

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

CARLA TORRES PEREIRA CARRION

DESALINHADOS: UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL ADAUTO BOTELHO E DAS
MEMÓRIAS QUE ALI HABITAM

VITÓRIA
2011

CARLA TORRES PEREIRA CARRION

DESALINHADOS: UMA HISTÓRIA DO HOSPITAL ADAUTO BOTELHO E DAS
MEMÓRIAS QUE ALI HABITAM

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Psicologia Institucional da
Universidade Federal do Espírito
Santo como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lílian Rose
Margotto

VITÓRIA
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C318d Carrion, Carla Torres Pereira, 1983-
Desalinhados : uma história do Hospital Aduino Botelho e das memórias que ali habitam / Carla Torres Pereira Carrion. – 2011. 159 f. : il.

Orientadora: Lilian Rose Margotto.

Coorientadora: Elizabeth Maria Andrade Aragão.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Hospital Aduino Botelho. 2. Psicologia. 3. Loucura - História. 4. Psiquiatria. - História. 5. História oral. I. Margotto, Lilian Rose, 1967-. II. Aragão, Elizabeth Maria Andrade. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

COMISSÃO EXAMINADORA

PROF^a. DR^a. LÍLIAN ROSE MARGOTTO/ UFES (PRESIDENTE)

PROF^a. DR^a. ELIZABETH MARIA ANDRADE ARAGÃO / UFES (CO-ORIENTADORA)

PROF^a. DR^a. LUCIANA VIEIRA CALIMAN / UFES (MEMBRO INTERNO)

PROF^a. DR^a. MARIA CECÍLIA CORTEZ CHRISTIANO DE SOUZA / USP
(MEMBRO EXTERNO)

PROF. DR. RAFAEL DA SILVEIRA GOMES/ UFES (SUPLENTE)

VITÓRIA, _____ DE _____ DE 2011.

Pequenas ternuras e gratidões

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) pelo financiamento – que possibilitou uma dedicação exclusiva a esta pesquisa - e ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da UFES por todo o acolhimento e todo o aprendizado. Escrevo, então, ternuras e gratidões a todos os que, ternamente – e, às vezes, sem saber -, escreveram este trabalho comigo. A quem escrevemos juntos. Carícias a nós: um conjunto.

Escrevemos juntas a orientadora Lílian Rose Margotto e eu. Ela e seus livros, a sua casa, o seu café, os seus cães sempre agitados, a sua pressa, a sua calma, a sua leveza. Eu e minhas dúvidas, minhas angústias, meus medos, minhas letras soltas. Nós e nossas conversas, que ultrapassavam o acadêmico: longas e boas conversas. Então, também escrevemos juntas: Lílian, eu e Beth Aragão, a co-orientadora. Beth e seus agitos: sempre falando um pouco mais alto: Beth e sua firmeza: e suas palavras: e seus gestos sempre vivos – e sua carta-borboleta que veio voando no último dia. Juntos, também - no grupo de orientação – todos. Em especial, minhas doces Ju Mattedi (do sorriso mais gentil), Fê Almeida (dos pequenos contos), Ju Figueiredo (da alegria vibrante), Paty Peterli (da poesia, da poesia, da poesia)...

Mais do que meras palavras escolhidas para descrever brevemente minhas companheiras de mestrado, o sorriso, os contos, a alegria e a poesia invadem não apenas esta pesquisa, mas todo o meu percurso. Juliana M. sorri e inventa a força necessária para romper solidões. Fernanda escreve seus contos sobre os meninos das ruas e inspira coragens para novos contos sobre novos meninos e meninas de ruas e hospícios e prisões. Juliana F. dança sua alegria nas mesas de bar e nos abraços e nas conversas leves e no seu jeito de lembrar que algumas vezes não vale à pena falar tão sério assim. Patrícia é de uma intensidade tão, mas tão viva, que faz poesia até quando se despede às pressas – porque tem sempre muita pressa – dizendo que volta – porque eu sempre quero que volte. E além delas, há outras. E outros. Com seus sorrisos e contos e alegrias e poesias. Breves e bons e longos e fortes e belos

encontros neste mestrado. Zilá, a Paula: porque preciso de suas cartas, de suas loucuras e de seu desalinho. Zilá, a Flor: minha amiga das tardes mansas e dos aconchegos. Assim como Jésio, que me orienta e me desorienta: lê minhas letras corretas e pede que eu desalinhe mais – um pouco mais. Pede poesia. Jésio e nossa teatralidade, nossa amizade e nossas invenções. Cynthia e os bilhetinhos. João. Luziane. Ariella. Laura. Rubiane. Suzana. Marcel. Sérgio. Alessandra, emprestando-me um pouco de sua serenidade e doçura. Williana, viva e potente em seus enfrentamentos. Sônia Fernanda, querida companheira de miúdos e importantes aprendizados, sempre tão presente, tão infinitamente presente. E tantos e tantas. Inúmeros encontros. Se não cabem aqui todos os nomes, ficam as intensidades. Desses que me tocam e me invadem.

Marcus Vinicius, meu amor. Meu amigo. Meu menino de tantas infinitas horas: aquelas em que pareço cair, aquelas em que me ponho a voar. Marcus Vinicius: minhas mãos, quando eu tremo a ponto de não poder.

Outras ternuras entrego à minha mãe, Rosângela, porque não poderia deixar de ser: desentendemo-nos ao infinito e entendemo-nos como ninguém. Só ela sabe que preciso de um chão firme enquanto invento linhas em que me perco. Só ela sabe que é onde eu preciso.

Faço ternuras, também, ao meu pai, Carlos. Porque temos quase o mesmo nome e fazemos aniversário juntos. E porque ele gosta de ler e entender minhas desconexões. E me ensinou a amar a história.

Ao Marcelo e à Patrícia, ofereço amor – porque é raro falar disso a eles. Porque eles sabem que eu sei xingar. Porque eles sabem que eu sei gritar. Porque eles sabem.

Aos meus avós – José e Luzia – a graça de quem aprendeu a contar histórias. A ouvir histórias. A tecer beleza. E aos meus avós Carlos e Margarida - porque se foram - ofereço a memória. Aquela que deles tenho pouca. Os fragmentos.

À família e ao amor, quase como se fosse obrigação. Mas não é. Senti foi necessidade, dessas que espremem. Ou ternura. Se uma história se tece neste trabalho, deixo que se teça também em meus laços – esses dos quais falo pouco. Porque são o que sou. Pai, mãe, avôs, avós, irmão, irmã e aquele moço. E tantos outros. E tantas outras. Somos muitos.

Somos muitos Luciana Caliman e seu grupo Loucuras. Luciana Caliman tão leve e tão densa e sabendo de tudo um pouco, de tanto sempre um tanto mais. Lu, bonita e acolhedora, tão brilhante, tão! Parece que voa, mas apenas ri. E ri. E ri. Ri tão bonito que faz falta quando não está aqui.

E Maria Cecília que chega mansa e simples. Tão simples. E diz tudo. Toda feita de generosidade e uma tal beleza. Chega primeiro na palavra escrita e cativa. Chega depois, em sabedoria e presença viva, e eu ofereço ternuras só para poder dizer que amei – amei! – conhecê-la!

E, então, eles. Não os últimos. Nem os primeiros. Eles, que aqui estão. Eles e elas. Que escreveram este trabalho. Maria Lopes, Hugo Guangioli, Alaíde Aguiar Gama e Djalma Gama, queridos narradores. Co-autores. Escritores. Companheiros. Agradeço pela generosidade em narrar longamente suas memórias, permitindo traçar firme e delicadamente um pedaço da história que se escreve neste trabalho.

E então, também eles. Os sem-nome que insistem em dizer: “houve uma época em que vivemos, em que vivemos aqui”. Aqui onde? Em uma cidade. Um Hospital Psiquiátrico. E eles e elas, sem-nome, gritam – ou sussurram. E, de repete, chamam-se Mário ou Carina, João, Joana, ou quem quer que seja. De repente. A eles, que aqui estão, suas memórias e suas ternuras. Nomes ou sem-nomes em prontuários psiquiátricos. Diagnosticados e aprisionados. Por muito, muito tempo. Para um tal de sempre, quem sabe.

Suas vozes. Dedico ternura a certas vozes. Aquelas. Dou graças por poder o ouvi-las. Dedico ternuras a quem também deseja escutá-las.

Resumo

Não existe uma única história da loucura e da psiquiatria, nem uma única forma de contar cada história. Sabendo disso, o presente trabalho trata de uma história do Hospital Aduino Botelho (desde 10 de maio de 2010, Hospital Estadual de Atenção Clínica – Heac), localizado em Cariacica – município da Região Metropolitana da Grande Vitória – no Espírito Santo. Trazemos essa história não a partir de uma linha do tempo que narre acontecimentos de cada época. Buscamos a fluidez dos discursos e das práticas em lugar da precisão das datas. E, sobre esses discursos e essas práticas, o próprio Hospital tem muito a apresentar, por meio dos prontuários médicos datados desde a inauguração em 1954 e de depoimentos de pessoas que lá tenham trabalhado. Foram analisados 102 prontuários e entrevistadas 4 pessoas. A pesquisa dos prontuários e a realização das entrevistas possibilitaram a discussão as seguintes questões: 1. As formas de encaminhamento dos pacientes para o hospital e o modo como a polícia se inseria nesse processo; 2. As terapêuticas do hospital, seu aspecto moralizante e o modo como elas incidiam sobre os corpos; 3. As lutas e resistências que se presentificavam no cotidiano do hospital. Todas essas questões são o tempo inteiro atravessadas por breves histórias de vidas dos pacientes ali internados e dos funcionários que narraram as vivências no hospital. Não há dúvida de que há inúmeras outras questões a serem debatidas, mas aqui falamos do que nos pareceu mais intenso no material pesquisado.

Palavras-chave: 1. Hospital Aduino Botelho. 2. Psicologia. 3. Loucura - História. 4. Psiquiatria. - História. 5. História oral.

Abstract

There is no unique history of madness nor unique way to tell each history. We write here one of the possible histories of Aduino Botelho Psychiatric Hospital (since the 10th of May of 2011 this hospital is called Hospital Estadual de Atenção Clínica – HEAC), located in Espírito Santo, Brazil. What matters here is not the accuracy of a timeline, but the flow of speeches and practices. Therefore, we have analysed 102 medical charts of Aduino Botelho Hospital and interviewed 4 hospital employees. We have researched the period from 1954 until 1990. During and after the research, we have discussed the following points: 1. The ways of referring patients to the hospital and how the police was part of this process. 2. The Hospital's Therapeutics, how moralizing they could be and the way they were mirrored on the patients' bodies. 3. The struggles and resistances of people who lived and worked in the Hospital. Among the discussion of all these issues, we bring some short histories about the patients, employees and their lives in the hospital. There is no doubt that there are many other questions to discuss, but we write here about what seems to be more intense in the researched material.

Keywords: 1. Psychiatric Hospital. 2. Psychology. 3. Madness - History. 4. Psychiatry - History. 5. Oral History.

Sumário

1. Introdução.....	11
1.1. Produzir história: uma paixão.....	13
1.2. Entre paredes e papéis: do início de um processo de pesquisa.....	17
2. História	23
2.1. “Os nomes da loucura”: discursos e práticas ao longo da história	23
2.2. Uma “epifania” científica: discorrendo acerca do normal e do patológico	31
2.3. Chegando mais perto: a loucura e a psiquiatria no Brasil e no Espírito Santo	37
3. Caminhos metodológicos: Modos de contar história.....	50
3.1. Arquivos	52
3.2. História Oral	61
4. A caminho do hospital: como chegavam?.....	69
4.1. Uma cidade que expulsa.....	78
5. Silenciamentos: as terapêuticas no Hospital.....	86
5.1. Psiquiatria: uma ciência do corpo?.....	86
5.2. Tratamentos que incidiam sobre o corpo: “É para o seu bem”	99
5.3. Tratamento moral: O silêncio e o grito dos desalinhados	103
6. Ternuras e vida: o canto dos desalinhados.....	124
7. (in) Conclusão: o sem-fim	135
8. Epílogo: Galeria.....	137
9. Bibliografia.....	148
10. Anexos.....	153
ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	153
ANEXO B – Roteiro de Entrevista.....	155
ANEXO C – Modelo de Folha de Identificação (195_).....	156
ANEXO D – Reportagem de A Gazeta de 1954.....	158

1. Introdução

A loucura se reveste de várias e infinitas formas; é possível que os estudiosos tenham podido reduzi-las em uma classificação, mas ao leigo ela se apresenta como as árvores, arbustos e lianas de uma floresta: é uma porção de coisas diferentes. (Barreto, 2004, pg. 184.)

Desmontar. Desagregar. Desfazer o feito: partir em mil pedaços aquilo que parecia pronto. Eis o processo de escrita de uma dissertação. O meu projeto de qualificação teve início com um movimento sutil – movimento que, na época, só pude chamar de timidez. Tímida, descrevi brevemente minha paixão pela história das miudezas, miudezas essas que encontraria em prontuários médicos de um certo hospital psiquiátrico. Detenho-me aqui. Timidez ou medo? Medo de desagregar? Pesquisar é desagregar-se, desfazer-se, deixar de ser. O medo danado de deixar de ser. O medo da quebra. Escrever uma dissertação é quebrar.

Retomemos a citação de Lima Barreto, acima exposta: “A loucura se reveste de várias e infinitas formas...” Descrevendo sua própria experiência como interno em um hospital psiquiátrico, Barreto convida-nos ao mundo angustiado e aflito do que ele chama de “Cemitério dos Vivos”. O mundo da loucura encarcerada. Loucura que não é exatamente uma coisa pré-determinada – a loucura descritível, perceptível, facilmente nomeável. Nada é fácil. Também não é fácil distinguir realidade e ficção: as palavras de Barreto dançam entre os fatos vividos inventados. Sua escrita é a própria loucura – ou, mais claramente, o modo como a percebemos quando ainda não nos damos conta do indistinguível em nós. Da irrealidade de nossos fatos concretos, dos títulos que nomeiam nossa vida profissional, das normas que permeiam nossas boas ações e relações, de nossas teorias, de nossas verdades. A irrealidade de nossas verdades. Loucura, o que é? Não é. Inventam. Loucura disforme: que formas são essas que criamos? Como produzimos as tão variadas classificações? O humano classificável: o esquizofrênico, o deficiente mental, o hiperativo. O outro. Os tantos outros. E o que essas classificações produzem?

“E o que essas classificações produzem?” – repito a pergunta que nasceu em mim em diversos momentos de minha atuação como psicóloga ou estagiária de

psicologia. “O que produzo ao afirmar que ele tem deficiência mental?” – perguntava-me enquanto estagiava em um projeto de Educação Inclusiva para Jovens e Adultos. “O que produzo ao vê-lo como um paranóico?” – perguntava-me enquanto trabalhava como psicóloga em uma clínica psiquiátrica particular. “O que produzo quando me afirmo psicóloga?” – perguntava-me sempre. O que se produz ao dizer do outro: o que o outro é. Seria eu tão esquizofrênica quanto os delírios-poesia da mulher que escrevia as coisas mais belas do mundo? Tão adicta quanto o rapaz que sentia falta do crack? Tão bipolar quanto aqueles que se perdiam nos excessos? Talvez. E, no entanto, protegida por uma lucidez que inventei em mim (que inventaram?), seguia como *psicóloga-questionante* sem saber ao certo para onde ou para quem direcionar essas questões.

Para escrever aqui, é preciso abandonar um pouco dessa lucidez inventada. A *psicóloga-questionante* – eu – precisa dar lugar a um *nós*. Nós, orientadora e eu. Nós, grupo de orientação do mestrado¹. Nós, amigos e amigas, loucos e loucas cujos nomes aparecem em antigos prontuários de um hospital psiquiátricos; nós, aqueles que contaram histórias aqui. Nós, os tantos. A *psicóloga-questionante* encontra seus caminhos nos encontros e na história. Apaixonada, desfaz-se de si – com certa dificuldade – e permite-se dizer *nós*. Não por querer falar em nome dos outros, mas por buscar que outros mundos a habitem. Os tantos...

Quem escreve essa dissertação, portanto, somos *eu* e *nós*. Às vezes, tomada pelo desejo (egoísta, talvez) de tomar a experiência inteira para mim, uso as vestes da primeira pessoa do singular. Em outros momentos, entregue ao mundo, pluralizo-me em todos esses *nós* que atam e desatam – que me afetam.

Pluralizamo-nos. Porque essa história da loucura é nossa.

¹ O grupo de orientação é formado pelas professoras doutoras Lílian Rose Margotto e Elizabeth Maria Andrade Aragão – ambas do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional - e seus respectivos orientandos e orientandas de Mestrado. As orientações são realizadas em grupo, de modo que contribuimos uns com os outros nos processos de pesquisa.

1.1. Produzir história: uma paixão

Uma paixão pela história – por uma história de miudezas – foi o que abriu caminho para a construção deste trabalho. Atraímos-nos pela história dos modos de se produzir ciência. O curso de psicologia e os trabalhos na área possibilitam importantes questionamentos acerca dos mais diversos modos de ser e estar no mundo. O psicólogo é, muitas vezes, convidado a contribuir para o estabelecimento da ordem: ao lado, por exemplo, da psiquiatria e da pedagogia, a psicologia pode se encontrar em uma incômoda posição de *produzir verdades* e, a partir dessas verdades, classificar pessoas, modos de vida, saúde e doença.

Esta dissertação nasce, portanto, de um enamoramento e de um incômodo. Enamorados pela história, buscamos olhar para ela e sentir seus movimentos – os quais, inevitavelmente, dialogam com nossos incômodos. Foi assim que chegamos ao Hospital Adauto Botelho – que se localiza em Cariacica², município da Região Metropolitana da Grande Vitória – e ao desejo de estudar um pedaço de sua história.

Não existe uma única história da loucura e da psiquiatria e nem uma única forma de contar cada história. E as histórias que podem ser contadas são tão múltiplas quanto as vozes que se erguem – mesmo que timidamente - para contá-las. Buscamos, assim, desenhar uma história da loucura no contexto do estado do Espírito Santo. Buscar conhecer o passado de um hospital é uma possibilidade de, pouco a pouco, desfazer as paredes e olhar para além delas: perceber a cidade que se construía ao redor – e junto - desse hospital. Uma história do Hospital Adauto Botelho não é, portanto, uma mera história do hospital e de suas características particulares: é uma história que se abre para ouvir outras histórias. A história da loucura é nossa história, é história de saberes e história de gente; a história de um espaço em Cariacica é um pouco da história de Cariacica, que é um pouco da história da Grande Vitória, do Espírito Santo e do Brasil. Tudo isso, então, é história do mundo, no traçado delicado do pedaço do mundo que nos propomos a conhecer, vivenciar e sentir em expansão. Afinal, como afirmou Guattari (2004), a partir do momento em

² A distância entre o Hospital, em Cariacica, e o Centro de Vitória é de, mais ou menos, 11 km.

que conseguimos quebrar o caráter de totalização de uma instituição, esta deixa de girar em torno de si mesma e possibilita novos questionamentos e importantes transformações.

