações de “regulamentação” dos centros não foram suficientes para resolver, de maneira ampla, a viabilização das manifestações religiosas dessas mulheres. Esse caso em particular confirma o momento de “repressão à memória dos grupos negros” e atesta a sua “resiliência” e/ou “resistência” na manutenção de suas raízes. É notório que o distanciamento de determinadas

Figura 9 - Retrato de Maria Felipe



Fonte: Prontuário nº 400, Maria Felipe da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹³⁸ **Idem.**

“regras de comportamento” e “projetos sociais” era constantemente visualizado em prontuários femininos, pois não se presumia a simples existência sem que esses supostos comportamentos “inadequados” respondesse diretamente às enfermidades mentais. Entretanto, esses não eram os únicos “golpes” e “problemas” na rotina asilar, e muito menos nas experiências femininas no Hospital de Alienados. Diante de qualquer instabilidade causada na instituição — seja de ordem concreta ou mais amena — as ações de combate e contenção eram duramente ativadas, ou seja, o “arsenal terapêutico” estava à disposição para esse tipo de correção, inclusive no possível aumento das dosagens e mudanças medicamentosas. Apesar desse forte aparato e de todas as implicações e/ou consequências recebidas, Maria Felipe da Conceição¹³⁹, mulher lida como “branca”, com 18 anos de idade, doméstica, católica, solteira e sem instrução “movimentou” a enfermaria nos meses em que esteve internada no Hospital (Figura 9).

No dia 01 de junho de 1932, deu entrada no Serviço de Observação encaminhada pelo Hospital D. Pedro II. Em seu histórico, consta que o pai estava morto por razões desconhecidas e que a mãe não gozava de boa saúde.¹⁴⁰ Em relação aos seus “antecedentes pessoais e colaterais”, alegou que menstruou aos 11 anos, teve sarampo na infância e ainda era virgem (*sic*).¹⁴¹ Maria Felipe complementou seu interrogatório afirmando que nunca frequentou a escola e que trabalhava em serviços domésticos e agrícolas. Após o processo investigativo, recebeu o diagnóstico de “debilidade mental” e seguiu para o seu internamento e tratamento.

Ao que parece, em seu histórico não constam “fatores alarmantes” de “quebras” das expectativas sociais, porém, em seu exame mental, a declaração médica enfatiza que Maria Felipe “não dormia, falava durante a noite, andava pelos corredores e perturbava os doentes¹⁴²”. Provavelmente, esse incômodo fora agravado de forma considerável quando “tentou fugir da enfermaria nos momentos de maior agitação”¹⁴³. Aliás, pelo que podemos averiguar, essas “desobediências” seguiam vez por outra agitando o cotidiano hospitalar. Até a sua saída, como consta no atestado de alta no dia 18 de setembro de 1932, Maria Felipe seguia “brincando” com a “realidade” e reinterpretando-a segundo as suas vontades.

¹³⁹ Prontuário nº 400. Maria Felipe da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹⁴⁰ **Idem.**

¹⁴¹ **Idem.**

¹⁴² **Idem.**

¹⁴³ **Idem.**

Também é interessante pontuar que, mesmo em suas devidas singularidades, no tocante às semelhanças dos casos desse tópico —os casos mais “detalhados” de “resistências femininas” — muitas vezes eles eram protagonizados por mulheres solteiras e sem filhos. Isso nos leva ao pensamento de que, ao estarem mais “desprendidas” do vínculo da maternidade e suas implicações, uma possível fluidez em seus comportamentos e “cuidados de si” emergia em tons de “despreocupação” com as possíveis consequências dos seus atos, independentemente do fato de que “não criar filhos e/ou prejudicar o potencial de gerar filhos saudáveis” conferia para essas mulheres e suas possíveis “táticas” as incompatibilidades com a “condição feminina”. Como esses casos aconteciam com frequência, outra hipótese é de que as que exerciam de alguma maneira a “maternidade” poderiam ser visualizadas com certa “tolerância” e, portanto, transcritas com algum grau de “aceitação” por conta da “execução” dessa “dupla jornada”.

Além disso, tanto os procedimentos de controle quanto as formas de rebeldia “alimentam” o “circulo” do “medo, da fuga, da vingança, da negação, do avesso, mas sempre referida a uma sociedade que a produz” (CUNHA, 1986, p. 160). Nesse sentido, a “ação” e a “reação” estavam diretamente ligadas, portanto esses casos de “subversão feminina” no Hospital deixam a entender que a gama de atividades para “fugir” da condição de internamento e/ou “burlar” o que fosse possível acontecia de acordo com as diferentes necessidades de cada paciente. Essas “formas de sociabilidade” ou “formas de reagir” configuram um diálogo entre o individual e o social que revela “estratégias de sobrevivência de cada um, mas ao mesmo tempo, estimula transgressões” (REZENDE, 2018, p. 223).

Claro que nem sempre essas mulheres estavam premeditando ou calculando seus atos. Mas, de certo, que em muitos desses casos de “subversão” podemos encontrar elementos que ora se aproximam dos princípios mais gerais de “resistências” contra a própria estrutura asilar, ora se distanciam, permitindo uma visão intensa e multifacetada dessas trajetórias. Entretanto, ao assumir o desafio de contar as “falas das loucas” e suas histórias pessoais, também podemos refletir sobre as “questões emocionais” e “resistências” imbricadas em suas vivências e movimentações para além do período do internamento no Hospital de Alienados.

3.5 Para além dos muros do Hospital: reflexões sobre as repercussões e consequências da vida asilar

Além da trajetória no interior do Hospital de Alienados na Tamarineira, existia a possibilidade de “alta sob supervisão” do ambulatório e do Serviço de Higiene Mental (SHM), ou seja, algumas mulheres recebiam as saídas, porém eram fiscalizadas por meio de acompanhamentos e agentes com suas visitas periódicas. De modo geral, as agentes investigavam como as pacientes e os familiares estavam vivendo após o período de internamento, isto é, se o tratamento medicamentoso estava sendo realizado e/ou se essas mulheres estavam comparecendo ao ambulatório para a realização de pesquisas psicológicas, práticas terapêuticas especializadas e combate à “doença mental”. Como vimos nos capítulos anteriores, a criação desses mecanismos de “tratamento” e “vigilância” fazia parte das estratégias para resolver a superlotação do Hospital, assim como consistia em uma das ferramentas das “terapêuticas” empregadas e propagadas pelo pensamento intelectual da psiquiatria alemã, reinterpretadas nas associações e nos hospitais psiquiátricos.