Nesse sentido, é importante pensar que o passado não é estático: ele se movimenta a partir de forças que inventamos no presente. Ele se expande quando nos propomos a olhar em sua direção e acaba por nos ajudar a pensar de outra forma o presente e o futuro. Escrevemos essa história, então, não para produzir uma linha do tempo que narra acontecimentos de cada época. Buscamos a fluidez dos discursos e das práticas em lugar da precisão das datas. E, sobre esses discursos e essas práticas, o próprio Hospital tem muito a apresentar.

O trabalho de campo³ aqui realizado pode ser dividido em dois momentos: o primeiro foi a pesquisa de prontuários do hospital Adauto Botelho datados desde sua inauguração em 1954 (ESPÍRITO SANTO, 2004). Trata-se de documentos microfilmados que se encontram no Same (Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos)⁴ – disponíveis para pesquisas por parte dos funcionários que trabalham ali. De acordo com informação dada por esses funcionários, o Same fornece estes dados quando solicitados por ex-pacientes ou parentes dos mesmos e por profissionais de saúde que tenham trabalhado no hospital. Ali, também encontramos fotos antigas do hospital, guardadas em um arquivo do computador do Same. Não podemos precisar a origem dessas fotos, mas consta que foram tiradas em 1954, na época da inauguração do hospital.

O segundo momento consistiu em entrevistas com funcionários e ex-funcionários que trabalharam no hospital entre 1954 e 1990 – período que

³ Nosso acesso ao campo só foi possível após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória – Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (o documento da aprovação se encontra no ANEXO A).

⁴ SAME: Serviço de arquivos médicos e estatísticos. Lá se encontram arquivos antigos e recentes. Até o presente momento para este trabalho, buscamos prontuários antigos. O SAME também está relacionado às internações e às altas no hospital: é o local por onde passam pacientes que serão internados ou que sairão de alta, bem como pessoas que venham a visitar os pacientes internados.

abrange dados de grande parte dos prontuários observados. Foram entrevistadas quatro pessoas: o Psicanalista (de 1976 a 1982), a Moça da Enfermagem (de 1948 a 1977), O Vigilante (final dos anos de 1940 até os anos de 1980) e a Militante (1964 até 2011)⁵.

Ressaltamos que a divisão em dois momentos aparece aqui mais como uma forma de facilitar a compreensão do processo de pesquisa. Um primeiro olhar para os arquivos – os quais poderiam, a princípio, ser as únicas fontes neste trabalho – instigou-nos a olhar mais. Aguçar o olhar e a escuta: ouvir vozes. Os dois momentos fundem-se: são um. A história nos prontuários e a história narrada não podem, neste trabalho, ser vistas separadamente.

As questões pensadas a partir dos prontuários e das entrevistas não se esgotam nesta dissertação e nem trazem respostas prontas: antes, abrem espaço para novas questões. Instigantes, as anotações encontradas nos levaram a pensar nas práticas que se deram no hospital. Produziram-se muitos questionamentos e incômodos acerca da história da loucura e da psiquiatria. No entanto, o que aconteceu de mais intenso foi o modo como nosso pensamento se voltou para as vidas que se produziram e se produzem em um hospital psiquiátrico - mais especificamente neste que nos propusemos a conhecer.

Dessa intensidade, nasceram breves ficções: fragmentos de escrita que, sem a pretensão de veracidade ou cientificidade, buscaram contar algumas das pequenas histórias que apareciam no encontro com o campo. Pensamos que esses fragmentos poderiam ser muito bem comparados a um “caderno de campo” – ou diário de pesquisa – o qual, segundo Queiroz (1996), consiste em observações e reflexões anotadas pelo pesquisador durante a execução da pesquisa. É verdade que essas breves ficções – que são inseridas no meio do texto ao longo deste trabalho – não são exatamente registro do momento e local em que a pesquisa de campo foi realizada. Ainda assim, na medida em que surgem a partir (da intensidade) dos encontros - primeiro com os prontuários e depois com os entrevistados -, acreditamos que seja possível

⁵ Cada um deles será apresentado mais adiante.

chamá-las de Caderno de Campo. Muito empregado pela antropologia, o caderno de campo parece ser negligenciado por muitos pesquisadores:

[...] principalmente os utilizadores de questionários regra geral o desdenham, achando que está muito ligado ao subjetivismo do pesquisador. Na verdade, sua falta significa uma concentração da atenção técnica mecânica da coleta e de interpretação dos dados, como se estes fossem os únicos pontos merecedores de interesse. Suprime-se, assim, toda a reflexão que existiu no decurso da coleta, consequência de todas as situações que podem tê-la influenciado, como também de tudo quanto ocorreu durante a análise subsequente dos dados; as peculiaridades de cada momento de pesquisa, os aspectos proveitosos, o interesse ou as inutilidades de certos passos, os detalhes do relacionamento do pesquisador com o objeto pesquisado deixam, por assim dizer, de existir. (QUEIROZ, 1996, pg. 65)

Buscando não negligenciar as reflexões que se deram no decurso da pesquisa, permitimos que as breves anotações (Caderno de Campo ou Fragmentos) produzidas no encontro com o campo ganhem espaço ao longo deste trabalho, junto às falas dos entrevistados e as anotações nos prontuários. Histórias de miudezas: ler notas de um passado distante, escutar as memórias de um narrador, inventar mundos – tristes, intensos, alegres, pequenos, fortes, perigosos – que poderiam ter feito parte dessa história. Dela, conhecemos fragmentos; desses fragmentos, tecemos uma história que não se pretende a *verdade do passado*.

“A história é objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de ‘agoras’.” (Benjamin, 1994, pg. 229). Pensando uma história que não seja um mero retorno ao passado, mas que se construa a partir do presente e que impulse suas forças no futuro, buscamos produzir este trabalho. A intenção é olhar para as miudezas dessa história, nas vidas que se fazem notar timidamente em prontuários médicos e nos relatos vivos de quem trabalhou no hospital em seu início. Na medida em que se trata da história de um hospital psiquiátrico, faz-se necessário buscar outras histórias da psiquiatria e da loucura no Estado, no País, e em outras partes do mundo. Falaremos, aqui, do que sentimos geograficamente mais próximo: o estado do Espírito Santo. Sobre a história da psiquiatria e da loucura neste nosso estado, aliás, encontramos - até o presente momento - poucas pesquisas. Afirmamos aqui que é de pequenezas quase inatingíveis – pequenos detalhes dos prontuários e sutilezas das falas de pessoas que

trabalharam no hospital - que pretendemos falar. Fica a clareza de que “[...] nada do que um dia aconteceu pode ser considerado perdido para a história” (Benjamin, 1994, pg. 223).

1.2. Entre paredes e papéis: do início de um processo de pesquisa

A minha vida eu deixo aí, atrás da porta – que é pra espantar visita. Toda incompletude do mundo é vida espalhada em cantos por aí, atrás de todas as portas, fazendo surpresa aos visitantes desavisados. Toda incompletude do mundo é fantasma: faz o sono desacontecer. E então a gente pensa que amanhã.

Que amanhã.

Que amanhã.

E amanhã não acontece.

Só ela fazia acontecer. E eu sei que ela sabia viver um pouco da fome de hoje e que conhecia mais do que aquilo que o espelho podia contar. Eu sei que ela vivia de amor e morte e que bordava incertezas à meia luz. Eu sei que ela sabia fazer uma porção de coisas com aquele pouco e que não guardava num canto a vida, porque era premente fazer render – a vida era um fio. A vida, na pressa, não suporta a tola mania desses meus excessos vazios: esse tempo-demais que quase sufoca e arde, esse dia de amanhã que não chega para dizer a que veio, essa palavra que não nasce, não nasce, não nasce...

Essa palavra macia. A voz do homem que insiste em fazer as coisas certas, tão mais certas do que a vida é capaz. A voz de Santa Maria, Mãe de Deus – e vovó sempre falava dessa Maria, essa boa Maria que roga por nós-pecadores até a hora de nossa morte. Vovó acreditava que Maria não precisava rogar por mim. Eu era santa: tecia a maldade em segredo, fazia o desejo em silêncio e ansiava pelo dia em que mataria o tédio. Aprendi do meu jeito – mato o tédio colecionando histórias. Todas as que ouço são primorosas, especialmente as menores. As invisíveis. As histórias que as pessoas nos contam num canto. A voz baixinha da vida anotada em um prontuário psiquiátrico: então a moça corria nua por aí? Então o moço matou aquele que o enganou? Então a menina morreu cedo? A voz baixinha da vida: a gente escuta em silêncio e envelhece num susto. E as coisas antigas já eram. A gente agora sabe que teve gente que morreu ali, na injustiça, na dor, no peso da sentença eterna. A gente nunca mais julga. A gente passa a desconhecer a paz.

A minha vida eu deixo aí, atrás da porta – que é pra espantar visita. Tenho sempre medo de quem vem. E vontade.

(Caderno de Campo ou Fragmentos)

Há pesquisas livres, que se lançam ao mundo e ao presente sem medo ou constrangimento, e há pesquisas tímidas, que se iniciam suaves, buscando sentir o terreno, como um apaixonado encabulado em quem o desejo é de sobra, mas a iniciativa é sutil.

Talvez, partindo disso, não seja tão difícil explicar o desejo de mexer em uma história de passado, paredes e papéis. História encarcerada, atrás dos muros, história de segredos. Há quem viva timidamente, e timidamente se disponha a escrever um projeto de mestrado. Por uma vontade de ler, expandir, abrir os olhos, falar mais alto e, enfim, gritar. Mas, não. Nem todos gritam assim de repente. Nem sempre as vozes se soltam com tamanha liberdade, com tamanha poesia, com a facilidade dos pesquisadores que se entregam ao mundo com aquela leveza que tanto admiramos. Esta é uma pesquisa que se iniciou tímida. E timidamente perguntava sobre o significado das palavras. O que é louco, deficiente, anormal? O que é normal, certo ou saudável? Insanidade, o que seria senão esse silêncio que nos toma e que nos impede de dizer na hora aquilo que já explode na garganta? Insanidade é este mundo de tropeços e essas colorações absurdas que nos tomam noite afora, as palavras ditas e não ditas, os encontros e desencontros. E tudo isso é tão vasto que, por vezes, sufoca. Escolhemos, a princípio, os papéis, os documentos, as letras: os arquivos. Buscávamos ouvir a voz do que se cala, e inventar a vida na assepsia. Manchar o que parece intacto com gotas delicadas dessa vontade que nasce aqui. Desejávamos vasculhar a história de um hospital psiquiátrico e ler como ali se desenham os nomes da loucura, assim como quem vive a poesia de inventar os nomes de amor ou de Deus. Os nomes da loucura: serão limpos? Haverá palavras médicas corretas para designarem o grito? Existe diagnóstico para a pobreza? E toda nossa fome, será doença?

É a loucura que nos chama, então, convidando-nos a pensar para além dos diagnósticos que definem patologias. Enquanto ela nos chamava parede afora, pedíamos que esperasse um pouco e insistíamos em vasculhar parede adentro, ali onde se fazia clara e presente a relação entre medicina e loucura. Como Cunha (1986) que, por meio de documentos e arquivos, escreveu uma história do Hospício do Juquery em São Paulo, buscando ouvir as vozes humanas, vivas e intensas de uma cidade que falava em meio a esses documentos.

A história escrita por Cunha tem um encanto assustador que se presentifica a cada instante, na medida em que ela buscou:

“[...] olhar o rosto e ouvir as falas dos internos, conhecer suas histórias de vida e as razões de seu internamento, perceber como se articulam e se dividem dentro da vida asilar, identificar quais elementos são utilizados na configuração psiquiátrica dos casos individuais – registros que os prontuários clínicos se encarregam de preservar”. (CUNHA, 1986, pg. 114)

Os prontuários médicos, ricos em miúdas histórias, provocaram. A timidez inicial se perdia aos poucos: entre paredes e papéis, miúdos gritos. Dessa provocação, surgiu uma *quase-necessidade* – ou um desejo? – de escutar também algumas vozes. Os contadores de histórias. Pessoas que, tendo trabalhado no hospital no período abrangido pelos documentos microfilmados, poderiam trazer outros olhares sobre as práticas que se produziam no hospital. Não uma verdade maior ou menor: um “a mais”, simplesmente.

As histórias contadas nos dois momentos falam da singularidade⁶: são homens, mulheres, um hospital psiquiátrico e uma cidade que eles vivenciam das mais diversas formas. Ou seja, estão longe de primarem pela individualidade do paciente ali descrito ou da pessoa que concedeu a entrevista - ou, num sentido oposto, pelos diagnósticos em série que se concentram em patologias. Como escreveu Guattari (2004), um indivíduo singular só pode se articular em condições históricas e em determinado contexto, a partir de um encontro com uma instituição. Cabe, então, pensar a instituição psiquiatria e como a loucura se percebe – e é construída – ali.

Lourau (2004) explica as instituições como sendo as normas sociais e a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. Uma instituição não atua a partir do exterior para regular vidas e condutas: ela “[...] atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo ou do indivíduo” (Lourau, 2004, pg. 75) Desse modo, a instituição não é apenas o que está instituído, colocado como regra, mas também aquilo que instiga e contesta. Fazem parte das instituições as lutas e os movimentos de transformação que permitem que se produzam novas

⁶ Segundo Deleuze (Diferença e Repetição, 2000, pg. 33) “As generalidades de ciclos na natureza são a máscara de uma singularidade que desponta através de suas interferências; e, sob as generalidades de hábito, na vida moral, reencontramos singulares aprendizagens”.

formas. Pensar as práticas psiquiátricas como instituições é pensá-las historicamente, buscando olhar para o contexto em que se fazem presentes e para os momentos em que se diferenciam, em que se desviam.

Esse olhar possibilita a produção de questões acerca dos movimentos que foram e são realizados, referentes ao assunto aqui proposto, no Espírito Santo. “Articular historicamente o passado não significa conhecê-lo ‘como ele de fato foi’. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo.” (Benjamin, 1994, pg. 224) O instante de perigo se faz vivo, na medida em que se clamam por novas formas de se pensar a saúde mental. Uma notícia do jornal A Gazeta, intitulada “Hospital Adauto Botelho dá lugar a novo hospital em Cariacica” (ANEXO D) – em 07 de maio de 2010 – mostra o seguinte:

O governo do Estado inaugurou em Cariacica, nesta sexta-feira (07), o Hospital Estadual de Atenção Clínica (Heac) - uma unidade com 103 leitos que ampliará o atendimento a casos de complexidade que necessitem de longo período de internação. Construído a partir da estrutura do antigo hospital Adauto Botelho, a nova unidade já receberá, na próxima segunda-feira (10), 46 pacientes que hoje estão no Hospital São Lucas, em Vitória.

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), o hospital oferecerá 50 leitos para internação de curta permanência em saúde mental e outras 13 vagas para atendimento de urgência psiquiátrica. Atualmente, o Estado disponibiliza apenas seis vagas semelhantes no Hospital São Lucas. Outras 40 compõem o centro clínico do Heac, conforme explicou o secretário de Saúde, Anselmo Tozi.

Nós vamos começar, predominantemente, com a parte clínica. Vamos atender pessoas que tiveram acidentes, que têm fraturas e precisam de reabilitação, ou que tiveram derrame cerebral, insuficiência cardíaca, complicações cardiovasculares ou pulmonares. Nós criamos condições para oferecer um cuidado mais prolongado”, comentou Tozi.

O Heac funciona nas antigas dependências do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Para reformar a estrutura do antigo manicômio, o governo aplicou R\$ 2,85 milhões. De acordo com a Secretaria de Saúde, a área tem capacidade para uma futura ampliação da unidade, que poderá se transformar, a médio prazo, no primeiro hospital geral de Cariacica.

Até o fim do ano, 64 pacientes que hoje vivem nas enfermarias do antigo Adauto Botelho serão transferidos para dez residências terapêuticas, que são casas onde vivem de oito a dez pessoas com problemas mentais. Nessas residências, os pacientes passam por um

processo de ressocialização, que inclui monitoramento médico, assistencial e psicológico. (FACHETTI, 2010)

A mudança de nome aparece, nesta reportagem, como um marco na história do hospital. Aqui, como não pretendemos nos prender a datas, perguntamos sobre o significado dessa mudança, ou melhor, sobre seus efeitos. O que muda com uma mudança de nome? Das pessoas aqui entrevistadas, houve quem dissesse: “Só mudou o nome”. Só o nome? Não, talvez não se trate apenas disso. Importantes mudanças ocorreram no hospital desde seu nascimento. E ele foi chamado por diferentes nomes. Costumava chamar-se Hospital Colônia Aduino Botelho. Colônia. Uma fazenda, uma granja, um espaço enorme em que se plantava e colhia – assim contam os entrevistados. De acordo com pesquisa realizada pela Secretaria de Saúde do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2004), foi nos anos de 1980 que o nome passou de Hospital Colônia Aduino Botelho para, simplesmente, Hospital Aduino Botelho. O que podemos afirmar é que nenhuma mudança *repentina* ocorreu a cada mudança de nome. Mudanças são processos históricos – processos coletivos que produzem novas práticas.

Dois dos entrevistados se referem à Enfermaria de Psiquiatria Comunitária, na qual diferentes modos de se tratar a loucura eram discutidos e postos em ação. Ali, dizem eles, o Movimento de Luta Antimanicomial⁷ no Espírito Santo ganhou força. Contam, então, sobre as Residências Terapêuticas⁸, as quais, constituindo um novo modo de se pensar a loucura e o tratamento dos internos, foram fundamentais para transformações nas práticas psiquiátricas.

Uma mudança de nome – uma data marcada na linha do tempo – o que diz? Pouco, diante dos processos, das lutas coletivas, das transformações sutis que se deram em diferentes períodos. Pouco, diante da vida. O Hospital Aduino Botelho continua ali: suas paredes continuam erguidas, contando histórias antigas. Pessoas que há muito tempo internadas – encarceradas? – deixaram

⁷ O Movimento de Luta Antimanicomial surgiu a partir da organização de Trabalhadores em Saúde Mental em todo o país. Vem militando pela Reforma Psiquiátrica – ou seja, pela transformação das práticas em psiquiatria – em todo o país. Possui organizações regionalizadas. Os entrevistados falam um pouco sobre esse Movimento no Espírito Santo.

⁸ Residências terapêuticas são moradias destinadas principalmente a usuários de serviços de Saúde Mental que foram submetidos a longas internações e perderam o suporte social e familiar.

ali suas marcas: no Hospital Colônia, no Hospital Aduino Botelho, no hoje Hospital Estadual de Atenção Clínica. Insistem as paredes e suas marcas, insistem as pessoas e suas memórias, insistem os prontuários que contam história: insiste a história – o nome é outro, mas o Hospital Aduino Botelho não é esquecido. Não pode.

Nietzsche (2003) considera que precisamos da história:

“[...] para a vida e para a ação, não para o abandono confortável da vida ou da ação ou mesmo para o embelezamento da vida egoísta e da ação covarde e ruim. Somente na medida em que a história serve à vida queremos servi-la” (Nietzsche, 2003, pg. 5).

Acreditamos que a história serve à vida na medida em que torna possíveis novos olhares para o antes e para o hoje. Por vezes, vale à pena olhar para trás: construindo o passado nos damos conta da coletividade de nossas práticas e das transformações vivenciadas e nos colocamos aptos para novos movimentos. Assumimos que, neste processo de pesquisa, muitas questões não puderam ser aprofundadas. Longe de ser uma característica específica deste trabalho, esse fato fala da impossibilidade de se abarcar a história em sua completude – talvez porque a completude não exista.

No momento em que se mergulha na história e se deixa tocar por seus caminhos e desvios, infinitas novas questões surgem: pequenas histórias que insistem em ser contadas. Não podemos nos ater detalhadamente a cada uma delas, mas acreditamos que, no momento em que elas nos tocam, abrem caminho para novas histórias – para que outros as escrevam. A Luta Antimanicomial, a Enfermaria de Psiquiatria Comunitária, as Residências Terapêuticas perpassam este trabalho e deixam suas marcas. O período de Ditadura Militar no Brasil invade e produz a história do Hospital – como deixa claro uma das entrevistadas. Ouvimos as narrativas e lemos os prontuários: deixamo-nos invadir pela história e seus desvios. Por *uma* história. Um caminho entre tantos outros – ainda não trilhados, ainda não inventados.

2. História

2.1. “Os nomes da loucura”: discursos e práticas ao longo da história

Não sei ao certo explicar onde é que nasce a ideia que dá início a uma pesquisa. Penso que pesquisadores e pesquisadoras são tomados por uma infinidade de ideias e questões aflitivas que a eles se impõem cada vez mais fortes até que, num dado momento, a pesquisa se torna necessária. Ou, se não posso falar por outros pesquisadores, falo por mim: este trabalho se tornou necessário. Tornou-se fundamental, para mim, conhecer a história da loucura ou, melhor dizendo, a história de como passamos a chamar de loucura – ou de tantos outros nomes – certos modos de viver, sentir e estar no mundo. Saber sobre isso se tornou tão importante que, diante dessa ânsia, acabei por me ver convidada a algo que é essencial a todo pesquisador: sair de mim. Pesquisar é sair de si. Olhar para outros mundos e conhecer o que outros já pensaram antes de nós. Sair: exercício fundamental para que não nos percamos em uma paixão puramente individual. Não posso escrever, partindo apenas da minha vontade: o que eu penso acerca da loucura. Não sou eu. Somos muitos. É nesse sentido que, neste capítulo, trago alguns companheiros de pesquisa. Pessoas que nem conheci, mas cujos escritos abriram caminho para uma questão que, certa vez, gritou aqui e me levou a produzir esta pesquisa.

Façamos, agora, uma pergunta gasta, provavelmente usada e repetida uma infinidade de vezes. E sem resposta clara: o que seria a loucura? Afirmamos que não há resposta, na medida em que nenhum nome ou definição pode dar conta da amplitude do não-conceito de loucura. Sempre houve tentativas de nomear, explicar, conceituar. Mas, em outros tempos, o que era chamado de insanidade era exatamente a insanidade como vemos hoje? Seria a loucura uma verdade que atravessa os tempos – apresentando, como diferencial de cada tempo, apenas uma diversidade de nomenclaturas? Acreditamos que não. Os nomes oferecidos hoje pela psiquiatria não são uma verdade enfim descoberta, mas um modo de falar de um fenômeno e de, ao mesmo tempo, produzi-lo. Um modo de dizer: modo este que aparentemente oferece um lugar seguro de onde falar do que tomamos hoje como insanidade. Veyne (1982)

considera que a loucura não existe. Com isso, não pretende afirmar – nem mesmo negar – que os loucos são vítimas de preconceito, que a loucura existe porque fabricada pela sociedade ou que só é louco aquele que é julgado como tal.

[...] a proposição também não nega que a loucura tenha uma matéria behaviorista e, talvez, corporal. Mas ainda que a loucura tivesse essa matéria, não seria ainda loucura. Uma pedra de cantaria só se torna fecho de abóbada [...] quando é colocada em seu lugar em uma estrutura. (VEYNE, 1983, pg.266)

Ele afirma, então, que é necessária certa prática para que um objeto, - “o louco”, por exemplo - seja considerado como tal. É sobre as práticas (e sobre os discursos) que nos propomos a falar, iniciando uma discussão que abre caminho para pensar os resultados desta pesquisa – os quais serão apresentados brevemente ao longo deste capítulo e mais aprofundados nos capítulos seguintes.

[...] a palavra discurso ocorre tão naturalmente para designar o que é dito quanto o termo prática para designar o que é praticado. Foucault não revela um discurso misterioso, diferente daquele que todos nós temos ouvido: unicamente ele nos convida a observar, com exatidão, o que assim é dito. Ora, essa observação prova que a zona do que é dito apresenta preconceitos, reticências, saliências e reentrâncias inesperadas de que os locutores não estão, de maneira nenhuma, conscientes. (VEYNE, 1982, pg. 252)

Não tomemos, então, a loucura como uma instância universal. A própria palavra *loucura* aqui utilizada não se refere a um fenômeno único que se repete ou evolui de tempos em tempos, mas a uma multiplicidade de fenômenos entre os quais, para maior clareza neste trabalho, podemos fazer ligações. *Loucura* é simplesmente uma palavra. No entanto, não estamos livres das palavras, nem da capacidade que nelas depositamos de produzir categorias e semelhanças. Na medida em que desejamos falar de história, buscamos os muitos *nomes da loucura* em tempos e espaços diversos; o *louco* surgindo em cena com outras faces, outras máscaras, em outros palcos e em outros cenários. Conheceremos todos os nomes, espaços e cenários? Obviamente que não. Eles são infinitos, móveis, passeiam deslizando pela história. Falamos de um movimento dos discursos e das práticas através dos tempos – e através dos

espaços-, com a clareza de que, como Veyne (1982, pg. 268) bem afirmou: “[...] não existe ‘loucura através dos tempos’, religião ou medicina através dos tempos”. Os muitos nomes, portanto, não remetem a um objeto específico, natural e eterno. Da mesma forma que um nome que se repete em épocas distintas não trata sempre de uma mesma coisa. Estão todos em movimento e se produzem nas relações. A história do Hospital Aduato Botelho - como poderemos ver ao longo deste trabalho - abarca uma multiplicidade de modos de se falar e tratar da loucura.

Começamos a falar dessas práticas, inevitavelmente, a partir de Foucault: seu modo de fazer história e sua obra *A História da Loucura na Idade Clássica* foram de extrema importância para a escrita deste trabalho. É necessário aqui ter a clareza de que trazer *A História da Loucura* de Foucault não significa fazer uma transposição direta do trabalho dele para este. O que apresentamos neste capítulo são as contribuições – indispensáveis – de Foucault e outros importantes autores que discutiram sobre a loucura e a psiquiatria. Trata-se de leituras que aguçaram nosso olhar e permitiram importantes questionamentos, sem os quais este trabalho não seria possível.

Foucault (1997) inicia sua *História da Loucura* a partir do desaparecimento dos leprosários na Idade Média na Europa. Segundo ele, os leprosários e os ritos de segregação dos leprosos não estavam destinados a suprimir a lepra, “[...] mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa”. (FOUCAULT, 1997, pg. 5) Assim sendo, os valores e as imagens atribuídos à personagem do leproso permaneceram por muito mais tempo que a lepra: “[...] é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado”. (FOUCAULT, 1997, pg. 6)

Partindo desses jogos de exclusão, é possível falar de uma estrutura que foi retomada de maneira muito semelhante mais tarde, um modelo de segregação que se reinventa na medida em que produz novas objetivações.

“Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...]”. (Foucault, 1997, pg. 6) O fenômeno da

loucura – do qual a medicina demoraria um tempo para se apropriar – apareceu no século XVII, então, como herança da lepra. Herança desse movimento de segregação, da produção de um espaço isolado e afastado da vida que acontece nas cidades.

[...] a loucura é arrancada a essa liberdade imaginária que a fazia florescer ainda nos céus da Renascença. Não há muito tempo, ela se debatia em plena luz do dia: é o Rei Lear, era Dom Quixote. Mas em menos de meio século ela se viu reclusa e, na fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e a suas noites monótonas. (Foucault, 1997, P. 78.)

Antes, porém, outros movimentos se deram e outras faces se fizeram notar na paisagem da Europa. Os loucos navegavam errantes, de um porto a outro, escoraçados dos muros das cidades e entregues ao mar: “É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem”. (Foucault, 1997, pg. 12)

Prisioneiros da passagem. Nem lá, nem cá. Embora o tempo e a distância assegurem grandes diferenças entre essa história e a do Hospital Adauto Botelho, essa imagem – do prisioneiro navegante – parece caber perfeitamente neste trabalho, assumindo múltiplos sentidos. Entre o crime e a loucura, entre a culpa e a inconsequência, entre a polícia e a psiquiatria: os prontuários e as entrevistas apontam para o fato de que muitos dos internados eram levados pela polícia ao Hospital Adauto Botelho. Mais adiante trataremos deste assunto de modo mais aprofundado. Por ora, trazemos apenas essa idéia de uma figura errante, expulsa das cidades pelo medo, entregue aos mares, às prisões, aos isolamentos ou aos hospícios. Não uma figura única: são múltiplos os sentidos que se podem atribuir ao prisioneiro da passagem, são múltiplos os prisioneiros e múltiplas as passagens.

Nesse caminhar por múltiplos sentidos, prisioneiros e passagens, encontramos com os Hospitais Gerais - espaços de internamento que, pouco a pouco, tomavam conta de toda a Europa. “O Classicismo inventou o internamento um pouco como a Idade média a segregação dos leprosos” (Foucault, 1997, p. 53)

Segundo Foucault (1997), essas instituições de internamento destinavam-se a um grupo (aparentemente) muito heterogêneo: loucos, devassos, pobres, libertinos. Eram casas estabelecidas, muitas vezes, dentro dos muros dos antigos leprosários. O movimento de exclusão claramente renascia com outra face e se dava como uma mistura – não sem conflitos – entre os antigos privilégios da igreja na assistência aos pobres e a preocupação burguesa em colocar ordem na miséria que crescia nas cidades.

Eram instituições de caridade ou de punição? Ora, deve-se considerar que as práticas eram múltiplas e se interpunham umas às outras. Não cabe, então, fechar em um único e claro objetivo as instituições de internamento na Europa: elas tomaram diversas formas ao longo do tempo e em diferentes locais. A própria consciência da loucura não era um conjunto maciço na cultura européia. Foucault afirma que a loucura, para a consciência ocidental, surgiu simultaneamente em muitos pontos, “[...] formando uma constelação que se desloca e transforma seu projeto, e cuja figura esconde talvez o enigma de uma verdade. Sentido sempre despedaçado”. (Foucault, 1997, p. 165)

Foucault (1997) se refere a uma sensibilidade social, comum à cultura européia, que foi se formando no decorrer de muitos anos e que possibilitou a expansão dos Hospitais Gerais. Tratava-se, na verdade, de uma nova sensibilidade à miséria. A dor, a pobreza e a caridade, que antes apareciam como ligadas à glória e à salvação, tornavam-se obstáculos à ordem. Com a Reforma Protestante, os miseráveis deixavam de ser pretexto enviado por Deus para suscitar a caridade do cristão e a miséria passava a ser percebida do ponto de vista moral.

A consciência moral se fazia notar, de acordo com Foucault (1997), a partir do imperativo do trabalho: de modo a promover a ordem, era preciso condenar a ociosidade. A era clássica falava, portanto, de uma rejeição a todas as formas de inutilidade social: aqueles que se recusavam a trabalhar e também os considerados inaptos para o trabalho eram condenados à internação.

Doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada se vê repentinamente, na segunda metade do século XVIII, rejeitada

para além de uma linha de divisão, e reclusa em asilos que se tornarão, em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura. (FOUCAULT, 1997, p. 102.)

Foucault (1997, p. 121) considera que o século XVII “[...] misturou as linhas de um rosto que já havia se individualizado há séculos”. Isso significa que a loucura que mais tarde apareceu como fenômeno distinto dos outros - fenômeno esse que se tornou *propriedade* médica - já havia se apresentado, em outros tempos e espaços, com um rosto e um nome que lhe eram próprios.

Essa heterogeneidade do internamento na era clássica não fala, então, de uma forma mais antiga de se perceber a loucura. Mostra, ao contrário, as voltas e os desvios do tempo. O que consideramos recente ou moderno muitas vezes já se mostrou com formas semelhantes em outros momentos. Seguindo a leitura de Foucault (1997), vale dizer que nasceram bem cedo no mundo árabe hospitais reservados aos loucos. Talvez no século VII em Fez, ao final do século XII em Bagdá, ou no século seguinte no Cairo. Praticava-se uma cura da alma, dirigida pelos médicos, na qual se intervinham música, dança e narrativas fabulosas. A crença de que a medicina finalmente chegou para identificar os doentes mentais em meio à massa heterogênea de internados nos hospitais gerais fala de um desejo de se atribuir à ciência um estatuto de verdade, o peso da eternidade.

Ao questionar a eternidade da medicina e a verdade da ciência, torna-se possível pensar a história do Hospital Adauto Botelho como uma entre as muitas possíveis. É esta, acreditamos, a principal contribuição de Foucault para este trabalho: a história da loucura não pode ser a história de um objeto estático. Os muitos rostos da loucura – ou os muitos rostos do que convencionamos chamar de loucura – não são máscaras de uma verdade oculta que estaria por ser descoberta pela ciência. Esses rostos são diferentes verdades em diferentes espaços e tempos. É extremamente importante, no momento em que se estuda história, reconhecer que nosso olhar nasce em uma determinada época, em um dado espaço, de modo que desenhará o passado a partir de conceitos recentes. Como eram os rostos daqueles que foram internados no Hospital Adauto Botelho? O que determinava que ali estivessem? Que discursos os produziam? Que verdades se afirmavam sobre

eles? Não sabemos se essas perguntas são respondias neste trabalho. Talvez seja melhor dizer que escrevemos sobre os caminhos que traçamos ao longo desta pesquisa a partir do olhar sobre os prontuários e das histórias que os entrevistados contaram. O grupo heterogêneo que se destinava aos Hospitais Gerais certamente se difere bastante das faces que vislumbramos nos prontuários do Hospital Adauto Botelho. A imprecisão, no entanto, também se faz presente no hospital em Cariacica. Ao longo desta pesquisa, falaremos mais detalhadamente sobre as histórias que aparecem nos prontuários. Eles mostram: descrições detalhadas de alguns pacientes e descrições imprecisas de outros; pedaços das histórias de vida – mais precisamente, os pedaços que denunciam doenças; a procedência de cada um – muitos deles encaminhados pela Chefatura de Polícia; óbitos e longas internações; diagnósticos de doenças mentais e também históricos criminais.

Em meio a essa heterogeneidade de dados, encontramos inevitavelmente com um conceito de doença mental: os diagnósticos psiquiátricos trazem um discurso técnico. Não se trata do único discurso presente nos prontuários e, como discutiremos mais adiante, nem sempre parece ser o discurso determinante para as internações. É impossível, porém, falar de história da loucura sem falar dos discursos psiquiátricos.

Outra obra de Foucault aparece como imprescindível aqui: *Doença mental e psicologia*. Neste livro, Foucault (1991), buscou situar historicamente o conceito de doença mental. Ele afirma que a organização teórica da doença mental se liga a todo um sistema de práticas:

[...] organização da rede médica, sistema de detecção e profilaxia, forma da assistência, distribuição de cuidados, critérios de cura, definição da incapacidade civil do doente e da sua irresponsabilidade penal; em resumo, todo um conjunto que define numa cultura dada a vida concreta do louco. (Foucault, 1991, pg. 90).

Ele nos convida, mais uma vez, a perceber que as categorizações que produzem semelhanças não são naturais nem eternas. Não se trata de dizer que não há doença nem tratamento, mas que a doença e o tratamento se situam historicamente e, aliás, estão intimamente ligados: não é o diagnóstico

de uma doença que define o tratamento adequado, mas ambos se definem mutuamente e também desfazem suas linhas precisas na medida em que a história destece e tece novos conceitos.

O conceito de doença mental, marcando a apropriação da loucura pela medicina, situa-se em um contexto histórico e jamais poderia ter florescido isoladamente, como uma verdade absoluta enfim revelada. Outra contribuição de grande importância para este trabalho é, portanto, a de Castel (1978). Segundo ele, foi ao final da Revolução Francesa que o louco passou a ser dotado do status de alienado: a medicalização definiu, desse modo, o monopólio da medicina nos cuidados com o louco promovendo, assim, uma relação social de tutelarização. A psiquiatria, nesse sentido, funcionou como ciência política, na medida em que respondeu a um problema de governo, permitindo, assim, administrar a loucura. O impacto diretamente político do problema foi deslocado, de modo que a loucura se transformou em questão “puramente técnica” e passou a ser “administrável”. (Castel, 1978).

Esse breve apanhado de leituras me parece fundamental para tecer um dos argumentos com os quais trabalho nesta pesquisa: o de que a psiquiatria tem uma importante função social e política. Retomo, então, o que escrevi alguns parágrafos acima: o discurso psiquiátrico não é o único presente nos prontuários e não parece ser o discurso determinante para algumas interações. Os discursos aparentemente não-técnicos em prontuários médicos não falam de um desvio em relação à história da psiquiatria. Presentes nas anotações tanto quanto os diagnósticos, eles mostram que o hospital psiquiátrico, o psiquiatra e seus saberes se inserem na história, na política, no tempo e no espaço em que se encontram. Birman (1987) discorre maravilhosamente sobre como a psiquiatria, mais do que se apresentar como um ramo da medicina, apresenta seu discurso moralizante. Segundo ele, a psiquiatria:

[...] é atravessada pelas interpretações biológicas que se reivindicam médicas, e pelas interpretações psicológicas, que falam linguagens completamente diversas, que não se escutam porque não se compreendem, e cada uma dessas tradições não pode compreender o apego da outra a formulações diversas das suas. (BIRMAN, 1987, pg. 98)

Inerente à psiquiatria e à sua história, portanto, a multiplicidade de sentidos e interpretações está presente em todo este trabalho. Múltiplas as vozes dos que nos contam a história do hospital, múltiplos as palavras e histórias nos prontuários analisados, múltiplos os nomes da loucura.

Loucura, alienação, doença mental. Insanos, pobres, libertinos. Certamente desviamos da proposta inicial deste capítulo de situar historicamente os nomes da loucura. Foi um desvio necessário, na medida em que não se pode falar de nomes sem falar de práticas. Nada dizem os nomes se não se situam no lugar e no tempo em que se propõem a falar. A história não se faz sem cortes e remendos no caminho que tece. Aliás, não se faz por um caminho-eixo, que seria o centro de onde saem os desvios, mas se produz exatamente pensando cada caminho com a força que lhe é própria. Assim, ainda que possa haver certa rigidez em nosso trilhar – mesmo nos desvios -, esperamos possibilitar a reflexão de que, assim como não há uma única forma de se perceber, descrever ou nomear a loucura, não há uma única psiquiatria no mundo ou no Brasil, mas múltiplas. Não porque se desviam ou se diferenciam de um eixo central, mas porque não há eixo.