Em Pernambuco, esses mecanismos também podem ser percebidos a partir dos anexos e relatórios das visitas das agentes do SHM inclusos nos prontuários de algumas pacientes a partir da década de 1930. No entanto, as repercussões dessas visitas estavam vinculadas, muitas vezes, ao retorno dessas pacientes ao Hospital, uma vez que a oscilação emocional que essas mulheres experimentavam era frisada em seus relatórios como “indício” e ausência de melhora no estado mental e, conseqüentemente, a “necessidade” do retorno às dependências espaço manicomial. Em contrapartida, ainda era frequente o não comparecimento às consultas ou as mudanças de endereços sem avisos prévios por parte dessas mulheres. Logo, podemos presumir que esse potencial de “resistência” à internação e ao tratamento psiquiátrico se mostrava como uma alternativa para “burlar” prováveis novos encaminhamentos e/ou visitas.

Nesse viés, o “hiato” entre a alta e a possível volta ao Hospital acompanhava uma série de etapas de observação no ambulatório por parte das monitoras e visitas periódicas às residências dessas mulheres pelas agentes, portanto configurando-se como mais um mapeamento de sua “vida” e seus “históricos”, já que, quando eram verificadas algumas “anormalidades”, organizavam relatórios, comunicavam as regras de Higiene Mental e convenciam ou reconduziam as pacientes aos seus respectivos tratamentos. Com o crescimento da escala dessas supervisões ao longo da década de 1930 em seus prontuários,

destacamos a trajetória da paciente Zulmira do Nascimento. Essa trajetória tem início no dia 20 de maio de 1932, quando Zulmira do Nascimento¹⁴⁴ deu entrada no Serviço de Observação. Uma mulher lida como “parda”, aos 25 anos, solteira, analfabeta e doméstica, que fora enviada pela polícia ao Hospital e, assim, diagnosticada com psicose maníaco-depressiva após sete dias de monitoramento no Serviço de Observação. Em seus antecedentes, contou que seus pais estavam vivos e sadios e que não havia episódios “psicopáticos” na família.

Sobre sua vida, as anotações do prontuário são reveladoras e cheias de detalhes íntimos. Os detalhes permeiam, em geral, a vida sexual e sentimental de Zulmira, haja vista que aos 13 anos estava inserida na prostituição. Após um tempo, conheceu “um amante com quem teve três filhos”¹⁴⁵, entretanto esse companheiro faleceu e Zulmira estava seguindo a sua vida com outro homem. Assim, foram grifados os desdobramentos da “rápida troca de parceiros” e a relação com o seu estado mental, como consta no histórico da doença:

O companheiro faleceu no hospital e logo após, arrumou outro homem com quem passou a conviver maritalmente, porém, há pouco tempo foi abandonada e então ficou impressionada, gritando e com dificuldades para garantir a sua subsistência e a de seus filhos. O Estado de excitação que chegou a paciente suscitou de imediato o internamento no Hospital.¹⁴⁶

Como podemos perceber, a “atenção” e “supervisão” médica das vivências sexuais atestavam não apenas uma “vida desregulada”, como também a provável correlação com a separação e o “abandono” conjugal, uma vez que os pressupostos da época traziam a marca da “antinaturalidade” desses atos em relação às mulheres — renomeada no prontuário de Zulmira para “afetividade precoce” — e a sustentação do que era “natural” aos “bons costumes familiares” para formar a gama de “explicações” com que muitas foram enclausuradas.

Nesse sentido, a vivência hospitalar de Zulmira merece algumas considerações. Inicialmente, devido a uma “dupla inadequação” aos estereótipos que envolvem tanto o casamento quanto a maternidade, já que Zulmira estava na “contramão” dos valores morais e sexuais sobre o corpo feminino e das práticas do âmbito privado que eram constantemente direcionadas para a cristalização do casamento com funções delimitadas e desiguais entre

¹⁴⁴ Prontuário nº 388, Zulmira do Nascimento. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹⁴⁵ **Idem.**

¹⁴⁶ **Idem.**

homens e mulheres, bem como o “recato” e a responsabilidade feminina na criação de filhos saudáveis (FLORES, 2002, p. 19).

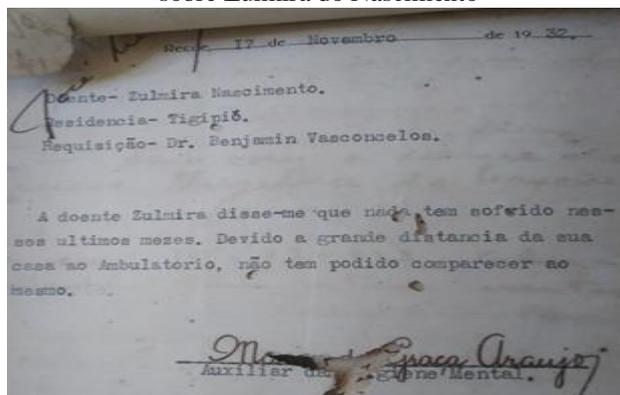
Em segundo lugar, o próprio contraste desse histórico “desregulado” atrelado ao estágio de “bom raciocínio” e “bom comportamento” relatado em seu prontuário, uma vez que “na enfermaria tem se comportado bem e mostra-se muito obediente”.¹⁴⁷ Obviamente, isso não significa que estivesse com bom estado emocional ou que de alguma maneira não vivenciasse as “dores” e “manipulações” da experiência asilar, porém, no mínimo, aponta para o que se esperava dela “naturalmente” e/ou de maneira “forjada”, pois, se parte do prontuário fora dedicado à especificação de pontos que reforçam a “subordinação feminina” como “atestado” de “boa saúde mental”, também podemos entender como uma espécie de perpetuação dos elementos e arquétipos sociais e de gênero dentro da instituição psiquiátrica.

Por último, o seu desejo de retornar à família, pois estava “muito interessada em sair do Hospital para cuidar dos seus filhos”¹⁴⁸, ou seja, a trajetória de Zulmira a partir do seu prontuário fora marcada por questões contraditórias que ora frisavam o aspecto sexual anterior a internação, ora evidenciavam o bom comportamento e a “fala coerente em relação aos seus filhos” no interior do Hospital. Diante dessas questões que se misturam com a vida privada e a subjetividade da experiência asilar, é provável que a junção destas tenha influenciado em sua “alta”, inclusive porque “melhorou rapidamente” e se apresentava “calma e com humor alegre”. Assim, do que podemos investigar, Zulmira recebeu a liberação acompanhada de visitas das agentes do SHM na sua residência, localizada no bairro de Tejipió, por pouco mais de um ano (ver figura 10).