2.2. Uma “epifania” científica: discorrendo acerca do normal e do patológico

O normal, mais do que um fato, é um valor. É o que afirma Canguilhem (2009) em *O Normal e o Patológico*, desenhando maravilhosamente uma potente história da ciência médica. Potente, porque questionadora. Porque confronta os conceitos de normal e de norma⁹ e porque, fazendo notar a transformação desses conceitos, “humaniza-os”: em outras palavras, coloca a ciência no lugar de produto da vontade humana, vontade essa que define, em meio à trama social e histórica, os objetos a serem pesquisados e o sentido que será dado a essas pesquisas.

⁹ Segundo Canguilhem (*O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009, pg. 200-201), “[...] o que caracteriza um objeto ou um fato dito normal, em referência a uma norma externa ou imanente, é poder ser, por sua vez, tomado como ponto de referência em relação a objetos ou fatos ainda à espera de serem classificados como tais. Portanto, o normal é, ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma. [...] Ele requer, portanto, fora de si, a seu lado e junto de si, tudo aquilo que lhe escapa. Uma norma tira seu sentido, sua função e seu valor do fato de existir, fora dela, algo que não corresponde à exigência que ela obedece.”

É certo que, em medicina, o estado normal do corpo é o estado que se deseja restabelecer. Mas será que se deve considerá-lo normal porque é visado como um fim a ser atingido pela terapêutica ou, pelo contrário, será que a terapêutica o visa justamente porque ele é considerado normal pelo interessado, isto é, pelo doente? Afirmamos que a segunda relação é a verdadeira. Achamos que a medicina existe como arte da vida porque o vivente humano considera, ele próprio, como patológicos – e devendo, portanto, ser evitados e corrigidos – certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, para lutar contra aquilo que constitui um obstáculo à sua manutenção e a seu desenvolvimento tomados como normas. (CANGUILHEN, 2009, pg. 86)

Nesse sentido, cabe aqui trazer brevemente os termos normatividade e normalização, bastante utilizados por Canguilhen. Segundo ele, a vida é uma atividade normativa, na medida em que não é indiferente às condições nas quais se faz possível: a vida insiste e resiste e luta contra aquilo que aparece como obstáculo à sua manutenção. A normalização, por outro lado, incide sobre a vida:

‘Normar’, normalizar é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda que estranho. Conceito polêmico, realmente, esse conceito que qualifica negativamente o setor do dado que não cabe na sua extensão, embora dependa de sua compreensão. (CANGUILHEN, 2009, pg. 201)

“Normar” ou normalizar a vida: a história que aqui escrevemos é, em alguns aspectos, uma história de normalização. Como já foi afirmado anteriormente, a loucura nem sempre foi objeto do saber médico. Faz-se necessário, portanto, pensar historicamente a constituição da psiquiatria como ciência médica. Ciência que, pouco a pouco, foi demarcando uma propriedade de saber nas sociedades ocidentais. Pensar na psiquiatria se constituindo como ciência é pensar em como esse saber adquiriu estatuto de verdade: como a figura do psiquiatra passou a responder sobre a verdade do sujeito? Que saber era esse? De quais discursos se fazia valer? A psiquiatria – ou medicina mental - olhava para o próprio passado, como descreveu Birman (1987, pg 5): “[...] com um misto de espanto e horror”. O que causava espanto era a história pregressa da loucura, aquela de Foucault (1997) tratou. Para os novos médicos, a figura do louco como *doente mental* aos poucos tomava uma forma clara e definida, tornando-se uma verdade *enfim apreendida* neste ponto da escala evolutiva da

ciência médica. Esse tom que sugere uma grande *epifania científica* é bem ilustrado por Machado de Assis (1994) em *O Alienista*:

Trata-se de coisa mais alta, trata-se de uma experiência científica. Digo experiência, porque não me atrevo a assegurar desde já minha idéia; nem a ciência é outra coisa, Sr, Soares, senão uma investigação constante. Trata-se, pois, de uma experiência, mas uma experiência que vai mudar a face da Terra. A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente. (Assis, 1994, pg. 8)

Tomada do ponto de vista evolutivo, a história corre o risco de se tornar incapaz de criticar as pretensas verdades que ocorrem no presente ou, ainda, em pensá-las como algo que deve ser escavado para que cheguemos ao fundo e encontremos uma verdade mais completa, perfeita, lapidada. Faz-se fundamental pensar a história dessa ciência para além dos termos evolutivos, de modo a compreender como ela atravessa nossos modos de ser, pensar e agir. Afirmando verdades, padrões e desvios, a ciência pode regular e normatizar de tal modo, que se torna um instrumento moralizador.

Nesse sentido, a proposta de Birman (1987) – na medida em que afirma a *Psiquiatria como Discurso da Moralidade* – é de importante contribuição para este trabalho: é fundamental discutir a constituição da psiquiatria como ciência e os efeitos disso. Para ele, nas histórias da Psiquiatria, a historicidade costuma ser apagada quando o discurso psiquiátrico aparece desarticulado dos contextos sociais e culturais que o fazem emergir. O próprio conceito de doença mental – que muitas vezes aparece com a roupagem de verdade - não foi nem é um conceito fixo, eternamente definido: transforma-se na medida em que mudam seus arredores, tornando-se parte de cada conjuntura histórica em que se presentifica.

Birman (1987) afirma também que, para estudar a história da ciência, é preciso olhar para a não-ciência: práticas sociais, institucionais, transformações culturais. Cabe perguntar, então, como essa não-ciência dá lugar a uma ciência.

O novo lugar da loucura esteve intimamente articulado ao surgimento da Sociedade Industrial: uma nova Moral exigia um novo modelo de ser humano.

A Medicina mental surgia então como uma nova instituição social e como um discurso científico, em um momento de reorganização sócio-moral do sujeito. (Birman, 1987)

[...] a Psiquiatria torna-se um poder que se exercerá como regulação moral das individualidades, definindo valores que estabelecerão o campo de variação do comportamento humano. Este será considerado como mórbido ou sadio, numa escala estabelecida pela razão psiquiátrica. (Birman, 1987, pg.12).

Se Birman se refere a uma escala, é importante trazer à cena, novamente, Canguilhem (2009): de acordo com seus estudos, foi a partir e ao longo do século XIX que as relações entre o normal e o patológico se tornaram quantitativas. Se, para a medicina grega, havia uma diferença de qualidade entre saúde e doença, uma transformação das idéias médicas levou à teoria de que os fenômenos patológicos nos organismos vivos são apenas variações quantitativas dos fenômenos fisiológicos correspondentes. Nesse sentido, a patologia seria pensada a partir da fisiologia: haveria um modo normal e apriorístico de funcionamento fisiológico a partir do qual seriam medidos os modos doentes.

Canguilhem (2009), insistindo na ideia de que a produção científica é fundamentalmente humana (e, dessa forma, inserida em um contexto social), questiona essa linearidade cronológica entre o estudo da fisiologia e o estudo da patologia. Afirma, então, que foi a clínica – na figura daquele que se sentia doente e levava suas queixas ao médico – que abriu caminho para a fisiologia. O (que mais tarde foi chamado) patológico perturbou, mexeu, instigou, e fez nascer o normal – aquele estado de coisas que mal se nota.

Trazendo esse diálogo mais especificamente para o campo da medicina mental, podemos pensar no que significa dizer que o saber psiquiátrico se desenvolveu como normatizador: ora, seria ingênuo pensar que a norma estava dada antes que o desvio gritasse. Era o psiquiatra o responsável por recuperar as individualidades que se desviassem no exercício das normas. Normas essas que não eram absolutas ou naturais, mas antes se referiam a

uma sociedade em que eram definidas ao mesmo tempo em que era definido o desvio.

A psiquiatria, tendo como grande preocupação a dimensão moral, enfrentava algumas dificuldades para se fazer valer como um ramo da medicina. Era fundamental aos psiquiatras que mantivessem um discurso relativo às causas físicas das doenças mentais, tratando em especial da hereditariedade, para que a face biológica da psiquiatria pudesse se mostrar – face esta que lhe garantiria o estatuto médico-científico. Torna-se importante salientar, no entanto, que a medicina como um todo era dotada de uma visão moralista/higiênica. Também sobre a produção científica como indissociável da história e como jamais universal, Foucault (2004), em *O Nascimento da Clínica*, afirma:

Para nossos olhos já gastos, o corpo humano constitui por direito da natureza, o espaço de origem e repartição da doença: espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, pelo atlas anatômico. Essa ordem do corpo sólido e visível é, entretanto, apenas uma das maneiras de a medicina espacializar a doença. Nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental. Houve e haverá outras distribuições do mal. (pg. 1)

A medicina que nascia no espaço social - com suas preocupações com a saúde coletiva e com as epidemias - dedicava seus esforços a determinados assuntos em detrimento de outros por estar inserida numa sociedade que assim exigia – e não por um imperativo da natureza.

E o que exigia essa sociedade? Que contexto social era esse? Ora, tratava-se da nascente sociedade industrial: a partir da segunda metade do século XVIII a medicina estabelecia, em muitos países da Europa, uma nova relação com a sociedade. As cidades cresciam em população e em número de indivíduos considerados economicamente improdutivos. Esses, para um momento econômico que exigia produção crescente e incansável, tornavam-se incômodos – perturbadores como aquilo que “não se encaixa” - para seus familiares e para a sociedade. A saúde se convertia em problema econômico e os que não serviam à economia se convertiam em anormais, não ante um conceito prévio de normalidade, mas ante os anseios de um novo contexto histórico. (Birman, 1987)

O objeto de estudo da psiquiatria, portanto, não era apenas o chamado alienado ou doente mental. Como veremos ao longo do trabalho, era no sentido de abranger a sociedade como um todo e cada corpo em sua individualidade que a psiquiatria desenhava seu caminho.

A medicalização da loucura - bem como a medicalização do crime (movimentos que tornavam tanto a loucura como o crime como objetos da ciência)¹⁰ - trata de um movimento da ciência médica na busca de apreender uma verdade que ultrapasse a verdade do corpo, mas, ainda assim, esteja intimamente ligada a ele. À psiquiatria nascente interessavam os comportamentos desviantes, bem como a aparência, as formas e os traços daqueles que praticavam tais comportamentos. Era desse modo que justificavam o racismo, as diferenças entre as classes sociais, a superioridade do homem sobre a mulher. Eram justificados cientificamente – como veremos em detalhes mais adiante - valores morais: nascia a perigosa crença de que o biológico determina todas as vivências e possibilidades – ou impossibilidades – do ser humano. Uma crença na biologia: mas, acima de tudo, era uma crença moralizante¹¹.

Dialogando com os prontuários e com os entrevistados, damos continuidade à discussão acerca dessa psiquiatria – que não se trata de uma psiquiatria, mas de várias: psiquiatrias de discursos discordantes, os quais se constroem se rompem em diferentes momentos históricos. Uma psiquiatria que olha para o corpo e ali assume a verdade do sujeito. Uma psiquiatria que moraliza. Uma psiquiatria que entra em diálogo e em conflito com o setor jurídico-penal – assunto que abordaremos mais adiante neste trabalho. Psiquiatria dos rostos,

¹⁰ Cunha fala sobre como a medicalização da loucura não deixa de ser uma medicalização do social: “Uma fala que elabora, cientificiza procedimentos discriminatórios e excludentes para, medicalizando aquilo que é ‘estranho’, oferecer uma alternativa política e moralmente aceitável para famílias atingidas pela desgraça e pela vergonha, para governos embaraçados pela necessidade de dispor de saídas institucionais de exclusão e controle.”(CUNHA, 1986, pg. 160)

¹¹ Foucault faz referência ao “tratamento moral”, prática inicialmente definida pelos ingleses e rapidamente adotada na França: “E esse tratamento moral não é, absolutamente, como se poderia imaginar, uma espécie de processo de longo prazo que teria essencialmente como função primeira e terminal fazer surgir a verdade da loucura, poder observá-la, descrevê-la, diagnosticá-la e, a partir daí, definir a terapêutica. A operação terapêutica que se formula desde esses anos de 1810-1830 é uma cena, e é uma cena de enfrentamento”. (FOUCAULT, 2006, pg. 12)

das atitudes, das marcas no corpo, dos desvios. Uma e muitas: porque é isso o que mostram os prontuários: que o olhar não pode ser reto. Que há o que se escutar ali – muito -, naquelas palavras mudas. Se as discussões se encerram em determinados pontos neste trabalho, isso se deve a uma escolha. Traçaremos, agora, os caminhos escolhidos.

2.3. Chegando mais perto: a loucura e a psiquiatria no Brasil e no Espírito Santo

Busquei trazer, até então, um pouco da história da loucura e da psiquiatria no mundo ou, para ser mais clara, no mundo ocidental e, mais especificamente, na Europa. Este início, admito, provocou-me algum incômodo: percebi o risco de afirmar a história da Europa – com sua Revolução Francesa e os primeiros Hospitais Gerais – como o ponto de partida. Não é esse o caso. Sendo os autores anteriormente citados fundamentais para se falar da loucura, busquei neles algumas das questões que puderam contribuir para a pesquisa sobre o Aduino Botelho: aquilo que ressoa nos prontuários e nas entrevistas, mostrando que a história - não tendo ponto de partida - apresenta muitos pontos de encontro com outros tempos e espaços. Não é uma linha reta, mas uma rede com muitos nós.

Para olhar mais de perto os pequenos pontos dessa rede que se tece aqui, falemos sobre o trabalho de Maria Clementina Pereira Cunha. Sua pesquisa com prontuários médicos do hospício do Juquery em São Paulo foi extremamente inspiradora. Segundo Cunha (1986), na virada do século XX, a existência de locais de internamento era um fenômeno bastante recente no Brasil e a medicina buscava aos poucos intervir e colocar sua marca num processo que, até então, podia prescindir da lógica médica. Até o final do século XIX, o controle da loucura caracterizava-se como simples mecanismo de exclusão social, voltado para os loucos considerados perigosos. O alienismo, nascido na Europa ao final do século XVIII, surgiria no Brasil um século depois e com características muito próprias.

Ela segue afirmando, então, que o alienismo no Brasil trazia o que havia de mais atual na medicina mental europeia e, ao mesmo tempo, mostrava grande proximidade com teorias do final do século XVIII ou inícios do século XIX, como as de Pinel e Turke: “[...] os fundadores do asilo, do ‘tratamento moral’, das patologias da razão, da etiologia indefinível.” (CUNHA, 1986, pg. 29)

A história da psiquiatria no Brasil sempre teve, portanto, contornos muito próprios. A influência da psiquiatria europeia só teve efeito na medida em que respondeu a condições sociais e históricas particulares. Em São Paulo, por exemplo, a internação apareceu como forma de controlar os males causados pela explosão do crescimento urbano ao final do século XIX:

Setores improdutivos, como a velhice, os “menores”, certo tipo de doentes, débeis mentais, deficientes de diversas qualidades terão reinventado o seu lugar. Na cidade, eles tenderão a deixar de ser uma questão que afeta ao grupo familiar ou social mais diretamente concernido, para constituírem problema efetivo para a administração pública. Alguns desses setores encontrarão no hospício, ao lado dos loucos, o seu definitivo “lugar de repouso”. (CUNHA, 1986, pg. 31)

A psiquiatria brasileira, segundo Amarante (1982, pg. 09), é uma psiquiatria social, na medida em que desenha “[...] um projeto dirigido à sociedade, identificando perfeitamente os interesses de classe e o seu papel de acordo com cada uma delas.” Podemos dizer, assim, que esse saber psiquiátrico nasce, no Brasil, em meio a um contexto social que grita: as cidades crescem e é preciso conter o que nela exacerba – a insânia, a voz, o caos.

Ainda estamos, porém, na segunda metade do século XIX: nesse período, o hospício nascia em grandes cidades. Como afirma Cunha (1986), primeiramente no Rio de Janeiro e em São Paulo, em 1852, e depois em Recife (1861), Salvador (1874) e Porto Alegre (1884). Nossa história nasce em outro contexto: o crescimento urbano no Estado do Espírito Santo se deu mais tarde - na primeira metade do século XX. É inevitável, portanto, que nos atenhamos às peculiaridades locais. Para tal, dialoguemos com a dissertação Jabert (2001), que traça com clareza a história da loucura no Espírito Santo durante a Primeira República.

Jabert (2001) mostra que, durante o período por ele analisado, o Estado recorreu a diversas instituições que pudessem servir como locais de

internamento. Para facilitar a análise, dividiu o período em três fases distintas. A primeira fase, 1887 a 1898, foi marcada por internamentos num asilo de alienados anexo à Santa Casa de Misericórdia do Espírito Santo. A segunda fase teve início com o fechamento desse asilo. O Estado não podia, então, contar com uma instituição específica de internamento: aqueles considerados loucos eram encarcerados no quartel de polícia da capital e alguns eram enviados de navio para o Rio de Janeiro para serem internados no Hospício Nacional de Alienados. Jabert faz uma analogia entre essa fase e a Idade Média na Europa, quando loucos eram levados de navio de uma cidade a outra e se tornavam, como escreveu Foucault (1997), “prisioneiros da passagem”. Essa fase estendeu-se até 1921. De 1921 até o final do governo republicano – o que Jabert considerou como a terceira fase – um convênio do governo estadual com o Asilo Deus, Cristo e Caridade, entidade filantrópica localizada em Cachoeiro de Itapemirim, possibilitou um novo espaço de internação, para onde os considerados loucos eram enviados de trem.

Façamos uma breve pausa para ressaltar que essa divisão em fases funciona – como o próprio autor alertou - como forma de facilitar a análise. Deve, portanto, ser vista com cuidado. A história não se dá em uma linha do tempo reta, nem se faz com períodos claramente definidos. Ao longo do trabalho de Jabert somos tomados, não pelas fases em sua rigidez, mas pelas transformações que se deram ao longo da história. E essas transformações nos mostram que, durante a Primeira República, o Estado parecia ansiar por uma instituição que pudesse abrigar os loucos. A psiquiatria não parece ter ocupado um papel importante em relação à loucura: era preciso, acima de tudo, resolver um “problema”. A loucura como problema a ser resolvido é outra questão que buscamos esmiuçar neste trabalho: por que a necessidade de um hospital para loucos? Quem eram os enviados para o Quartel de Polícia, para o Rio de Janeiro, para a Santa Casa, para o hospital em Cachoeiro de Itapemirim? Em outras palavras: de que formas a psiquiatria e a loucura se fizeram presentes no Espírito Santo? Decerto que não temos a resposta exata para essas perguntas, especialmente porque este trabalho se atém a um hospital que nasceu mais tarde, em meados do século XX. Essas questões, no entanto, persistem quase como guias: deixando-nos conduzir por elas,

evitamos naturalizar a ideia de que a loucura seria um problema a ser resolvido e o hospital psiquiátrico, a solução perfeita para este problema.

Finalizada a necessária pontuação, sigamos contando a história da loucura no Espírito Santo. Um levantamento documental e bibliográfico sobre a história do Hospital Aduino Botelho, realizado em 2004 pela a Secretaria de Estado da Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2004), traz importantes informações para compor esta pesquisa. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), o qual estabeleceu acordos com as Secretarias dos Estados da Federação para que fossem ampliados ou construídos ambulatórios e hospitais em todo país. Desse modo, em 1944 nasceu no Espírito Santo o Serviço de Assistência aos Psicopatas, ao qual foi integrado o Hospital do Psicopata – instalado no Hospital Osvaldo Monteiro, que se localizava no Bairro de Santo Antônio em Vitória. Este hospital - vinculado ao Departamento Estadual de Saúde e criado pela Lei nº 29, de 09/12/1947 – passou a receber pessoas que até então se encontravam no Asilo Deus, Cristo e Caridade. Foi em 1954, a partir da iniciativa do médico psiquiatra Aduino Botelho – na época, Diretor do Serviço Nacional de Saúde Mental -, que se deu a criação do Hospital Colônia Aduino Botelho.

Tendo realizado entrevistas com pessoas que trabalharam no Hospital entre 1976 e 1982, Lima (2005) aparece também como parceria importante para contar essa história. Ela afirma que o Hospital Aduino Botelho foi construído em uma estrutura que, antes de tudo, funcionava como modo de segregação daquele considerado louco. Segue afirmando, então que: “Não é à toa que ele foi construído numa região que, na época, era pouco habitada e distante dos centros de maior movimento da região”. (Lima, 2005, 38-39) As entrevistas por ela realizadas compõem a discussão que propomos aqui. Ainda segundo ela, no Hospital Aduino Botelho:

Internava-se qualquer tipo de pessoa, sem critério estabelecido, segundo os participantes, internavam-se desde psicóticos a alcoolistas, sífilíticos na fase terciária, mulheres que não deveriam entrar na partilha de terras da família ou porque os maridos não queriam mais o casamento, pessoas comprometidas politicamente ou judicialmente, etc. Na maioria das vezes, as pessoas eram internadas compulsoriamente para, logo em seguida, serem abandonadas pelas famílias para sempre. Muitos pacientes andavam nus pelo Hospital,

outros tantos não tinham sequer leito e dormiam no chão, os chamados pacientes leito-chão. (LIMA, 2005, pg. 39)

Distante dos centros de grande movimento, havia o Hospital em que *qualquer um* era internado. Qualquer um: quem seria esse? Esse *qualquer um* que, embora não se enquadrasse em um tipo definido – pelo menos de acordo com o nosso olhar -, era compulsoriamente *guardado* em um hospital? *Guardado*, sim, da cidade nascente ou crescente. *Guardado*, escondido, abandonado. Quem era esse qualquer um? O que era esse hospital? Caminhemos adiante, levando conosco essas perguntas.

Discutirei agora os arredores do hospital. A cidade que o acolhe para que ele lhe esconda os loucos. No próximo sub-capítulo, portanto, é com os arredores que pretendemos nos encontrar. Ao longo da história contada pelos prontuários e pelos entrevistados, o Hospital jamais aparece isolado. Sempre se fala de um mundo: um mundo que, lá fora, inventa o abandono, a loucura, o medo. Também as lutas, as possibilidades, os novos destinos. O Hospital no Mundo.

2.4. O Hospital no Mundo

Era 29 de abril de 1954. O jornal *A Gazeta*, de grande circulação no Espírito Santo, publicou – na capa – a seguinte notícia:

Manoel Moreira Camargo para declarar que, tendo comparecido à Inauguração do Hospital Colônia 'Prof. Aduino Botelho', como representante da Câmara Municipal de Vitória, desejava congratular-se com os governos da República e do Estado, bem como com os doutores Aduino Botelho e Alair Queiroz de Araújo pela concretização de tão notável obra que veio sem dúvida preencher uma grande lacuna em nosso Estado no tocante à solução do problema dos alienados. Adiantou que, quem comparecer em Santana, sentir-se-á entusiasmado com a majestade e a imponência do edifício que está dotado dos mais modernos requisitos da técnica, merecendo, como recebeu do Sr. Ministro da Saúde a merecida classificação de Hospital Modelo. E oportuno, frisou lembrar, aqui, para conhecimento de todos os capixabas, que o projeto é de autoria de um modesto arquiteto contemporâneo, Olímpio Brasiliense. Finalizando, declarou que seria interessante se antes de ser definitivamente instalado o Hospital, fosse o mesmo visitado e admirado por quantos se interessassem pelo bem-estar dos infelizes doentes, atacados das faculdades mentais, atualmente em número superior a 300, o mesmo passo que fazia voto por que o Governo Federal continue a emprestar a sua ajuda para tão grandiosa e humanitária obra. (A GAZETA, 1954)

Ressaltando a grandiosidade da obra e sua importância para o Estado, as palavras no jornal sugerem que esse Hospital – espaço que abrigaria os “infelizes doentes, atacados das faculdades mentais” – já era, havia muito, desejado. Um hospital psiquiátrico nasce muito antes de começar a ser construído de fato. Parece óbvio dizer isso, na medida em que grandes projetos precisam ser planejados. Mas, mais do que isso, digo que o hospital começa a se desenhar na cidade a partir do momento em que a cidade começa a almejá-lo. Almejá-lo? Pois sim, digo almejá-lo. Há um desejo: a cidade pede um hospital. A cidade: quem? Longe de pensá-la como entidade misteriosa e indefinida, penso-a como processo. Não a cidade em que nasce um hospital, mas os movimentos que desenharam tanto a cidade quanto o hospital. A cidade, não em oposição ao campo, mas que se constrói nos intensos movimentos de migração – que nasce do campo, de si mesma, de seus arredores. A cidade, não! As cidades! Chamo este capítulo de o “Hospital no Mundo” porque pretendo discutir aqui o modo como o hospital psiquiátrico se insere em uma sociedade – mais especificamente, discuto a inserção do Hospital Adauto Botelho no Espírito Santo nos anos de 1950. Não se trata de uma discussão central neste trabalho, mas, ainda assim, é necessário abri-la aqui: esses entornos do hospital atravessam essa pesquisa, na medida invadem e são invadidos pelas vidas que aqui contam suas histórias.

Luís Arthur Costa, que tratou, em sua dissertação de mestrado, da história do hospital psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre – RS, afirma que:

Cidade e Hospício são tomados pela ciência em seu método de reforma e disciplinarização dos cidadãos de um Brasil até então arcaico e em muito atrasado: cidade e hospício transformam-se em metrópole e hospital psiquiátrico. Suas tramas são intensamente reformadas para possibilitarem as melhores intervenções sobre a vida cidadina, canalizando-a para os rumos retos e corretos do trabalho, da moral e dos bons costumes civilizados. [...] Se, na virada para o século XX, vemos o brotar intenso de muitos locais específicos à reclusão e reforma normalizante de populações diversas; no decorrer do mesmo século outras medidas de segregação urbanística somam-se e tomam corpo na garantia do convívio civilizado e entre iguais: como, por exemplo, a secção em arraiais periféricos e ordenados da população economicamente menos favorecida. (COSTA, Luís, pg. 86-87, 2007)

A citação, breve traçado da transformação das cidades e das instituições psiquiátricas, não aparece aqui para descrever um movimento homogêneo em

todo país. Diferentes estados, diferentes cidades: nem todas se tornam o que pode ser chamado de metrópole e cada hospital que nasce tem suas peculiaridades. Luís Arthur Costa nos convida, no entanto, a pensar na cidade que cresce e nos espaços de segregação que ali se produzem. Cidade que transborda e insiste em conter. Conter o que? Ora, Wissenbach (1998) afirma que foi intenso o crescimento dos contingentes urbanos da população brasileira nos finais do século XIX e inícios do século XX. Ao longo desse processo, nascia entre as autoridades a impressão de que a desordem e o caos imperavam nas cidades. Produzia-se um temor social direcionado a:

[...] figuras multifacetadas de diferentes etnias e composições de mestiçagem que iam do branco estrangeiro ao nacional pobre, passando pelo mulato e chegando ao negro retinto, localizados indistintamente nas moradias coletivas e nos cortiços, nas áreas insalubres da cidade, invadindo cotidianamente as ruas, os mercados e as praças públicas. (WISSENBACH, 1998, pg. 92)

Essas faces múltiplas imprimiam suas marcas nas cidades exatamente em um momento em que se buscava “[...] viabilizar projetos de modernização, embelezamento e europeização dos cenários centrais”. (WISSENBACH, 1998, pg. 92) Eis o perigo: vozes intensas e vivas, centros urbanos que se avolumavam sem rumo – e buscava-se um rumo? Buscava-se uma ordem? Voltemos à pergunta: conter o que? Discutir o crescimento dos centros urbanos é pensar em como a transformação do espaço brasileiro foi também a produção de novos modos de vida e novos modos de se pensar a vida. Como Wissenbach (1998) afirma, dados censitários mostram que houve, ao longo dos anos de 1872 e 1900, um movimento intenso de migrações internas no país. Ela discute, então, as novas configurações do território nacional – os olhares de médicos e governantes sobre populações pobres das cidades e dos campos, olhares esses que muitas vezes desqualificavam os modos de vida que se criavam nesses espaços. Se retomarmos Cunha (1986), parece claro que o modo como a psiquiatria iniciou sua inserção no país – ou, sejamos prudentes, nos grandes centros urbanos – se deu nesse mesmo contexto, em que modos diversos de existir perturbavam uma pretensa ordem. De forma semelhante, antigos trabalhadores do Adauto Botelho – aqui entrevistados -, contam que a polícia costumava levar ao hospital aqueles que estivessem atentando contra a paz nas ruas.

Nunca é demais ressaltar que o processo de inserção da psiquiatria no país não foi uniforme: o Brasil abarcou diversas e singulares formas de se lidar com a loucura, de acordo com possibilidades e anseios de cada lugar, de cada período. Acheguemo-nos, então, ao nosso pequeno lugar, ao nosso breve período, à nossa pequena história: o Hospital Aduauto Botelho se localiza em Cariacica, município da Região Metropolitana da Grande Vitória. Atualmente, para se chegar até lá de ônibus, deve-se saltar em um ponto próximo e fazer uma boa caminhada. Se ainda hoje se pode dizer que se trata de um lugar afastado da vida na cidade, na época de sua inauguração essa distância era ainda mais marcada. Segundo Margotto (2001), entre 1940 e 1960, Vitória – capital do Espírito Santo – ainda iniciava seu processo de urbanização.

Adotando como fonte o jornal *A Tribuna* – de grande circulação no estado, juntamente com *A Gazeta* -, Margotto (2001) realizou uma pesquisa sobre valores, costumes e transformações nessas duas décadas. Ela adotou o ano 1940 como ponto de partida porque ocorreu nesse ano a inauguração oficial do Porto de Vitória, o qual permitiu que a cidade adquirisse um maior intercâmbio comercial com outros estados. Essa nova condição produziu importantes transformações em Vitória:

O tão decantado progresso é perceptível não só por meio da menção às instalações de indústrias, estabelecimentos comerciais ou pela reorganização do espaço urbano, mas também pelas queixas a respeito de determinados fenômenos inerentes ao processo de urbanização. (Margotto, 2001, pg. 54)

Tratava-se de queixas quanto à ruptura com uma ordem anterior e se referiam especialmente ao processo de migração e à crescente mendicância na cidade. A mendicância, nas reportagens pesquisadas por Margotto (2001), aparecia, ora como problema de pessoas pouco afeitas ao trabalho, ora como algo que deveria ser simplesmente expurgado do espaço urbano. O jornal *A Tribuna* era uma das vozes que denunciava o novo caos que parecia estar se instalando em uma cidade em expansão.

É provável que as peculiaridades do processo de urbanização pelo qual Vitória passou – simultaneamente tardia e súbita – tenham contribuído para que a sociedade local se mantivesse avessa aos que chegavam e desconfiada em relação àqueles que não conhecia. (Margotto, 2001, pg. 56)

Expansão urbana e caos: nesse ponto, a história de Vitória se encontra com as histórias de outras capitais brasileiras, ainda que o crescimento das cidades tenha ocorrido em períodos diferentes e de modos distintos. Chalhoub (2001), escrevendo sobre trabalhadores urbanos do início do século XX no Rio de Janeiro, também abre uma importante discussão acerca da cidade em crescimento. Tomando o trabalho urbano como foco de análise, o autor discute como os ex-escravos e então cidadãos livres eram percebidos pelas elites brasileiras:

Era preciso inculcar nos cidadãos o hábito do trabalho, pois essa era a única forma de regenerar a sociedade, protegendo-a dos efeitos nocivos trazidos por centenas de milhares de libertos – indivíduos sem nenhum senso de moralidade. Dentro desse espírito, o projeto prevê que os ociosos serão conduzidos a colônias de trabalho, com preferência para atividades agrícolas, onde serão internados com o objetivo de adquirir o hábito do trabalho. (CHALHOUB, 2001, pg. 71)

A condenação do ócio e da imoralidade: não é muito semelhante ao que foi percebido por Margotto em sua pesquisa em um jornal capixaba? A condenação das vidas que se diferiam dos modos de viver considerados adequados. A adequação ou a inadequação, a imoralidade e o ócio: não é possível pensá-los senão historicamente, inserindo-se e produzindo-se em um contexto, em uma época. A marca do olhar desqualificador sobre a vida - na medida em que tantas vezes o que se busca silenciar no outro são seus modos de estar no mundo, seus modos de amar, de trabalhar, de conviver. É isso que Chalhoub (2001) discute, insistentemente, quando se aventura nas histórias dos trabalhadores urbanos – mais especificamente, as histórias de seus crimes. Segundo ele, não há oposição entre o “mundo do trabalho” e o “mundo da ociosidade e do crime”. Afirma que, ainda assim, tal oposição aparecia nos discursos presentes nos documentos por ele pesquisados – parlamentares brasileiros, ao final do Segundo Reinado, discutiam veementemente formas de repressão à vadiagem e tinham como alvo a população pobre. Esses discursos apresentavam o ocioso e o criminoso como indivíduos que viviam à margem de um suposto mundo da ordem e não me parecem, de modo algum, antigos.

Chalhoub (2001, pg. 79) acredita que se deve pensar a ociosidade e o crime como “[...] elementos constituintes da ordem e, mesmo, como elementos fundamentais para a reprodução de um determinado tipo de sociedade”.

Transpondo para este trabalho a questão apontada pelo autor, retorno à idéia de que a cidade pede um hospital. A figura do louco, longe estar à margem de uma suposta ordem, nasce na cidade e faz parte dela. O discurso sobre o louco, como já foi discutido anteriormente, faz nascer o louco tal como o percebemos, do mesmo modo que o hospital psiquiátrico nasce pela boca – pela voz daqueles que o produzem como verdade. Construído longe dos grandes centros urbanos, insere-se neles à distância: é convidado a livrar a cidade do caos. Caos: loucura. Caos: ócio. Caos: crime. Não é à toa que muitos dos pacientes internados foram levados ao Aduito Botelho pela Chefatura de Polícia. Não é à toa que trazemos Chalhoub em sua fala sobre trabalhadores urbanos, ócio e criminalidade: os personagens da história que ele escreve parecem se encontrar, em algum ponto, com os desta pesquisa que aqui se desenha. Também nos referimos à cidade, ao caos, ao ócio, aos muitos olhares sobre o crime e, especialmente, ao silenciamento e à moralização das vidas. Esse hospital: foi construído para quem? Para onde? Para quê?

Um hospital no mundo. Em Cariacica, Espírito Santo. Onde se insere a psiquiatria nesse contexto, em meio à urbanização, ao caos, aos jornais que relatavam o medo da população – ao mesmo tempo em que o produziam? Embora não houvesse - até os anos 30 do século XX - um estabelecimento psiquiátrico no Espírito Santo, não se pode chegar à fácil conclusão de que o discurso técnico sobre a loucura estaria ausente. Tal necessidade de se construir um hospício - nos moldes do que já existia, por exemplo, no Rio de Janeiro – presentificava-se nos discursos de autoridades locais. Segundo Jabert (2001), no início do século XX foi notável a preocupação de delegados, procuradores, juízes e desembargadores com a questão da loucura:

Este fato serve como indicação de que, mesmo que a responsabilidade da administração da loucura não fosse reconhecida como exclusivamente jurídica, a solução para esse problema se transformou em responsabilidade do aparato judiciário no Espírito

Santo. Eram os representantes desse setor da administração estadual que controlavam o isolamento do louco, que reclamavam por providências do Governo Estadual e que produziam propostas de criação de instituições de tratamento de alienados. (JABERT, 2001, pg. 109)

Havia, no período analisado por Jabert, poucos médicos no Espírito Santo. Acomodar os chamados alienados em meio aos demais presos aparecia como um problema. Exigia-se um “espaço adequado” e, pelo que se vê, a cadeia não seria esse espaço. Acreditava-se que tal adequação seria possível encaminhando os alienados ao Rio de Janeiro – sinônimo de evolução, essa grande cidade já contava com um lugar apto para receber, acolher e tratar as *mentes insanas*.

Frustradas inúmeras expectativas, operando descontinuidades, provocando desvios: ainda assim, um Hospital para loucos desejava nascer. Mas o que se produziu, nesse tempo, no estado do Espírito Santo? De que modos singulares nós inventamos a loucura, a doença mental, os tratamentos e os modos de viver?