Sobre essas “visitas”, é importante

ressaltar que, durante esse período, geralmente os motivos para a realização delas permeavam a conduta social e moral das pacientes, de higiene e tratamento, inclusive com o diálogo para com as famílias dessas pacientes. Além disso, essa prática carregava consequências cruéis, pois “estigmatizava e lembrava seguidamente o paciente da sua condição de doente mental”.

Figura 10 – Relatório do Serviço de Higiene Mental sobre Zulmira do Nascimento



Fonte: Prontuário n° 388, Zulmira do Nascimento. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹⁴⁷ **Idem.**

¹⁴⁸ **Idem.**

(MIRANDA, 2006, p. 86). Dessa maneira, esse retorno parcial ou preconceituoso indica-nos que a “reinserção” dessas mulheres à sociedade e/ou à família acontecia de forma estigmatizada, visando majoritariamente à reorganização do espaço interno do Hospital e à disciplina das internas nos moldes de uma estrutura social hierarquizada e excludente. A propósito, diferentemente das “doenças somáticas”, a “doença mental” em si já carregava consigo rótulos desqualificativos¹⁴⁹, mas a constante vigilância no espaço privado das pacientes visando mostrar certo tipo de “regeneração” e “domesticação” com ações quase que ilimitadas e, muitas vezes, sub-reptícias do poder psiquiátrico alargava as compreensões pejorativas e as interferências em relação a essas mulheres e suas experiências.

Seguindo esse pensamento, no dia 01 de junho de 1932 a auxiliar do SHM Maria Graça Araújo visitou Zulmira e a orientou para a continuação do tratamento no ambulatório. Por sua vez, Zulmira relatou que estava bem e prometeu comparecer em breve. Conforme o combinado, frequentou com assiduidade o ambulatório e, durante a segunda visita no dia 27 de agosto de 1932, apresentou bons resultados com os remédios.¹⁵⁰ Entretanto, a partir da terceira visita no dia 17 de novembro do mesmo ano, podemos notar uma mudança significativa na situação de “alta” de Zulmira, pois, apesar de alegar que não estava sofrendo nenhuma “perturbação” e que não comparecia no ambulatório nos últimos tempos por causa da distância (Figura 9), fora encaminhada novamente ao Serviço de Observação do Hospital quatro dias depois, isto é, no dia 21 de novembro de 1932¹⁵¹ e transferida na mesma data. Durante a segunda internação, apresentava-se “calma e orientada” e, poucos dias depois, recebeu sua alta no dia 15 de dezembro de 1932 com “bom estado mental”.¹⁵²

Fazendo a leitura desse meio de comunicação entre o Serviço de Higiene Mental (SHM) e o Hospital de Alienados na Tamarineira — que refletia as opiniões dos agentes e médicos —, percebemos que existia certa “unidade” no exercício do controle das camadas da população que representassem de alguma forma “perigo social ou moral”, visto que práticas como “espiritismo”, adeptos de

¹⁴⁹ Outras pesquisas realizadas nos arquivos dos hospitais psiquiátricos brasileiros também apontam essa situação implacável de estigmatização e segregação para com as pessoas e, principalmente, mulheres que conseguiam de alguma maneira sair das dependências físicas do espaço asilar. Sobre essa questão, ver em: SOUZA, Iara M.A. O asilo revisitado: Perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. In: RABELO Miriam. (org). **Experiência de doença mental e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

¹⁵⁰ **Idem.**

¹⁵¹ A partir dessa data, o prontuário de Zulmira recebeu mudanças no número da guia. Foi transferida para o Hospital com o número 631. Prontuário nº 631, Zulmira do Nascimento. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

¹⁵² **Idem.**

“religiões de origem africana”, portadores de sífilis e “alcoólatras” eram constantemente “vigiados” por esses mecanismos. No exemplo específico de Zulmira, fica claro que a condição do histórico de prostituição contribuía para o interesse em tantos acompanhamentos, todavia essa trajetória também pode ser explicada se considerarmos os últimos anexos do SHM em seu prontuário no mês de junho de 1933, no qual podemos visualizar que Zulmira não se encontrava no mesmo endereço e muito menos tinha informado a nova residência.

Assim, a última notícia de Zulmira fora especificada por uma vizinha que informou que ela estava doente e que não sabia seu novo endereço, em outros termos, isso significa dizer que Zulmira “resistiu” ao tratamento, usando como e enquanto pôde a “obediência” ao seu favor dentro da instituição e “manipulou” sua condição ao fugir do “radar” do SHM como várias outras; essas declarações e práticas eram comuns em várias pacientes que “fugiam” dos tratamentos. Inclusive, por conta dessas “resistências”, o Serviço de Higiene Mental, na tentativa de conter essas movimentações, aumentou consideravelmente seu potencial de fiscalização ao longo desses anos. Entretanto, com o fim da trajetória de Zulmira no prontuário, também supomos a tristeza e anulação como seu possível “destino” e/ou “estigma” para além do interior hospitalar ou, em outras palavras, para o “bem” de sua família e sociedade com o reforço de comportamentos que foram estabelecidos e perpetuados nas desigualdades socioeconômicas, étnicas e de gênero.

Na tarefa de contar essas histórias, as experiências e as implicações advindas das subjetividades de cada paciente são intransferíveis. Resta-nos neste momento acreditar que, diante do que o trabalho propõe, alguns passos tenham sido galgados para a visibilidade dessas mulheres nas pesquisas da História das Mulheres e das de cunho feministas na atualidade em Pernambuco. Todavia, para que seja mais enriquecida com outros trabalhos e diante de tantas questões e maneiras possíveis para abordar as experiências manicomiais, assim como as loucuras femininas, vale destacar que alguns caminhos para novos trabalhos também precisam ser visualizados para o alargamento dessas histórias, ou seja, o olhar minucioso para outras possibilidades que envolvem as trajetórias femininas no Hospital de Alienados, seja com o foco exclusivo para os tratamentos da época, com o mapeamento das possíveis atividades artísticas das internas e, até mesmo, o trabalho realizado pelas próprias pacientes em tratamento nas Colônias Agrícolas.

Nesse sentido, essa pesquisa abriu margem para futuros questionamentos e investigações, uma vez que, ao adentrarmos nessas histórias pessoais, fica claro que a

imensidão do leque de possibilidades com que as diferentes trajetórias manicomiais podem se relacionar não está restrita ou findada ao espaço manicomial em si, mas “conversa” com diferentes aspectos para além dos muros do Hospital. A experiência de Zulmira, como de tantas outras pacientes, revela que a trajetória manicomial se desdobrava e repercutia nas vivências em comunidade e na família, ou melhor, estavam intrinsecamente ligadas em “labirinto particular” não dissociado do tempo e espaço em que viveram, mas também se refazia e contava outras perspectivas sobre a própria vida delas.