Retomando a história das formas de administração loucura no Espírito Santo, trazemos para a cena o “Asilo Deus, Cristo e Caridade. Foi inaugurado em 25 de dezembro de 1918, pela Associação Espírita Científica Beneficente e Instrutiva, em uma pequena casa no município de Cachoeiro de Itapemirim – ES. Tratava-se, inicialmente, de um asilo de órfãos e, mais tarde, passou a receber também idosos e alienados. Foi durante o governo de Nestor Gomes (1920 – 1924) que se firmou um convênio entre a Direção do Asilo e o Governo Estadual, de modo que a instituição passou a receber os alienados que se encontravam encarcerados na cadeia civil da capital. O Governo Estadual, então, financiou obras para a construção de um novo pavilhão de internamento: o Departamento de Alienados. Foi neste período – a partir de 14 de julho de 1921 – que, como já mostramos anteriormente, os internos passaram a ser levados de trem até o Cachoeiro de Itapemirim. (Jabert, 2001) Para o Rio de Janeiro, para Cachoeiro de Itapemirim: vagar pelos mares ou em um vagão de

trem, rumo a quê? Longe: lugar onde deveria ficar a loucura. Longe – como o trem que levou a mãe e a filha de Sorôco no conto de João Guimarães Rosa:

Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as da cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí debaixo, fazendo parte da composição. Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. (ROSA, 1967, pg. 15)

Jabert (2001) ressalta, sobre o Asilo em Cachoeiro de Itapemirim, que o mesmo não oferecia tratamento médico-psiquiátrico para seus internos. O principal objetivo do convênio entre o Estado e o Asilo era retirar os alienados da cadeia civil – local que, como comentamos anteriormente, vinha sendo apontado como inadequado para recebê-los. A responsabilidade policial sobre a “administração da loucura”, no entanto, persistia:

Como vimos, os loucos e os mendigos enviados para o Asilo eram recolhidos pela polícia nas ruas e praças da capital do estado e antes de serem remetidos para Cachoeiro os loucos capixabas passavam por uma curta estadia na cadeia civil de Vitória. (JABERT, 2001, pg. 122)

Um espaço planejado. Um espaço desejado. Era 1948. Uma mensagem do governo do Estado do Espírito Santo, trazendo um relatório sobre o ano anterior, apresenta diversas medidas relativas à saúde pública e contenção de epidemias. Era preciso conter esquistossomose, diversas doenças venéreas, coqueluche, difteria. E também malária, tuberculose, disenterias. Doenças. E Carlos Lindemberg, em seu relatório, apontava bons resultados nessas campanhas. Ao que parece, a esquistossomose foi erradicada. Assim diz a mensagem de governo a qual, em seguida, exhibe o seguinte:

Mediante acordo com o Professor Aduino Botelho, chefe do Serviço Nacional de Doenças Mentais, já está destinada pelo Governo Federal, para a construção do Hospital Colônia de Psicopatas a importância total de Cr\$ 500000,00 (quinhentos mil cruzeiros). Feito um aditivo ao contrato anteriormente assinado, já deu o Governo início à construção. (ESPÍRITO SANTO, 1948, pg. 50-51)¹²

¹² Mensagem de Governo: apresentada à Assembleia Legislativa do Estado, em 1948 pelo Governador Dr. Carlos Fernando Monteiro Lindemberg – 15 de Março de 1948. (p. 50 – 51)

Em 1950, em relatório do governador Carlos Lindenberg sobre o ano anterior, tem-se o seguinte:

Um dos mais importantes serviços técnicos confiados à Divisão de Obras é a construção do Hospital de Psicopatas de Vitória (Colônia Aduino Botelho). Prosseguiram em 1949 as obras desse moderno Hospital, localizado na Fazenda Santana. Apesar do nosso desejo de acelerar o ritmo da construção, isso não tem sido possível, pela limitação de recursos destinados ao empreendimento, comparados com os vultuosos trabalhos a serem realizados. Para a construção do Hospital destinou o Governo Federal a importância de Cr\$ 200.000,00. (ESPÍRITO SANTO, 1950, pg. 62)¹³

Uma grande obra. Um hospital moderno. Ou, como foi afirmado em *A Gazeta*, “tão grandiosa e humanitária obra”. A história, assim contada, não mente nem diz a verdade: cria – e, nesse momento, não pensamos criação como algo bom ou mal: trata-se apenas de afirmar que algo se produz na história. História que inventa o hospital como humanitário, como necessário, como parte fundamental em um lugar onde existem loucos à solta, caos nas ruas, errâncias que afrontam uma pretensa retidão. A história assim contada é ficção. A que pretendemos contar também. São nossos olhares que invadem essa pesquisa, inventam o tom: da “grandiosa e humanitária obra”, pouco queremos saber. Desejamos ouvir o que contam suas paredes – por dentro.

Pouco queremos saber dela, essa “grandiosa e humanitária obra” – mas o fato é que ela também invade este trabalho. Essa ficção de um mundo que diz precisar de um hospital para loucos.

Mas também a ficção de quem diz que não: que podemos criar outros modos de se pensar a saúde, a loucura, a vida.

¹³ Mensagem de Governo: apresentada à Assembleia Legislativa do Estado, em sua sessão ordinária de 1950, pelo governador Dr. Carlos Fernando Monteiro Lindenberg – Vitória, 15 de março de 1950 – Imprensa Oficial – 1950 (p. 62)

3. Caminhos metodológicos: Modos de contar história

Ocupávamos a cidade, cada qual de um modo. Outra cidade, outro tempo: naquela época, ela conhecia o céu estrelado e pisava descalça as ruas que lhe mordiam os pés. Desde miúda caminhava grandezas – longos, longos, longos caminhos. Longos cansaços – longos suores que lhe percorriam inteira e aquela roupa feita de rasgos de manchas. Desalinhada. E eu, logo ali: nunca passava do “logo ali”. Alinhada, eu conhecia a cidade limpa que fazia os arredores da família. A minha. Ela, dona da cidade naqueles anos de 1950. Dona dos caminhares e de um ou outro delírio que se desenhava nos muros rabiscados. Dona, até o dia em que. Dia em que foi para o lugar de onde nunca mais saiu. Ninguém foi buscar. Era lugar de morrer ali, enquanto vivia a emudecer os verbos que até então faziam sentido. E a cidade toda em torno daquele Hospital que nasceu em 1954. Eu nascia em 1983, ela fazia o silêncio de morte no mesmo ano. (Caderno de Campo ou Fragmentos)

Com esta breve ficção, inicio a apresentação dos personagens que compõem os mundos que ocuparam o hospital Adauto Botelho desde 1954. É a primeira história que desejo contar aqui. Essa personagem pode ser muitas e muitos: uma infinidade. Seu nome é cada nome que aparece nos prontuários observados e também cada nome que não pude apreender nesta pesquisa. Ela atravessa a história de outros, daqueles que trabalharam no hospital e ainda trabalham e que me contaram histórias. Devo deixar claro que não a faço totalizadora, não a penso como a representação única de toda a multiplicidade: ela é fragmento, uma vida possível entre tantas. Ela é ficção, e não deixa de ser realidade.

“Nunca escrevi senão ficções...’ Mas nunca a ficção produziu, tanto, verdade e realidade”. - escreveu Deleuze (1988, pg. 128) referindo-se a Foucault. A história é ficção, na medida em que aquilo que se narra não é a verdade do passado, mas um modo de se olhar para ele. “A verdadeira imagem do passado perpassa, veloz. O passado só se deixa fixar, como imagem que relampeja irreversivelmente, no momento em que é reconhecido”. (Benjamin, 1994, pg. 224)

Fazer nascer pesquisa, história, dissertação: deixar o outro falar. Escrever e ficcionar. Diante de fragmentos, engrandecer mundos: os miúdos mundos dos

infames – seriam mesmo pequenos? A infâmia, afirma Foucault (2003): uma não-fama. Uma invisibilidade. Vidas que se tornam perceptíveis no contato com o poder – um atrito que atíça a chama:

[...] a chance que permite que essas pessoas absolutamente sem glória surjam do meio de tantos mortos, gesticulem ainda, continuem manifestando sua raiva, sua aflição ou sua invencível obstinação em divagar, compensa talvez o azar que lançara sobre elas, apesar de sua modéstia e de seu anonimato, o raio do poder. (FOUCAULT, 2003, pg. 210)

“Existências-relâmpagos”, como escreve Foucault. Breves anotações em documentos. Memórias sutis de contadores de histórias: algo aconteceu a alguém. O que? A quem? Tomo novamente as palavras dele, sobre essas vidas que se fazem delicadas poesias:

Não procurei reunir textos que seriam, melhor que outros, fiéis à realidade, que merecessem ser guardados por seu valor representativo, mas textos que desempenhassem um papel nesse real do qual falam, e que se encontram, em contrapartida, não importa a sua exatidão, sua ênfase ou hipocrisia, atravessados por ela: fragmentos do discurso carregando fragmentos de uma realidade da qual fizeram parte. Não é uma compilação de retratos que se lerá aqui: são armadilhas, armas, gritos, gestos, atitudes, astúcias, intrigas cujas palavras foram instrumentos. Vidas reais foram ‘desempenhadas’ nestas poucas frases; não quero dizer com isso que elas ali foram figuradas, mas que, de fato, sua liberdade, sua infelicidade, com freqüência sua morte, em todo caso seu destino foram, ali, ao menos em parte, decididos. Esses discursos realmente atravessaram essas vidas; essas existências foram efetivamente riscadas e perdidas nessas palavras. (FOUCAULT, 2003, pg. 206-207)

Faço uma pausa agora para me trazer à cena: pois aqui estou numa ânsia de engrandecer como *dissertante* – é quase sem querer. É quase não notar que escrevo de um lugar privilegiado e protegido. Privilegiado hoje, é bom frisar: o depois é incerto. Incertezas minhas, diversas das que eles – os desalinhados perdidos no tempo – trazem. É deles o grito e, dito isso, o máximo que posso fazer é permitir que me toquem suavemente a pele, as vísceras, as memórias e essas mãos que escrevem ficções na busca de tecer fios de realidade. Esse ficcionar esbarra em minhas vaidades, em minhas vontades, em minha timidez: vaidade-mestranda, vontade-loucura, timidez-arquivo. Esse ficcionar que esbarra e flui: espalha. É deles. Delas.

Os “saberes dominados”, como explica Foucault (1984, pg. 170), referindo-se tanto aos conteúdos históricos “[...] que foram sepultados, mascarados em

coerências funcionais ou em sistematizações formais”, quanto aos saberes que foram (e são) desqualificados como hierarquicamente inferiores, ingênuos.

Foi o reaparecimento destes saberes que estão embaixo – saberes não qualificados, e mesmo desqualificados do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, do delinqüente, etc., que chamarei de saber das pessoas e que não é de forma alguma um saber comum, um bom senso mas, ao contrário, um saber particular, regional, local, um saber diferencial que opõe a todos aqueles que o circundam – que realizou a crítica. (FOUCAULT, 1984, pg. 170)

Esses “saberes dominados” – tanto as misteriosas anotações em prontuários médicos quanto as vozes de depoentes – erguem-se aqui. Tomam a minha mão e me conduzem. Insistem. E contam histórias.

3.1. Arquivos

Que o trabalho que eu apresentei tenha tido este aspecto, ao mesmo tempo fragmentário, repetitivo e descontínuo, isto corresponde a algo que se poderia chamar de preguiça febril. Preguiça que afeta caracterialmente os amantes de biblioteca, de documentos, referências, do escritos empoeirados e dos textos nunca lidos, dos livros que, logo que publicados, são guardados e dormem em prateleiras de onde só são tirados séculos depois. (FOUCAULT, 1984, pg. 168)

As primeiras fontes pesquisadas foram prontuários do Hospital Adauto Botelho, datados desde sua inauguração em 1954 (Espírito Santo, 2004). Busquei não fazer um recorte temporal: sabia apenas que desejava ler os prontuários, iniciando pelos primeiros aos quais tive acesso. O desconhecimento do teor do objeto de pesquisa tornou necessário que eu me encontrasse em disposição de tatear lentamente e descobrir aos poucos, com muita paciência, as informações, histórias e detalhes que os arquivos tinham a oferecer.

Muitas teses poderiam brotar daquele arquivo, muitas questões poderiam ser iluminadas por um trabalho paciente e cuidadoso em seus registros. A primeira e desconfortável sensação foi de que o arquivo era, certamente, maior do que eu mesma. Foi necessário, deste modo, fazer uma escolha. (Cunha, 1986, pg. 17)

Tomada de uma sensação parecida com a que Maria Clementina Pereira Cunha teve ao se deparar com os arquivos do Juquery, devo dizer que me vi perdida em meio a uma imensidão de documentos arquivados. De que época

datavam? Eu não sabia ao certo. De que modo estavam organizados? Seria possível pesquisar por data, ordem alfabética ou qualquer outra categoria que estabelecesse algum modo de ordenação? Nada. Encontrei-me, sim, com uma história infinita: uma multiplicidade de histórias possíveis e a inevitável necessidade de escolher. A história não tem fim, mas uma dissertação precisa de um recorte. Minha intenção, aqui, é que este recorte não se encerre em si, mas que abra espaço para outros questionamentos e novas pesquisas. Narro agora, brevemente, o encontro com os arquivos.

Para esta pesquisa, foram observados 122 prontuários, sendo 81 de pessoas do sexo feminino e 41 de pessoas do sexo masculino¹⁴. Cada prontuário conta com uma ou várias folhas de identificação do paciente – dependendo do número de internações. Essas folhas apresentam dados dos pacientes: nome, idade, data de nascimento, profissão, procedência.

O número de prontuários observados é bastante reduzido em relação ao número total de pacientes internados¹⁵. Ainda assim, considero importante apresentar alguns dados quantitativos referentes a essa pequena amostra. Para análise mais detalhada desses dados, foi possível utilizar 102 dos 122 observados. Explico: o tempo reduzido para a finalização da pesquisa impossibilitou meu retorno aos arquivos do hospital para recolher dados mais minuciosos acerca dos 20 prontuários restantes. Seguem algumas tabelas:

Tabela 1. Total de Homens e Mulheres

Sexo	Total dos prontuários (122)	Prontuários analisados (102)
Homens	41	31
Mulheres	81	71

¹⁴ Foram observados prontuários de dois rolos de microfilmagem. O filme 0002, contendo os prontuários de nº 107 a 164 e o filme 0004, contendo os prontuários de nº 272 a 401 (deste último, foi possível olhar os prontuários até o nº 337). O filme anterior ao 0002 não foi encontrado. A escolha do 0004 (em lugar do 0003, que se seguiria ao 0002) se deveu ao fato de que no mesmo constavam prontuários com maior riqueza de detalhes. Em ambos os filmes consta que: “Os documentos microfilmados neste filme estão classificados na ordem numérica por número de prontuário de paciente./ Neste filme contém documentos ilegíveis. / Neste filme contém documentos dilacerados.”

¹⁵ De acordo com o trabalho realizado pela Secretaria de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2004), em 1954 – ano de inauguração – foram internados 532 pacientes. Mais tarde, em 1968, foi constatada a internação de 1711 pacientes. Os depoentes afirmam que havia 1200 pacientes internados nos anos de 1960.

Tabela 2. Profissões dos Homens

Profissão	Homens
Lavrador	11
Braçal	5
S/ informação	7
Outras prof.	8

Tabela 3. Profissões das Mulheres

Profissão	Mulheres
Doméstica (em casa)	45
Doméstica	13
S/ Informação	11
Outras prof.	2

Tabela 4. Instrução dos Homens

Instrução	Homens
Analfabetos	10
Primário	8
Rudimentar	7
Secundário	1
Sem Informação	5

Tabela 5. Instrução das Mulheres

Instrução	Mulheres
Analfabetas	30
Primário	12
Rudimentar	15
Sem Informação	14

Lancemos brevemente um olhar sobre as tabelas. A Tabela 1 mostra uma maioria de mulheres, pelo menos nos prontuários que pudemos observar. As tabelas seguintes referem-se apenas aos dados dos prontuários que puderam ser analisados.

Na Tabela 2, sobre as profissões masculinas, as outras profissões se referem a Auxiliar de Farmácia, Tintureiro, Comerciário, Fotógrafo, Pedreiro, Servente e Tintureiro. Cada uma dessas apareceu apenas uma vez nos prontuários analisados, exceto Comerciário, que apareceu duas vezes. Na Tabela 3, sobre as profissões femininas, as outras duas profissões que aparecem são Auxiliar de Enfermagem e Costureira. As Tabelas 4 e 5 se referem à instrução de homens e mulheres.

Aproximemo-nos um pouco mais desses poucos dados:

Domésticas em casa (aquelas que, segundo os prontuários, exerciam a profissão na residência) ou apenas *domésticas* (aquelas cujos prontuários não necessariamente especificavam o local em que exerciam a profissão): talvez estejamos falando de donas-de-casa. Algumas, quem sabe, exerciam a profissão em casas de outros – “em casa particular”, mostra um dos prontuários. É relevante o fato de que, na amostra aqui observada, o trabalho doméstico predominava entre as mulheres. Ainda que não tenhamos pretensões estatísticas, é interessante levar em conta que essa maioria de mulheres em funções domésticas condiz com dados do IBGE (Censos

Demográficos de 1940 a 1980) acerca da População Economicamente Ativa¹⁶ na época (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1990).

Os dados acerca de profissões e instrução – mesmo que em uma amostra pequena – podem desenhar sutilmente os rostos daqueles que eram internados no hospital. Lavradores, analfabetos, domésticas, homens e mulheres com instrução rudimentar. Pedreiros, tintureiros, costureiras. Homens realizando trabalhos braçais, mulheres realizando trabalhos domésticos. Que espaços eles ocupavam na cidade? Haveria, de fato, mais mulheres do que homens no hospital, ou os (poucos) 102 prontuários induzem-nos a um olhar equivocado?

Sabemos pelos entrevistados que a maioria da população de internos era formada por indigentes. As anotações nos prontuários se referem à inatividade de alguns pacientes, à incapacidade para o trabalho. Que espaços eles ocupavam na cidade? - perguntamo-nos novamente. Ocupavam a cidade. Viviam. Trabalhavam, amavam, badernavam, cuidavam da casa e da lavoura, descuidavam de tudo, bebiam. Sabiam ler pouco ou nada – alguns. Outros eram professores - ouvimos dizer.

Leiamos essas tabelas sem traçar um perfil: vislumbremos um mundo. Um mundo de vidas encarceradas. Elas, com seus números, abrem as portas de nossos olhares para o hospital.

Cheguemos mais perto ainda – falemos de movimentos:

¹⁶ Dados dos Censos Demográficos de 1940 a 1980 (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1990) mostram um total de homens economicamente ativos muito maior do que o total de mulheres na mesma condição – e nota-se que a discrepância diminui ao longo das décadas. Entre os Economicamente Ativos, as mulheres são maioria nos serviços domésticos e na educação. É importante levar em conta a definição de População Economicamente Ativa que perpassa esses dados censitários: “Fazem parte da população economicamente ativa, assim, tanto os ocupados, e maneira geral, como os temporariamente desempregados, bem como os religiosos, os membros das forças armadas e os membros de família que trabalham auxiliando o chefe de família, sem contudo receberem qualquer tipo de remuneração. Estão excluídos da população economicamente ativa os aposentados, as donas-de-casa, os estudantes, os inválidos, os detentos e aqueles que não trabalham porque vivem de renda”. (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1990, pg. 65)

Os prontuários são – em sua grande maioria - de pacientes que foram internados pela primeira vez em 1954. Pela primeira vez. Porque há aqueles que voltaram várias vezes para o hospital e aqueles que ficaram internados por décadas após a inauguração. E é esse movimento que torna impossível, para os nossos propósitos nesta pesquisa, encerrar o tempo em uma ou duas décadas. Precisar datas impediria a compreensão de vidas que atravessaram anos dentro do hospital, vidas essas que falam de um caráter ainda asilar de um hospital que nasceu em 1954. E que não podem ser apagadas.

O fundamental, portanto, é que possamos dar visibilidade a esses discursos e às vidas que em meio a eles se erguem. Abrir espaço para que esses conteúdos falem por si: que os prontuários liberem as vozes daqueles que neles anotaram, bem como as vozes dos pacientes internados. São eles, enfim, que tem desenhado os rumos deste trabalho e que contribuirão para que possamos levantar questões e pensar a história das práticas e discursos psiquiátricos.

[...] apesar do esforço para aniquilar sua presença e apagar sua voz, os registros do asilo denunciam a presença dos 'loucos', resgatam ao menos em parte sua fala e sua experiência, evidenciam sua resistência surda e constante, permitindo o estabelecimento de relações para as quais os historiadores estiveram muito desatentos. (Cunha, 1986, pg. 16)

Chalhoub (2001), assim como Cunha, produz belíssimas histórias a partir de documentos. Pesquisando processos criminais, buscou compreender o cotidiano dos trabalhadores do Rio de Janeiro no início do século XX. Segundo ele,

O fundamental em cada história abordada não é descobrir 'o que realmente se passou' [...], e sim tentar compreender como se produzem e se explicam as diferentes versões que os diversos agentes sociais envolvidos apresentam para cada caso. (CHALHOUB, 2001, pg. 40)

Desse modo, ainda que os arquivos estejam fragmentados - muitos dos prontuários são ilegíveis e nem todas as folhas contendo anotações sobre os pacientes puderam ser preservadas -, é possível produzir história a partir deles. Aliás, degradados ou não, é próprio dos arquivos serem apenas fragmentos: é próprio da história não ser inteira, mas aos pedaços. Não existe aqui a pretensão de fazer uma (impossível) história totalizante, que abarque toda a

verdade de uma época. Como afirma Alberti (2004), a história opera por descontinuidades, na medida em que, para conhecer e explicar o que aconteceu, fazemos uma seleção dos acontecimentos, das conjunturas e dos modos de viver.

Sinto que um mundo se ergue em meio aos fragmentos e às descontinuidades dos arquivos – um estranho mundo de histórias contadas e não-contadas. Seria o hospital psiquiátrico um “espelho do mundo”, como bem escreveu Cunha (1986, pg. 13) em sua *História de um Asilo?* “Espelho do mundo: do outro lado, que mistérios nos aguardam?”

Haverá um “outro lado”? – pergunto-me.

Espelho é coisa que reflete, mesmo que a imagem se faça torta, maior ou menor; seja ele côncavo ou convexo, ele refaz a imagem. Ali, no Hospital Aduino Botelho, vidas se constituíam e se constituem de diferentes formas e - no espaço que lhes foi e é reservado - produziram e produzem novos anseios, novas exigências, novas lutas: algumas silenciadas, outras propagadas.

Não se trata de dizer, então, que o hospital é uma outra cidade que guarda as doenças da *cidade verdadeira*. Seria interessante, talvez, pensar nele como um vão produzido pela cidade, um vão que não se cala como talvez lhe fosse exigido: porque ele, mais do que portar a doença – como diriam os diagnósticos -, é espaço de desejo como tudo o que está vivo. É a cidade dos “verborreicos”, dos “desorientados”, daqueles com “cabelos e roupas em desalinho”.¹⁷ Mais do que um espelho, acreditamos que o hospital psiquiátrico (no caso aqui, o Hospital Aduino Botelho) conta a história da cidade a partir de outros olhares – que não simplesmente reflete, mas se faz diverso.

Que olhares seriam esses, a partir do qual se desenharia uma outra cidade, oculta e aflita? Que recorte fazer desse mundo vasto de arquivos? Devo dizer que, no início de minha pesquisa, os prontuários pareciam não trazer qualquer coisa que pudesse ser considerada importante. Eram dados, simplesmente dados: nome, idade, data de nascimento, proveniência, profissão, internante,

¹⁷ Exemplos de palavras e expressões comumente encontradas nos prontuários observados.

data de internação, data de alta. Diagnóstico talvez tivesse importância? Talvez. Mas não, nada daquilo gritava, nada daquilo chamava. Eram papéis mudos...

Obviamente era uma tola pretensão a minha, essa de querer que prontuários gritassem. Desse modo, decidi tomar nota, minuciosamente, dos dados que ali apareciam: talvez fosse possível fazer algo estatístico, não? Procurei os prontuários mais antigos, do ano de 1954. Se aparecia algum que datasse de 1990, eu passava para o seguinte, para que meu trabalho de coleta de dados fosse, de fato, eficiente e rápido. E foi nesse caminho mecânico que o primeiro grito se fez forte. Ou melhor, foi em um sutil desvio deste caminho que eu havia tão mecanicamente preparado. É que decidi olhar melhor para um prontuário mais recente. Assim, por curiosidade: “o que faz aqui, em meio a tantas antiguidades?” E ali nasceu meu grito de surpresa ao notar que aquela folha que datava de 1994 era tão somente a última *Folha de Internação e Alta*¹⁸ de uma mulher que havia sido internada sucessivas vezes desde 9 de julho de 1954.¹⁹

Produziram-se, então, as primeiras perguntas: por que é que alguém volta tantas vezes para um hospital psiquiátrico? Por que tanto tempo? O que se produz nesse longo e entrecortado trajeto? Essa mulher, a quem chamarei de Eunice²⁰, era, como tantas outras dos prontuários observados, doméstica e exercia a atividade na residência. Residia em Colatina e tinha 26 anos no momento da primeira internação. A procedência, assemelhando-se a de outros pacientes, constava como sendo do Hospital do Psicopata.

¹⁸ A *Folha de Internação e Alta* é a ficha do paciente: nela aparecem o nome, a data de nascimento e diversos outros dados. Cada prontuário é composto por muitas folhas, nas quais aparece a *História Clínica* do paciente: acontecimentos do dia-a-dia, medicamentos ministrados, terapêuticas diversas. Alguns prontuários apresentam várias folhas de *Internação e Alta* do mesmo paciente em diferentes épocas. Essas folhas aparecem em ordem temporal decrescente, de modo que temos acesso primeiro à história mais recente do paciente e – na medida em que passamos as páginas do microfilme – chegamos à mais antiga.

¹⁹ Documento microfilmado. Filme : 0002. Prontuário nº 113

²⁰ Todos os nomes serão modificados para preservar a identidade dos pacientes.

O primeiro diagnóstico em seu prontuário era de Epilepsia Essencial. Mais tarde, foi diagnosticada com Esquizofrenia não especificada + Epilepsia.

Em outros prontuários de longa duração, notam-se essas modificações diagnósticas ao longo dos anos – acompanhando as diferentes tendências da medicina psiquiátrica. A cada tempo e espaço correspondiam diferentes classificações psiquiátricas: diferentes nomes de doenças e diferentes formas de tratamento. Nomes variados que produziam doenças variadas. Ressaltemos aqui que, segundo informações de trabalho realizado pela Secretaria de Saúde do Espírito Santo (ESPÍRITO SANTO, 2004), nos primeiros anos de existência do Hospital, como não era exigida muita documentação dos pacientes, eram freqüentes os casos em que policiais “erroneamente” levavam as pessoas com seus nomes trocados e não era possível averiguar suas origens.

Outro ponto importante a ser ressaltado, novamente trazido pelo trabalho de resgate histórico realizado pela Secretaria de Saúde, é o fato de que os pacientes eram internados “[...] na ala onde existia vaga, não havendo o cuidado de situá-lo na enfermaria adequada às características de sua doença.”(Espírito Santo, 2004, pg. 15). Mais do que discutir a adequação ou não da - digamos - doença da pessoa à ala em que a mesma se encontrava, o curioso é notar que os prontuários mostram a permanência de um mesmo paciente por diferentes espaços do Hospital. Na verdade, isso aparece em linhas breves: nas folhas até então observadas, vemos apenas os nomes das seções (ou pavilhões) em que os pacientes se encontravam a cada momento, sem – salvo um caso ou outro – maiores explicações.

Aqui, cabe retornar ao prontuário de Eunice e lembrar que ela passou pela seção de observação e de triagem, pela seção dos crônicos, pela dos calmos. Se, assim como tantos outros pacientes, foi levada para diferentes seções e pavilhões e enquadrada em diferentes diagnósticos, a sutileza de sua marca se fazia notar nas breves anotações que os profissionais de saúde fizeram acerca de seu comportamento:

Paciente reclamando ‘não aguenta mais ficar aqui’. Encontra-se chorando, poliqueixosa. (29/07/86)

Paciente deprimida, falando muito da irmã, que não vem vê-la. (1988)

Paciente continua deprimida. Diz não valer nada e que nunca vai sair daqui. Consulta marcada com endocrinologista amanhã. (1988)

Paciente agitou-se. Xingando e dirigindo palavrões, chegando agitar-se outras pacientes. Foi contida no leito por algum tempo e feito limpeza nas trouchas (sic) que estava debaixo e encima da cama.(1990)²¹

O prontuário de Eunice mudou o rumo de nosso olhar. “Poliqueixosa”, devia ter suas razões para xingar e se agitar. Falava de saudades e da visita que não vinha. Seus gritos e palavrões, anotados pela mão aflita de quem talvez não soubesse ao certo o que fazer além de “conter no leito”, convidam-nos a pensar não simplesmente na história dela, mas nos múltiplos trajetos que se fizeram no Hospital. Longos, entrecortados, poliqueixosos, deprimidos, esquizofrênicos, epiléticos, caminhos trêmulos que os prontuários desenham sutilmente a partir de breves anotações. Cunha faz, sobre sua pesquisa nos arquivos do Juquery, a seguinte afirmação:

[...] os desvalidos, explorados e oprimidos têm nomes, rostos , histórias de vida e uma fala dilacerada expressa em textos , cartas, desenhos que evidenciam processos que são em boa medida estritamente pessoais e intransferíveis. [...] impossível não identificar-se com muitas dessas histórias pessoais, não comover-se a todo momento, não indignar-se quase sempre, não recortar a dimensão de miséria social e individual que o material de pesquisa testemunha. (Cunha, 1986, pg. 17)

Aberto o interesse e aguçado o olhar, torna-se possível pensar no pequeno lugar ocupado por Eunice e tantos outros. De que falam tais anotações? Como se produziu e se produz esse discurso: o discurso sobre esses caminhos que, de repente, tomam a direção submissa dos cuidados e tratamentos do outro? Quem é o outro que cuida e trata e que afirma a necessidade ou não de se internar alguém em um hospital psiquiátrico? O que levou Eunice até lá? Como se desenhou essa Eunice esquizofrênica e poliqueixosa? Que nomes foram dados aos seus tremores, suas vontades, suas raivas?

²¹ Documento microfilmado. Filme : 0002. Prontuário nº 113. Às anotações seguem-se as datas em que foram feitas, de acordo com informação do prontuário.

Eunice é apenas o princípio: ponto de partida. Primeira voz que se ergueu mais forte. A partir dela, outras histórias desandaram a gritar e a pesquisa, viva e pulsante, teve início.

Se, neste momento, desejo apresentar os personagens que se ergueram dos arquivos, faço-o iniciando por Eunice – o primeiro grito –, mas não desejo anunciar o fim. Os outros personagens serão apresentados ao longo do trabalho e cada um deles contará um pedaço da história do hospital. Contarão sobre as formas de tratamento, suas passagens pelas sessões de eletrochoque; exibirão suas resistências, seus gritos e seus silêncios; narrarão o caminho que os conduziu ao hospital e trarão pequenos detalhes de seus internamentos. Individualizar esses relatos só nos faria perder a dimensão de toda essa história, a terrível força deste silenciamento imposto a um grupo de pessoas. Todas essas histórias são, portanto, coletivas: cada voz, em sua singularidade, é a voz de muitos.

3.2. História Oral

A memória oral, longe da unilateralidade para a qual tendem certas instituições, faz intervir pontos de vista contraditórios, pelo menos distintos entre eles, e aí se encontra a sua maior riqueza. Ela não pode atingir uma teoria da história nem pretende tal fato: ela ilustra o que chamamos hoje a História das Mentalidades, a História das Sensibilidades. (Bosi, 2003, p. 15)

No primeiro momento, vasculhamos arquivos. Era a timidez da pesquisadora que não sabia ao certo por onde começar. A pesquisadora que se acreditava protegida em meio a paredes e papéis. Que não sabia o quanto de vida portavam os silenciosos prontuários. O quanto de corpo, ânsia, loucura, verborragia, perda, tortura, vontade: a potência do silêncio, as vozes se erguendo em meio a breves anotações. A força dos mudos e dos verborreicos, a solidão do mundo, os muros de um hospital...

Dizemos, então, que o segundo momento nada mais é do que o primeiro se abrindo para outra conversa. É a timidez se desfazendo diante do inevitável: é preciso escutar, é preciso tocar, é preciso viver. Segundo momento: narrativas.

A história contada por pessoas que trabalharam no Hospital Adauto Botelho. Narrada por aqueles mesmos que produziam miúdas anotações nos prontuários. Funcionários e seus encontros com os pacientes – porque, em suas narrações, não estão sozinhos. O narrador, afinal:

[...] pode recorrer ao acervo de toda uma vida (uma vida que não inclui apenas a própria experiência, mas em grande parte a experiência alheia. O narrador assimila à sua substância mais íntima aquilo que sabe por ouvir dizer). (BENJAMIN, 1994, pg. 221)

As entrevistas aparecem, de início, como fontes complementares. Não buscamos nelas uma resposta definitiva às questões que ficaram em aberto durante a leitura dos prontuários. Ainda que elas possam, sim, responder de algum modo a algumas dessas questões, o mais importante é perceber como elas dialogam com os documentos. São narrativas vivas e, na vida, cada nova palavra produz um novo vazio, uma clareza de que a história é infinita e de que não há coisa no passado que seja estática. Um desenrolar sem fim: o passado não termina.

Vale lembrar que “[...] nem da evidência oral, nem da escrita, se pode dizer que seja de modo geral superior: isso depende do contexto”. (THOMPSON, 1993, pg. 149) Neste trabalho, a evidência oral e a escrita se encontram e se complementam. Se, ao escrever sobre os arquivos, buscamos deixar claro que não pretendemos uma história única e definitiva sobre o Hospital Adauto Botelho, trazemos o mesmo argumento para discutir a importância dos depoimentos orais nesta pesquisa. Foram entrevistadas quatro pessoas que trabalharam no hospital Adauto Botelho em diferentes períodos entre 1954 e 1990. As minhas visitas ao Hospital, durante a pesquisa dos arquivos, levaram-me a esses depoentes. Não havia um perfil rígido e prévio de quem seria entrevistado: o importante era que houvesse trabalhado no hospital no período abarcado pelos prontuários e que mostrasse interesse em contar a história.

Discorrendo sobre o cotidiano do hospital e sobre suas percepções acerca do que viveram ali, os depoentes trouxeram um material riquíssimo para este trabalho. Alberti (2004) considera que a história de instituições é um dos campos de pesquisa no qual a história oral pode ser útil. Segundo ela, as

entrevistas podem contribuir para o esclarecimento do conteúdo, da organização e das lacunas de arquivos. Nesse sentido, a história oral poderia ter uma vocação totalizante:

Se a história oral representa uma opção totalizadora frente à fragmentação dos documentos escritos é porque ela está centrada no indivíduo, que funciona, em nossa cultura, como compensação totalizadora à segmentação e ao nivelamento em todos os domínios. (ALBERTI, 2004, pg. 21)

Ora, cabe aqui uma breve discussão sobre este ponto. Vimos afirmando que, sim, de algum modo as entrevistas puderam responder a questões já colocadas. Reduzi-las a isso, porém, seria injusto. Nesse sentido, confrontamos Alberti e apostamos em uma maior potência da história oral. As memórias dos entrevistados trazem fragmentos que dançam junto aos fragmentos dos arquivos, possibilitando o tecer de uma história cheia de furos – uma história arejada, que permite a entrada de novas histórias. Trazemos aqui, para fazer coro à paixão com que foi vivenciado o encontro com eles, as belas palavras de Eclea Bosi (2003, pg. 65): “A fala emotiva e fragmentada é portadora de significações que nos aproximam da verdade. Aprendemos a amar esse discurso tateante, suas pausas, suas franjas com fios perdidos quase irreparáveis”.

Esse discurso tateante é história viva. Repleta de vãos, vácuos, vazios, a memória de um indivíduo conta a história do mundo e se torna, inevitavelmente, a história de muitos outros. Histórias de muitas vidas.

Vidas. Que parecem inteiras, mas fazem furos. Que, na voz do outro, ganham concretude. Mas imediatamente se desfazem no ar, em seus próprios vãos. Os quatro depoentes narram a história de um mesmo hospital a partir de diferentes tempos, espaços e olhares. Trabalhamos aqui com o Queiroz (1996) chama de depoimento. Ela afirma que a diferença entre história de vida e depoimento está no modo específico de agir do pesquisador durante o diálogo com o informante. Enquanto na história de vida o pesquisador se interessa por todos os acontecimentos da vida do entrevistado, nos depoimentos:

[...] o colóquio é dirigido diretamente pelo pesquisador; pode fazê-lo com maior ou menor sutileza, mas na verdade tem nas mãos o fio da meada e conduz a entrevista. Da 'vida' de seu informante só lhe interessam os acontecimentos que venham inserir-se diretamente no trabalho, e a escolha é unicamente efetuada por este critério. [...] A entrevista pode se esgotar num só encontro, residindo aqui uma das grandes diferenças com relação às histórias de vida. (QUEIROZ, 1996, pg. 7)

Na medida em que, segundo Queiroz, tanto os depoimentos pessoais como as histórias de vida são formas de “documentação oral”, consideramos importante marcar essa diferença para que a especificidade deste trabalho seja melhor compreendida. Assim sendo, buscando compreender a experiência dos quatro depoentes ao longo do tempo em que trabalharam no hospital, realizamos entrevistas com roteiro ou semi-orientadas, “[...] em que o pesquisador de tempos em tempos efetua uma intervenção para trazer o informante aos assuntos que pretende investigar”. (QUEIROZ, 1996, pg. 58) O roteiro de entrevista se encontra em anexo (ANEXO B). As entrevistas foram gravadas em um aparelho de MP3 – com o consentimento dos depoentes - e, embora exista um roteiro, os depoentes puderam contar suas histórias com bastante liberdade. Dessa forma, essa segunda etapa da pesquisa se mostrou tão potente como a primeira, de modo que não é possível separá-las como se fossem blocos maciços. São, antes, redes que se tecem em conjunto encostando-se, entrelaçando-se, produzindo este trabalho.

Apresentamos os depoentes agora, um por um, na ordem em que foram entrevistados:

O primeiro, chamaríamos de Psicanalista, embora tantos outros nomes lhe possam ser dados também. “Eu era médico formado em psicanalista” – conta ele – “nessa época, psicólogo não podia ser psicanalista. E... Também fui militante político”. Para ele, militante político e psicanalista “[...] são duas coisas que tem a ver com a história do Adauto Botelho”. Sua história no hospital começou em dezembro de 1976, quando foi convidado para ser consultor²² na Enfermaria de Psiquiatria Comunitária, lá mesmo no Adauto Botelho.

²² Não era contratado. Não recebia pelo trabalho ali realizado.

Uma enfermagem que, segundo me falaram numa época, estava constituída porque na época o governo federal dava um dinheiro ao hospital e classificava os hospitais em classe A, classe B, e de acordo com a classe, dava dinheiro. [...] Classe A significava que o hospital deveria ter não somente psiquiatra, mas também psicólogos e assistentes sociais e enfermeiros. Especializados em saúde mental. Na época, era em psiquiatria. (Entrevista com O Psicanalista)

A segunda, chamaríamos de Moça da Enfermagem, embora tantos outros nomes lhe possam ser dados também. “Eu entrei até como passadeira... Depois trabalhei como enfermagem, dava injeção. Depois existia o tal do eletrochoque, trabalhava nisso, né?” – explica ela, que depois relata como se davam as sessões de eletrochoque. Deixemos, no entanto, esses relatos para mais adiante, porque agora apresentamos esta mulher que trabalhou no hospital desde sua inauguração e, antes disso, desde 1948, no Hospital do Psicopata. Desse hospital, como já foi explicado anteriormente, vieram transferidos ao Hospital Adauto Botelho pacientes e funcionários. E ela narra sua história nos dois espaços, seus encontros com os pacientes, as sessões de eletrochoque e alguns momentos de encanto: “Chegou uma doente lá que subia assim na janela e ficava cantando assim na janela, soprano bonito ela tinha, né?” – diz e repete, outras e outras vezes ao longo de seu relato. Suas memórias e ternuras, seus trabalhos tantos.