Dessa forma, se as internas do Hospital de Alienados conseguiram vivenciar outros tipos de situação e, principalmente, quais seriam esses outros tipos, novas pesquisas dirão, inclusive, por que os próprios prontuários podem ser analisados a partir de outras categorias, além da inclusão de outros tipos de fonte a serem explorados nesses caminhos, como os relatórios, as atas e os diários dos enfermeiros e médicos. Logo, em um processo contínuo e nem sempre linear, essas histórias e experiências manicomiais permitem-nos reconhecer essas mulheres como sujeitos lógicos em suas subjetividades.

Considerações Finais

Ao longo das primeiras décadas do século XX, a persistência de problemas estruturais, como os altos níveis de doenças epidêmicas, desempregos e miséria, forneceu um leque de problemas sociais — principalmente para as camadas mais pobres da população — e, conseqüentemente, uma política voltada para ações sanitárias e higiênicas embasadas em argumentos excludentes e eugênicos. O processo de intervenção da medicina na sociedade a partir dessas medidas possibilitou aos psiquiatras o poder exclusivo para agir diretamente nas questões sociais, étnicas, emocionais e de saúde pública. Assim, o debate médico-psiquiátrico legitimou sua força enquanto teoria, assim como na prática asilar.

Isso foi possível principalmente a partir dos anos de 1920, quando os médicos e psiquiátricos se “organizaram” para consolidar a hegemonia da classe médica, acreditando que poderiam acabar com a “degeneração moral e racial”, ou seja, a prioridade da classe médica na época pautava-se na construção da hegemonia do discurso e da prática com a criação de inúmeras associações, publicações e eventos inspirados e reinterpretados a partir das doutrinas raciais europeias. Nesse processo, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) funcionou como agente propagador para a criação de ligas regionais, inclusive a Liga Pernambucana de Higiene Mental em diversos momentos corroborou a agenda e os objetivos eugênicos da nacional — com a realização de várias semanas antialcoólicas, conferências em colégios, quartéis, teatros e sindicatos —, fora responsável por avanços em relação a algumas doenças, além de agir com certa “moderação” quanto ao cerne do pensamento médico-intelectual da época, pautado em teorias racistas e profundamente discriminatórias em torno da população pobre.

Em meio a esse contexto, havia os problemas de ordem concreta no interior dos hospitais e as reformulações advindas das influências da psiquiatria alemã da linha kraepeliniana. Por conseguinte, visualizamos a mudança de paradigmas com os exemplos das reformas realizadas por diversos discípulos espalhados no Brasil, incluindo o Juliano Moreira no Rio de Janeiro e Ulysses Pernambucano em Pernambuco. No Recife, o Serviço de Higiene Mental (SHM) atuava regularmente com campanhas preventivas, fiscalizações e políticas assistencialistas. Nesse sentido, é plausível destacar que essas reformas reverberaram na dinâmica do Hospital de Alienados na Tamarineira já que percebemos a introdução de várias inovações relacionadas às instalações, pesquisas, aos tratamentos, diagnósticos e ao quadro de funcionários. No entanto, essas mudanças não foram suficientes

para resolver todos os problemas, pois faltavam verbas, medicamentos e havia uma grande propagação de doenças infectocontagiosas, principalmente porque, ao longo dos anos, a ocupação do espaço físico do Hospital ocorreu de maneira desproporcional.

Como averiguamos brevemente no início desta dissertação, a partir da percepção geral do ambiente em que essas mulheres estavam inseridas, das próprias fotos anexadas em seu prontuário e dos fragmentos de suas falas, o uso cotidiano do Hospital era marcado por um estado de angústia e/ou apatia nos corredores. Aliado a isso, as tensões e problemas familiares, a péssima qualidade da alimentação e a precariedade das instalações agravaram o quadro e a rotina dos seus internamentos e tratamentos. Em paralelo, os diagnósticos eram construídos desde a entrada das pacientes no Serviço de Observação; e nesse espaço eram colhidas as informações pessoais, os antecedentes e o histórico dessas mulheres para compor o material clínico, e, assim, formular o estado conclusivo do exame mental.

No que tange à questão da loucura feminina, as vivências no espaço público e privado, as características físicas, biológicas e sexuais eram os principais aspectos detalhados em seus prontuários. Em outros termos, isso implicava no fortalecimento de estereótipos de pessoas menos capazes e emocionais, assim como na classificação de diagnósticos tipicamente relacionados às mulheres, como no exemplo do diagnóstico de psicose maníaco-depressiva, que, por sua vez, substituiu os “espaços” destinados aos diagnósticos de histeria em períodos anteriores, tendo em vista que fora direcionado à grande parte das internas, representando uma alternativa aceitável para a “racionalidade científica” da época.

Entretanto, essa mudança na “tipologia da doença” e/ou do viés explicativo ao qual se aproximava não representou o afrouxamento dos projetos de intervenção dos corpos femininos. A loucura continuava inscrita e vinculada às mulheres como mais predispostas às “perturbações mentais” devido aos hormônios durante toda a vida reprodutiva. Aliás, a “função reprodutora” e, conseqüentemente, o “dever de cuidar” de si, dos maridos e filhos foram pontos centrais dos escritos médicos em diversos prontuários, haja vista que essa elite econômica-intelectual majoritariamente formada por homens “brancos”, heterossexuais e profundamente ligada aos valores morais do seu tempo reforçou as construções sociais dos arquétipos de “mãe e esposa” como sinônimos de “saúde” ou “melhora em seus estados emocionais e mentais”.

Assim, é relevante sabermos que essa “observação seletiva” dos médicos em relação aos prontuários e a essas mulheres também perpassava pelo campo dos interesses de “submissão” e “inferioridade feminina” como partes fundamentais de uma “natureza” que

deveria ser exercida. Nesse aspecto, as mulheres, ao adentrarem na instituição psiquiátrica, estavam “rompendo” com os cuidados dos “filhos e maridos” hipotéticos ou reais, pois, mesmo que temporariamente, ficaram relegadas aos “cuidados dos médicos e enfermeiros” durante os tratamentos. Em outros termos, sejam essas vivências e dores reais ou imaginárias, os valores das subjetividades imbricadas nessas experiências “narram” sobre a “vida” dessas mulheres.

Portanto, ao analisarmos os prontuários médicos, deparamo-nos com um amontoado de trajetórias tristes de desmandos sobre seu corpo, mas também histórias de mulheres que ousaram falar mesmo sem a garantia de que seriam efetivamente consideradas em suas “falas” e/ou “delírios”. Mulheres que, em suas especificidades e vulnerabilidades, traçaram seus caminhos e desejos no próprio Hospital em formas de “brigas”, “arrogâncias”, “silêncios”, “namoros” e tantas outras atitudes que não faziam parte do conjunto de ações que se esperavam delas. Além disso, outras tantas fugiram, morreram ou de alguma forma se “perderam” com o tempo.

Essas mulheres, assim como tantas outras ao longo da nossa história, resistiram às diversas imposições da maneira que souberam. Cada uma lendo e reinterpretoando a “realidade” de acordo com a sua própria necessidade e experiência. Logo, para além do viés médico ou orgânico das “doenças”, dos limites e das definições construídas socialmente, as mulheres especificadas nesse trabalho compõem histórias íntimas e intransferíveis. Aprendemos com elas e suas respectivas histórias que há sempre uma maneira de se “indignar”, “burlar” ou “imaginar” circunstâncias e, mais do que isso, enxergamos “sentidos” e “lógicas” nas trajetórias na rua, no caos, no isolamento ou na rotina.

Já no século XXI, há a solidificação de vários contextos da “reforma psiquiátrica” e dos direcionamentos de políticas de “saúde pública e mental”, no sentido de “esvaziar” e/ou “reposicionar” os cuidados de assistência psiquiátrica para a comunidade e família, com o objetivo de regular a internação psiquiátrica compulsória. Nessa prática atual, alguns programas e mecanismos assistenciais seguem concretizando a superação do modelo centrado exclusivamente no hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), Hospitais-dia, Centros de convivência, Serviço urgência e Emergência Psiquiátrica em Pronto-Socorro, entre outros.

No caso do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano (HPUP), podemos perceber uma diminuição considerável em seus leitos de internamento, principalmente os internamentos femininos, dado que os programas assistenciais possuem uma proposta de

ressocialização e reintegração em suas casas, porém o Hospital ainda se encontra precisando de apoio financeiro e verbas para continuidade de seus serviços e reformas estruturais. Aliado a isso, a crescente preocupação com a saúde mental e/ou saúde emocional dos indivíduos, principalmente das mulheres, ganha progressivamente força nos debates de cunho feminista atuais. As atitudes de sororidade, o exercício da empatia e o reconhecimento da pluralidade de mulheres são imprescindíveis para abarcar a heterogeneidade das pautas feministas, assim como para contribuir no alargamento do campo de atuação, luta e conquistas, pois há algumas permanências em relação ao estigma da loucura, a perpetuação da exclusão social, na dificuldade de construção das relações afetivas e de interação de forma geral.

Paralelamente, constatamos outras discussões — nos registros acadêmicos, no interior dos movimentos feministas, nas militâncias em redes sociais e em diversas intervenções — sobre o uso e o desuso das expressões cristalizadas e estereotipadas em que as mulheres, em maior ou menor grau, convivem quando são constantemente adjetivadas como “loucas”, “neuróticas” e “histéricas”. Isso significa que muitos passos estão sendo galgados a cada dia, mas o desafio continua.

Também é importante pontuar que, ao final dos anos de trabalho nesta dissertação, vivenciamos um momento delicado, triste e problemático ao redor do mundo. Mais uma vez, experimentamos um quadro de combate à doença epidêmica, reverberando na questão das condições de higiene e na política de isolamento das pessoas para conter o avanço da COVID-19. As condições históricas, sociais e científicas são diferentes, entretanto há algumas similitudes em relação à vulnerabilidade das camadas populares, que contam com um serviço precário de saneamento, abastecimento de água, informação e que muitas vezes dividem um espaço minúsculo em suas residências e/ou precisam arriscar-se nas ruas e nos trabalhos para garantir a subsistência, assim como no crescimento dos casos de violência doméstica, quadros de ansiedade e depressão.

No interlace desses momentos históricos, visualizamos a função precária desempenhada pelo poder público e as mudanças nas formas de comportamento de mulheres e homens. Um jogo de ambiguidades e possibilidades nos modos de se relacionar e “experenciar” a vida, o cotidiano. Por todos esses motivos, gostaríamos de terminar o trabalho com o desejo de crescimento individual e coletivo para a construção de uma sociedade igualitária. Continuaremos juntas, firmes, fortes e presentes. Deixo aqui uma inquietação e inspiração compartilhadas por nós com a autora da música *Triste, louca ou má*, Juliana Strassacapa:

“Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal

A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina

Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores
Aceita que tudo deve mudar

Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar.”¹⁵³

¹⁵³ STRASSACAPA, Juliana. “Triste, louca ou má”. Francisco, El Hombre. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/francisco-el-hombre/triste-louca-ou-ma/>. Acesso em: 05 jan. 2020.

Referências

Livros, teses, dissertações, artigos, sites e filmes

ALVAREZ, Marcos César. A Criminologia no Brasil ou como tratar desigualmente os desiguais. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 677-704, nov. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582002000400005>. Acesso em: 12 set. 2019.

ALVAREZ, Marcos César. **Bacharéis, Criminologistas e Juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil**, São Paulo: Método, 2003.

ALVAREZ, Sônia. Construindo uma política feminista translocal da tradução. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(3):743753, setembro-dezembro/2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000300007>. Acesso em: 16 dez. 2018.

ANDRADE, Manuel Correia de. **Pernambuco Imortal**. Evolução Histórica e Social de Pernambuco. Recife: Ed. CEPE, 1997.

ANDRADE, Sandra dos Santos. Saúde e Beleza do corpo feminino: algumas representações no Brasil do Século XX. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.9, n.1, p. 119-143, janeiro-abril/2003. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/2665/1298>. Acesso em: 17 mar. 2020.

ATWOOD, Margareth Eleanor. **O conto da aia**. Rio de Janeiro: Rocco, 2017.

BACELLAR, Carlos. O uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla B. (ORG). **Fontes Históricas**. São Paulo: Editora: Contexto, 2011, p. 42-58.

BARBOSA, Izabelle. L de O. **Saindo da gaiola dourada: desquite, divórcio e relações de gênero no Recife de 1917 a 1937**. Dissertação (Mestrado em História), Recife, UFRPE, 2016. Disponível em: <http://www.tede2.ufrpe.br:8080/tede2/handle/tede2/6174>. Acesso em: 18 dez. 2019.

BARROS, José D'Assunção. **Teoria da História**. Vol. I. Princípios e conceitos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BARROS, José D'Assunção. **Teoria da História**. Vol. II. Os primeiros paradigmas: Positivismo e Historicismo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BARROS, José D'Assunção. **O Campo da História**. Especialidades e abordagens. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BESSE, Susan. **Modernizando a desigualdade**: reestruturação da Ideologia de Gênero no Brasil: 1914-1940. São Paulo: Edusp, 1999.

BIRMAN, Joel. A cena constituinte da psicose maníaco depressiva no Brasil. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, dez. 2010, p. 345-371. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600005>. Acesso em: 4 nov. 2019.

BORELLI, Andréa. **Uma cidadã Relativa**: as mulheres, as questões de gênero e o direito brasileiro – 1830-1950. São Paulo: DC&C Empresarial, 2010.

BUTLER, Judith. Corpos que importam. Tradução de Magda Guadalupe dos Santos e Sérgio Murilo Rodrigues. - **Rev. Sapere Aude**. [online]. 2015, vol. 6, n.11, p. 12-24. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/9979>. Acesso em: 9 nov. 2019.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**. Feminismo e subversão da identidade. 13ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Trabalho e Higiene Mental: processo de produção discursiva no campo no Brasil. In: **História, Ciências e Saúde**. 56-133, mar-jun. 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701999000200007>. Acesso em: 13 dez. 2019.

CARVALHO, José. M de. **A Formação das Almas**: o imaginário da república no Brasil. 11ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

CASAGRANDE, Attiliana de Bona; BAO, Carlos Eduardo. Conjugando gênero e loucura: As experiências de homens e mulheres no cotidiano asilar do Hospital-colônia Adauto Botelho/PR (1954-1960). In: **FAZENDO GÊNERO 10**: Desafios atuais dos feminismos, Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/site/anaiscomplementares>. Acesso em: 16 dez. 2019.

CAUFIELD, Sueann. **Em defesa da Honra**. Moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro (1918 – 1940). Campinas, SP: Unicamp, Centro de Pesquisa em História Social da Cultura, 2000.

CERTEAU, Michel de. **Artes de fazer**. A invenção do cotidiano. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. **O beber feminino**. A marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5062/2/ve_Beatriz_Aceti_ENSP_2005. Acesso em: 16 mar. 2020.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**. Cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COELHO FILHO, Heronides. **A psiquiatria no país do açúcar**. Recife, 1983.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria Brasileira**. Um corte Ideológico. Rio de Janeiro: Editora Documento, 1976.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo**. Juquery, a história de um asilo. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

DICIONÁRIO PRIBERAM DA LÍNGUA PORTUGUESA (DPLP). Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/tratamento>. Acesso em: 17 dez. 2019.

DOMINGUES, Thais de A. L.; CAMPOS, Roberta B.C. Ulisses Pernambucano e o Serviço de Higiene Mental: A institucionalização da antropologia em Pernambuco. In: **XXII CONIC**, Recife, 2014. Disponível em: <https://www.ufpe.br/conic/anais>. Acesso em: 13 set. 2019.

ENGEL, Magali Gouveia. Paixão, crime e relações de gênero no Rio de Janeiro (1890-1930). In: **VIII Encontro Regional de História da Anpuh**, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <https://anpuh.org.br/index.php/encontros-regionais/encontros-anpuh-rio/viii-encontro-regional-de-historia-1998>. Acesso: 15 jan. 2019.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios no Rio de Janeiro (1830-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FACCHINETTI, Cristiana; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. As Insanas do Hospício Nacional de Alienados. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 231-242, jun. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500012>. Acesso em: 9 dez. 2018.

FLORES, Maria Bernardete Ramos. Ao Brasil dos meus sonhos: feminismo e modernismo na utopia de Adalzira Bittencourt. **Revista de Estudos Feministas**, UFSC, v. 10, n. 1, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100002>. Acesso em: 27 dez. 2019.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de sociologia**. Recife, v.1, n. 18, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 08 dez. 2019.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo, Loyola, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 35ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 25. Ed. São Paulo: Graal, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FREIRE, Maria Martha de Luna. “Ser mãe é uma ciência”: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos [online]**. Vol. 15, suppl.0. Rio de Janeiro, 2008. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500008>. Acesso em: 20 dez. 2019.

Fundação Joaquim Nabuco. **Ulisses Pernambucano**. Disponível em: <http://fundaj.gov.br>. Acesso em: 18 set. 2019.

GARCIA, Carla Cristina. **Ovelhas na névoa: Um estudo sobre as mulheres e a loucura**. Rio de Janeiro, Record e Rosa dos tempos, 1995.

GIANNETTI, Eduardo. **Felicidade**: diálogos sobre o bem-estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

GIUMBELLI, Emerson. **Heresia, doença, crime ou religião: o Espiritismo no discurso de médicos e cientistas sociais.** São Paulo, 1997.

HALL, Stuart. **A identidade cultural da pós-modernidade.** Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

LEÃO, Ryanne. **Tudo nela brilha e queima.** Poemas de luta e amor. São Paulo: Planeta, 2017.

LEFEBVRE, Henri. **A Revolução Urbana.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2004.

LUBAMBO, Catia Wanderlei. **O Bairro do Recife: Entre o corpo Santo e o Marco Zero.** Recife: Cepe/Fundação de Cultura da Cidade do Recife, 1991.

LUCENA, José. Ulisses Pernambucano e sua escola de psiquiatria social. In: **Ciclo de Estudos sobre Ulisses Pernambucano**, p. 145-175, Recife: Academia Pernambucana de Medicina, 1978. Disponível em: <http://www.acadpemedicina.com.br/>. Acesso em: 16 set. 2019.

MALUF, Marina; MOTT, Maria Lúcia. "Recônditos do mundo feminino". In: SEVCENKO, Nicolau (org.). **História da vida privada no Brasil.** São Paulo, Companhia das Letras, 1998 (História da vida privada no Brasil, 4 vols.).

MAUAD, Ana Maria. Fotografia e história: possibilidades de análise. In: CIAVATTA, Maria e Alves, Nilda (ORGS). **A leitura de imagens na pesquisa social: história, comunicação e educação.** São Paulo: Cortez, 2004.

MAZZIEIRO, João Batista. **Sexualidade Criminalizada: Prostituição, Lenocínio e outros delitos em São Paulo (1870-1920).** São Paulo, 1998.

MEDEIROS, José Adailson de. **Ulisses Pernambucano: Um mestre adiante do seu tempo.** Monografia, Recife, 1990. Disponível em: <http://dominiopublico.mec.gov.br/download/texto/me002502.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2019.

MELO, Alexandre. **Do flirt, do footing, da Rua Nova: melindrosas e almofadinhas no Recife na década de 1920.** Dissertação (Mestrado em História), Recife, UFRPE, 2015. Disponível em: <http://www.tede2.ufrpe.br:8080/tede2/handle/tede2/8167?mode=full>. Acesso em: 07 dez. 2019.

MELO, Alexandre. Entre os cremes e a (pouca) roupa: Os anos de 1920 e a cultura da beleza no Recife das melindrosas. In: **V Colóquio de História**. Perspectivas históricas. Historiografia, pesquisa e patrimônio. Recife, 2011. Disponível em: <http://www.unicap.br/coloquiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/5Col-p.397-408.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de S. A violência Social Sob a Perspectiva da saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supplement 1); 07-18, 1994. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>. Acesso: 11 jan. 2019.

MIRANDA, Carlos. Uma estranha noção de ciência: repercussões do pensamento eugênico no Brasil. **Clio. Revista de Pesquisa Histórica**. 2009, n. 27-1, p. 279-330. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaclio/>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MIRANDA, Carlos. Quando a razão começa a julgar a loucura: a institucionalização do sistema manicomial em Pernambuco. **Cadernos de História UFPE**. Recife, 2010, n. 7, p. 37-84. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosdehistoriaufpe/article/view/110061>. Acesso: 12 jan. 2019.

MIRANDA, Carlos. Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. **Seculum. Revista de História**, João Pessoa, julho-dezembro/2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/srh/article/view/203>. Acesso em: 26 jan. 2019.

MIRANDA, Carlos. Vivências amargas: a divisão de assistência a psicopatas de Pernambuco nos primeiros anos da década de 30. **Clio. Revista de Pesquisa Histórica**. 2006, vol. 2, n.24, p. 63-102. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaclio/article/view/24744>. 28 jan. 2019.

MIRANDA, Carlos. “Delírios femininos”: vivências de mulheres internadas no Hospital de Alienados em Recife (1927-1936). **Dossiê História e Tecnologias da Saúde**, Caicó, janeiro-junho/2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/8567>. Acesso em: 14 jan. 2019.

MOREIRA, Fernando Diniz. O Higienismo enquanto prática urbanística. O exemplo do Recife no início do século. Recife, 1992. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, novembro-dezembro/2003. <https://periodicos.fundaj.gov.br/CAD/article/view/1118>. Acesso em: 9 fev. 2019.

MOSTAZO, Rubiane Rodrigues; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2003, vol.11, n.6, p. 786-

791. ISSN 1518-834. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600013>. Acesso em: 12 fev. 2019.

NASCIMENTO, Alcileide Cabral do. O bonde do desejo: o movimento feminista no Recife e o debate em torno do sexismo (1927-1931). **Rev. Estud. Fem. [online]**. 2013, vol.21, n.1, p. 41-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100003>. Acesso em: 14 fev. 2019.

NASCIMENTO, Alcileide Cabral do. A Cruzada Feminista Brasileira: uma cartografia da cultura política feminista em Pernambuco (1927-1932). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n244481>. Acesso em: 14 fev. 2019.

NASCIMENTO, Bruno N. do. **Entre a “Mendigópolis” e o “Recife Novo”**: reforma urbana, higiene e políticas de saúde para as mulheres no governo de Sergio Loreto em Pernambuco, 1922 – 1926. Dissertação (Mestrado em História), Recife, UFRPE, 2016. Disponível em: <http://www.tede2.ufrpe.br:8080/tede2/handle/tede2/5190?mode=full>. Acesso em: 20 nov. 2019.

NEPOMUCENO, Bebel. Protagonismo ignorado. In: PEDRO, Joanna Maria; PINSKY, Carla B. (Orgs.). **Nova História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 2013.

NUNES, Sílvia Alexim. Histeria e psiquiatria no Brasil da primeira República. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez. 2010, p. 373-389. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600006>. 10 nov. 2019.

PEREIRA, Lygia Maria de França. Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no Estado de São Paulo. In: ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira; PEREIRA, Lúcia Maria de França (orgs.). **Psiquiatria, Loucura e arte: Fragmentos da História Brasileira**. São Paulo: EDUSP, 2002.

PERROT, Michelle. **As mulheres ou os silêncios da história**. Tradução de Viviane Araújo. São Paulo: Edusc, 2005. 520 p.

PERROT, Michelle. **Mulheres Públicas**. São Paulo: UNESP, 2003.

NETA, Inocência da Silva Galvão. A Ordem Republicana: Trabalhos e Violência contra mulher na primeira metade do século XX em Recife. **Cadernos de História UFPE**. Recife, setembro-dezembro/2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/>. Acesso em: 16 nov. 2018.

NISE. O coração da loucura. Direção de Roberto Berliner. Brasil: Roberto Berliner, 2016. Disponível em: <https://www.netflix.com/br/>.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. (Coleção História do Povo Brasileiro).

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: **Masculino, feminino, plural: Gênero na interdisciplinaridade.** Florianópolis: Editora mulheres, 1998.

RAGO, Margareth. **Do Cabaré ao lar.** A utopia da cidade disciplinar. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

REZENDE, Antônio Paulo. **(Des)encantos Modernos:** histórias da cidade do Recife na década de 1920. Recife: FUNDARPE, 1997.

REZENDE, Antônio Paulo. História, modernidade e solidão. **Territórios e Fronteiras,** Mato Grosso, v.5, n.1, jan-jun, 2004. Disponível em: <http://ppghis.com/territorios&fronteiras/index.php/v03n02>. Acesso em: 09 out. 2018.

RIBEIRO, Suellen Conceição. **A contribuição do acervo do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano para estudos memorilístos relacionados à saúde.** 2018. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/50>. Acesso em: 23 nov. 2019.

ROXO, Henrique Britto de Belfort. **Manual de psiquiatria.** Rio de Janeiro: Francisco Alves. p. 365-390, 1925. Disponível em: <https://bvsalud.org/>. Acesso em: 17 ago. 2019.

RUSSO, Jane A. A difusão da Psicanálise no Brasil na primeira metade do século XX – da Vanguarda Modernista à rádio – novela. **Estudos e pesquisas em psicologia.** 2002, n.1, p. 51-61. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7704>. Acesso em: 24 nov. 2018.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças. cientistas, instituições e questão racial no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**: 20 (2): 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 8 out. 2018.

SCOTT, Joan. O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**. Florianópolis, 13(1): 216, janeiro-abril/2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2005000100002>. Acesso em: 11 out. 2018.

SILVA E SILVA, Tainam. O colorismo e suas bases históricas discriminatórias. **Revista Direito Unifacs – Debate Virtual**, n. 201, março, 2017. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/4760>. Acesso em: 20 out. 2019.

SILVA, Fernanda Xavier da. As constituições da Era Vargas. Uma abordagem à luz do pensamento autoritário dos anos 30. **Revista Política & Sociedade**, v. 9, n. 17. Florianópolis/SC, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/15680>. Acesso em: 2 nov. 2018.

SILVA, Humberto Miranda. **Meninos, moleques, menores**: faces da infância no Recife, 1927-1937. Dissertação (Mestrado em História), Recife, UFRPE, 2008. Disponível em: <https://www.escoladeconselhospe.com.br/site/>. Acesso em: 27 abr. 2019.

SOARES, Wellington. Existe ideologia de gênero na Educação?. **Nova Escola**, 2018. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/12698/existe-ideologia-de-genero-na-educacao>. Acesso em: 3 dez. 2018.

SOIHET, Raquel. **Condição feminina e formas de violência**. Mulheres pobres e ordem urbana 1890-1920. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

SOIHET, Raquel. **Mulheres em ação**: práticas discursivas, políticas práticas / organizadoras, Tania Navarro Swain e Diva do Couto Gontijo Muniz. – Florianópolis: Ed. Mulheres; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

SOUZA, Iara M.A. O asilo revisitado: Perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental. In: RABELO Miriam. (org). **Experiência de doença mental e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SOUZA, Sandra. **Namoros Indecentes**. Relações de gênero e as histórias de sedução na cidade do Recife (1890 – 1914). Dissertação (Mestrado em História), Recife, UFRPE, 2016. Disponível em: <http://www.tede2.ufrpe.br:8080/tede/handle/tede2/6175?mode=full>. Acesso em: 22 out. 2018.

STRINATI, Dominic. Feminismo e Cultura Popular. In: **Cultura Popular: Uma introdução**. São Paulo: Hedra, 1999.

SWAIN, Tânia. **Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade**. In: STEVENS, Cristina (Org). Maternidade e Feminismo. Diálogos interdisciplinares. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, p. 201-246, 2007.

TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia. Configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez. 2011, p. 35-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000500003>. Acesso em: 15 ago. 2019.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VILLARI, Rafael Andrés. É possível uma história da histeria?. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EDUFSC, n. 29, abr. 2001, p. 131-145. Disponível em: <http://periodicos.bu.ufsc.br/>. Acesso em: 8 set. 2019.

WADI, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. **Topoi**, v.12, n.22, jan-jun. 2011, p. 250-269. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-101X012022014>. Acesso em: 3 mai. 2019.

WADI, Yonissa Marmitt. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS. 1884-1923). **História Unisinos**, jan-jun, p. 65-79, 2006. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/6171>. Acesso em: 20 abr. 2019.

WILKE, Rejane. **O fim do desejo no casamento sem fim**. Os efeitos da educação repressora na sexualidade da instituição matrimonial. Florianópolis: Ed. Insular, 2006.

Fontes

Prontuários

Prontuário s/n. Adelaide Maria da Conceição, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1927.

Prontuário nº 2671. Amara Agostinha da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Prontuário nº 2676. Juliana Sobral. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Prontuário nº 2674. Severina Maria da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Prontuário nº 2664. Josepha Ferreira de Souza. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Prontuário nº 2675. Maria Augusta. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Prontuário nº 2618. Maria Pereira da Conceição de Araújo. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Prontuário s/n. Maria Augusta. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1929.

Prontuário nº 591. Celina de Lima, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 593. Adelaide da Silva, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 369. Rosa dos Prazeres, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 362. Maria Cavalcante Valença, Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 302. Ana de Barros. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 8682. Irineia Mathias Barbosa. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 412. Severina Paulina da Conceição. Hospital de Alienados, 1932.

Prontuário nº 303. Josefa Correia de Lima. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 400. Maria Felipe da Conceição. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Prontuário nº 388. Zulmira do Nascimento. Hospital de Alienados da Tamarineira, 1932.

Jornais

Jornal do Recife. Recife. Anos: 1929, 1932, 1933. Hemeroteca Digital Brasileira.

Diário de Pernambuco. Recife. Anos: 1928. Hemeroteca Digital Brasileira.

Jornal do Comércio. Recife. Ano: set/out/nov de 1934. Arquivo Público do Estado Jordão Emereciano.

Revistas

Revista de Pernambuco. Recife. Ano: 1925. Hemeroteca Digital Brasileira.

Imagens da Capa

Imagens criadas exclusivamente para contemplar e agregar essa pesquisa.

CADENA. Sílvio Ricardo Gouveia. **Um olhar médico.** Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1YR0r5qB1EpeTulYU8dBwnOs-R7asYQxK>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CADENA. Sílvio Ricardo Gouveia. **Mulheres e psiquiatria.** Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1YR0r5qB1EpeTulYU8dBwnOs-R7asYQxK>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CADENA. Sílvio Ricardo Gouveia. **Corpo e carimbo.** Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1YR0r5qB1EpeTulYU8dBwnOs-R7asYQxK>. Acesso em: 30 jan. 2020.

CADENA. Sílvio Ricardo Gouveia. **Corpo e trajetórias.** Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1YR0r5qB1EpeTulYU8dBwnOs-R7asYQxK>. Acesso em: 30 jan. 2020.

Apêndice

APÊNDICE A – DISPOSIÇÃO DO LADO DIREITO DA SALA EM QUE SE ENCONTRA O ACERVO DO HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO (HPUP).



Fonte: a autora.

O total de 219 caixas corresponde à soma total da sala, os prontuários da década de 1920 até 1950 estão nesse lado com 86 caixas. Também percebemos que nem todas as caixas marcadas com sexo feminino correspondem aos prontuários de mulheres, porém, do que podemos mapear 18 caixas estão de acordo com o recorte da pesquisa.

APÊNDICE B – CAIXA ABERTA COM A DISPOSIÇÃO DOS VOLUMES DE PRONTUÁRIOS.



Fonte: a autora.

As caixas possuem de 3 a 4 volumes com 50 prontuários em média. Vale salientar que devido à impossibilidade de permanência no interior da sala do acervo por conta da poeira, umidade e traças foi preciso realizar a etapa de investigação em um corredor do Hospital como podemos visualizar nessa imagem.