O terceiro, chamaríamos de Vigilante, embora tantos outros nomes lhe possam ser dados também. “Uma observação que não sei se pra você interessa, voltando ao hospital do psicopata, da Ilha. Lá tinha aquele problema de risco, se o doente se atirava na água, morria afogado.” – foi o que me contou ele, que trabalhou também, no início dos anos de 1950, no Hospital do Psicopata – antes de ser transferido para o Adauto Botelho, onde permaneceu trabalhando por muitos anos mais. “Eu mesmo já mergulhei muito para apanhar paciente dentro d’água. Eu era vigilante lá uma época. A gente já trabalhava já sem sapato já pronto pra cair na água.” Ocupou, ao longo dos anos, muitos outros cargos – o que mostra, como no caso da Moça da Enfermagem, a fluidez das ocupações: era dado aos trabalhadores fazer de tudo um pouco. Em vigilância constante, ele começou descalço – era necessário estar assim, para agir

depressa e urgente na ilha de loucos e afogados. Conta que, durante dois anos (por volta de 1980) exerceu a função de Diretor.

A quarta, chamaríamos de Militante, embora tantos outros nomes lhe possam ser dados. “Eu sou da luta antimanicomial, bem no início.” – conta a mulher que, enquanto trabalhava na enfermagem, militava. Começou a trabalhar no Hospital em 1964, exatamente no ano do golpe militar. Teve sua carteira assinada no ano seguinte. Apaixonada, acredita que a história deve ser contada e nos mostra fotos de uma época que passou. Fala de uma silenciosa luta pelos direitos humanos e de seus modos de burlar a autoridade médica – exibe uma voz que é a voz da enfermagem, mas que também ultrapassa o trabalho de enfermeira ou, antes, reinventa-o. Lembra-se dos antigos pacientes com carinho. Com a mesma ternura, refere-se aos que ainda estão lá.

O Psicanalista, a Moça da Enfermagem, o Vigilante, a Militante: escolhemos esses nomes pelo que neles nos chamou a atenção – a ocupação ou as paixões que imprimiram em seus discursos. Os nomes escolhidos serviam, a princípio, para preservar a identidade. No entanto, os encontros realizados ao final da pesquisa provocaram-nos. Apresentamos o trabalho, brevemente, a cada um dos narradores. Mostramos, em especial, os trechos que se referiam a eles. Todos disseram: “pode colocar meu nome”.

“Pode colocar meu nome”. Podemos?

Depret (2011) aparece como companheira importante neste momento: realizando uma *Leitura Etnopsicológica do Segredo*, ela nos convida a colocar em questão o anonimato, que aparece quase como imperativo nas pesquisas em ciências humanas. Os comitês de ética em pesquisa afirmam: é fundamental preservar o nome do entrevistado. Perguntemo-nos, porém: o que é que estamos preservando? Quem? Ou, sendo mais ousados: quem estamos escondendo?

Pois ao subordinar minha investigação ao anonimato, eu escolhia implicitamente privilegiar algumas coisas, alguns regimes de discursos; coisas que deviam permanecer ‘cobertas’, de preferência às coisas de que podíamos nos orgulhar e que teríamos vontade de assinar. (DEPRET, 2011, pg. 19)

Não desejamos, com isso, afirmar que o sigilo é desnecessário em todas as pesquisas. Acreditamos, porém, que sua obrigatoriedade pode reduzir ao silêncio aqueles desejam ser participantes ativos do trabalho realizado. Contadores de histórias. Escritores da histórias: o Psicanalista, a Moça da Enfermagem, o Vigilante e a Militante são, juntamente com a Pesquisadora – ou de modo mais intenso que ela (eu? nós?) -, os autores desta pesquisa. Que assinem, portanto, com seus nomes próprios:

O Psicanalista: Hugo Guangioli.

A Moça da Enfermagem: Alaíde Aguiar Gama.

O Vigilante: Djalma Gama.

A Militante: Maria Lopes.

Os nomes inventados. Nomes que nos multiplicam em muitos psicanalistas, moças da enfermagem, vigilantes, militantes, pesquisadoras. Cada um dos narradores fala de memórias nascidas nos espaços que ocuparam e hoje ocupam, no interior e nos arredores do hospital, na história política do estado e do país – falam, também, de seus modos singulares de ocupar um mesmo espaço. Modos que tomam diferentes formas na medida em que passa o tempo e em que novas demandas, anseios e trabalhos surgem. Os nomes próprios: os narradores escrevendo e assinando este trabalho. Hugo, Alaíde, Djalma e Maria: esses são os nossos contadores de história.

“Entreí como passadeira” – foi o que contou a Alaíde. E depois passou a dar injeções, choques elétricos e a cuidar de perto de cada paciente. “Dar ao pente funções de não pentear” – fala Manoel de Barros – “até que ele fique à disposição de ser uma begônias”²³. Pentes e begônias, vigilâncias e carícias, silêncios e revoluções: cada um dos entrevistados se torna muitos e narra histórias de muitos outros mais. Bosi (2003) refere-se a “[...] uma memória coletiva produzida no interior de uma classe, mas com poder de difusão, que se alimenta de imagens, sentimento, idéias e valores que dão identidades àquela classe”. (p. 18) Longe de pretender conhecer uma impossível “história

²³ Poema “Uma didática da invenção”, de Manoel de Barros.

verdadeira”, temos aqui diferentes olhares, os quais dialogam lindamente com o material coletado nos prontuários médicos.

Nesse sentido, estamos também de acordo com Bosi (2003) quando consideramos que, mais do que a coleta de diversas informações factuais, importam aqui as diferentes visões de mundo. Visões essas que também se fizeram perceber nos prontuários médicos: a história de cada paciente permeada por diferentes sentidos – as marcas no corpo, o mutismo ou a verborragia, a desorientação, as recusas aos medicamentos, as histórias de enfermidades e falhas morais na família e mesmo breves palavras que escapavam ao discurso frio dos especialismos.

Aqui, nos depoimentos, a vida parece se erguer ainda mais forte: cada depoente generosamente oferece suas paixões, seus medos, seus silêncios, suas memórias e desmemórias – falam do inesquecível e gaguejam aquilo que desejariam esquecer:

Pela memória, o passado não só vem à tona das águas presentes, misturando com as percepções imediatas, como também empurra, ‘descola’ estas últimas, ocupando o espaço todo da consciência. A memória aparece como força subjetiva ao mesmo tempo profunda e ativa, latente e penetrante, oculta e invasora. (Bosi, 2003, p. 36)

Trazendo as falas dos depoentes e o modo como transformam o passado, a história e a memória, somos tomados de uma infinidade de sensações. Ao escutar os depoimentos, sentimos que novos fragmentos de história ganham vida, compondo diferentes significados junto às anotações presentes nos prontuários. Assim sendo, embora tenham diferentes naturezas, as histórias que aparecem nos arquivos e aquelas que são narradas pelos depoentes podem perfeitamente dialogar sem que uma se sobreponha à outra.

4. A caminho do hospital: como chegavam?

Tinha a enfermaria de, como chama, de observação, né? Que vem prali pra ficar. Que muitos internavam sem identificação, trazidos pela polícia. Muitos trazidos pela polícia. É por isso que hoje os pacientes estarem indo nessas casas porque ficaram bons, segundo os médicos lá, o que eu não acredito, e botaram nas casas aí e não podiam ficar no hospital junto com os outros. E esse povo aí é o povo que veio pela polícia, não se lembra mais de onde que é, onde mora, quem é ele... (Entrevista com Djalma)

Um hospital em uma ilha - cidade de loucos, abandonados, afogados -, de onde saíram muitos dos primeiros pacientes cujas histórias aparecem nos prontuários pesquisados. Assim era o Hospital do Psicopata. Ali, o risco de afogamento era grande. Foi o que me contou Djalma, ressaltando que se tratava de um hospital “mais rudimentar”. “Na Ilha da Pólvora, a comida era feita a lenha. Aqui era a diesel. Depois passou pra gás [...] Era terrível pra gente que era vigilante. A gente só usava bote, né?” Ilhados, chegavam ali através das águas – tanto os pacientes quanto aqueles que ali trabalhavam. Era a *Terceira Margem do Rio*, de Guimarães Rosa. Nesse belíssimo conto, Rosa narra a história de um homem que vai embora – da casa, da família, da cidade – para viver em uma canoa no meio do rio. O filho deste homem desejava e temia esse intenso encontro com o rio, com as águas, com o nada, com o além da família e da cidade. Desejava tomar o lugar do pai. Temia. Não conseguiu:

Sofri o grave frio dos medos, adoeci. Sei que ninguém soube mais dele. Sou homem, depois desse falimento? Sou o que não foi, o que vai ficar calado. Sei que agora é tarde, e temo abreviar com a vida, nos rastos do mundo. Mas, então, ao menos, que, no artigo da morte, peguem em mim, e me depositem também numa canoinha de nada, nessa água que não pára, de longas beiras: e, eu, rio abaixo, rio a fora, rio a dentro — o rio. (ROSA, 1967, pg. 37)

As águas furiosas, aflitas – o isolamento nas águas. A ilha, a canoa. Ou a “Nau dos Loucos” (FOUCAULT, 1997), ali parada – lugar dos prisioneiros da passagem. Lugar do impossível.

Tratamos aqui da procedência daqueles que estiveram internados no Hospital Aduino Botelho. “Procedência: Hospital do Psicopata” – contam alguns prontuários. “Procedência: Chefatura de Polícia” – contam outros. E um dado não necessariamente anula o outro: há aqueles que, pela polícia, foram levados ao Hospital do Psicopata e, mais tarde, encaminhados para o recém-inaugurado Hospital Aduino Botelho. Como se este último representasse uma continuidade – mais moderna e duradoura – do outro. Ser encaminhado de um hospital para outro fala, então, da durabilidade de algumas internações: um processo contínuo, do qual parecia não haver saída. E o que se produzia ali? Que modos de vida se faziam notar na continuidade de uma vida em um – ou mais de um – hospital psiquiátrico?

Atenhamo-nos, agora, na outra informação que os prontuários trazem: “Procedência: Chefatura de Polícia”. Longe de ser incomum, os prontuários observados apontam claramente para tal prática: a relação entre o Hospital Aduino Botelho e a Chefatura de Polícia – que encaminhava paciente – foi um dos aspectos que mais me chamou a atenção. Fui tomada, em especial, pela história de Mário, que tinha 24 anos quando foi internado em 12 de agosto de 1954.²⁴ Era apresentado como solteiro, sapateiro de profissão e, curiosamente, “sem perturbação mental”. O que significaria isso? Se é intrigante pensar no significado de perturbação mental, não menos intrigante é o sentido de não tê-la e, ainda assim, ser internado. Aqui, faço uma breve divagação: não se trata de considerar a doença mental como motivo para internações, mas, antes, de se questionar a história até então apresentada – da transformação de loucura em doença. Essa história nos leva a crer que apenas os considerados enfermos (mesmo em um conceito arbitrário de enfermidade) seriam internados. Não foi o caso de Mário: sua marca diagnóstica foi uma negativa de diagnóstico. E, no entanto, ali estava ele: em um hospital em meio a tantos diagnosticados com perturbações/doenças mentais. Afirmo, então, que a história de um hospital psiquiátrico ultrapassa a história da psiquiatria em si. Trata-se da história de anseios que vão além do desejo de firmar o poder médico. Anseios de uma cidade crescente.

²⁴ Documento microfilmado. Filme: 0004. Nº do prontuário: 290. Nome do paciente alterado para preservar sua identidade.

Conta Maria que:

Se você fizesse um ato na rua, onde você vinha parar? No Adauto Botelho. Algum ato que a polícia talvez não gostasse, abordasse qualquer coisa assim. Até mesmo você estar despido na rua. Então o ato de internação era muito pela polícia, era difícil a família estar internando. Era a polícia.

Era a polícia que silenciava “algum ato na rua”. E era essa mesma polícia que levava ao hospital aqueles que haviam cometido crimes: “Teve uma mulher que arrancou a cabeça do marido com uma foice, lá no alto de um cafezal” – diz Maria. E fala, então, sobre tantos outros que, tendo cometido assassinatos, acabavam por ser internados no Adauto Botelho. Faces múltiplas que se faziam notar em um mesmo hospital – o que seria a loucura? O que seria o crime? O que seria um “ato na rua”? Trago uma ficção, breve, nascida desse encontro com Maria. A ficção da criminosa (ou louca) e de seu destino:

Uma foice.

Uma força.

Um grito.

A cabeça do marido rolando cafezal abaixo.

A emboscada final – o fim. E o carro da Chefatura de Polícia levando-a para longe, bem longe, lá na casa das loucas-criminosas-desvalidas. “Minha liberdade, enfim” – dizia ela. Na prisão. Antes, o roxo nas pernas, nos braços, no ventre, o sangramento incessante na boca que perdia dentes, paladar e beijos. Sem carícias. Só o sexo forçando-lhe, ferindo-lhe – o sexo violação. As mãos que lhe espremiavam os seios com ódio e desejo. E ela, rubra de dor e sem prazer, espremiava-se mais – pra se esconder. E resignava-se tantas vezes: era preciso ser grata ao homem que a desejava: “que se o marido não tem em casa, procura fora”, dizia a mãe. Procura forçar lá fora o sexo de outras tantas, era isso? Oh, mãezinha – pensava e resignava outra vez. Da mãezinha morta não se pode discordar, jamais. Só se resolver pecar. Só se resolver pecar bem feio contra todos os santos e todos os deuses...

Não era?

Era.

Pecar bem feio e armar uma emboscada.

Afiar a foice de matar marido e nunca mais sentir a dor na pele arroxeadada – nunca, nunca, nunca mais! “Perdoa, mãezinha, mas um desejo assim eu não quero, não”. E foi. Armar no cafezal o crime, a vingança, a loucura. Armar no cafezal sua prisão, emboscar-se numa última vontade: ontem mesmo, atrás das grades, dizia aliviada que estava livre. E, livre, sufocava-se em abusos outros. A nova casa suja, as grades na janela, a porta de ferro. O eletrochoque: açoite das loucas-putas-criminosas-desvalidas. Das que armam emboscadas no alto do cafezal. Das que tocam a foice, o sexo, o

medo e desarrumam a casa limpa. Das que brincam com fogo e dançam as cores do inferno. Das que deixam cair talheres e esstraçalham os pratos no fundo da pia. Das que correm nuas e vendem amor. Açoite das mulheres vis e dos homens fracos, e de todos os que se despedaçam de fúria ou doçura. Açoite dos que gritam. Ela. Que aos poucos se esqueceu de tudo o que não fosse a cabeça rolando, o corpo no alto – dividido o marido, feito ela própria aos pedaços. Só aquilo: rala recordação do fim. E havia também a lua. Lá fora, sem as grades. A lua às vezes chorava, ela pensava. E, em seus delírios, completava: “Chora porque também é fêmea. E sabe”.

(Caderno de Campo ou Fragmentos)

Anotada em detalhes, a história de Mário é outra. Não conta com foices ou sangue, nem com delírios ou alucinações. História de loucura ou de crime? História dele – “sem perturbação mental”. História que abre mais espaço para uma discussão acerca dessa cidade e seus anseios, dessa polícia que internava:

Narra o examinando que, quando criança, gostava de brincar com os companheiros de infância, sendo sua diversão predileta o futebol. Frequentava festas familiares, principalmente em companhia dos pais e, posteriormente, sozinho. Nascido no interior do estado do Espírito Santo. Aos 4 anos, transferiu-se com os pais para a capital da república, onde permaneceu até o dia 12 de dezembro de 1953. No dia 13 de dezembro de 1953, chegou a Cachoeiro de Itapemirim e [...] a noite deste mesmo dia, pela noite, encontrava-se em companhia de 2 amigos, em um Cabaret da localidade de nome “Night and Day”. Narra o examinando que, em um outro momento, um dos companheiros ofereceu ao examinando um cigarro feito com a erva “maconha”, cigarro este que o examinando fumou um pouco, entregando o cigarro para o companheiro que fumou o restante do cigarro. Frisa o examinando que, estando o companheiro em companhia de uma prostituta, sendo essa dita mulher foi denunciar à polícia com uma porção de erva em companhia de um estranho (o examinando). Após a mulher ter chamado a polícia, os 2 companheiros fugiram, deixando o examinando sozinho. Quando a polícia chegou, levou o examinando para a delegacia, por o mesmo ter deixado os documentos na pensão. Quando o examinando se encontrava depondo na delegacia, chegou um sargento do [...] local do um pacote da erva que fora encontrada debaixo da mesa, no cabaret em que estavam o examinando e os 2 rapazes. Frisa o examinando que nada tem a ver com o pacote de maconha, pois os companheiros que estavam com ele (examinando), conhecera no cabaret. Diz que foi autuado em flagrante, sendo conduzido para Chefatura de Polícia de Vitória, e, posteriormente a este nosocômio.

25

²⁵ Documento microfilmado. Filme: 0004. Nº do prontuário: 290.

Rico em detalhes, esse prontuário apresenta também anotações acerca de um exame que aparece de forma insistente nos documentos, o Exame Somático:

Facies atípica. Atitude ativa. Faneros bem implantados e normalmente distribuídos. Mucosas visíveis pouco coradas. Biotipo: Atlético. Estado de nutrição: bom.

Cabeça – cicatriz linear que se estende obliquamente da parte superior do frontal ao parietal direito. Proeminência na região occipital. Na face apresenta cicatrizes na região malar esquerda, e orbitária esquerda.

Membros superiores – cicatriz linear que se estende obliquamente da face anterior do braço a face anterior do hemitorax direito. Cicatriz linear na face anterior ao nível do terço inferior do antebraço. Cicatriz linear que se estende obliquamente da face anterior a face posterior do braço [...], e outras pequenas cicatrizes.

Aparelho respiratório – apresenta estertores sibilantes na face direita.

Aparelho digestivo – ferimentos na face dorsal da língua. Focos dentários. Fígado dentro dos limites anatômicos.²⁶

Seguem mais anotações sobre as marcas físicas, adquiridas por escolha do paciente:

Na face anterior do ante-braço direito ao nível do terço superior uma tatuagem representando um coração com as seguintes palavras: 'Amor de Ruth'. Na face anterior esquerda 'amor de mãe' e 'amor de dinda'.²⁷

As marcas no corpo. Detalhes do comportamento. Explicações que, misteriosamente, criam um elo entre o corpo e uma possível doença mental. Ou, no caso do rapaz acima citado, “nenhuma perturbação mental”, mas algum motivo para internação. Seria possível, aqui, falar de uma relação entre criminalidade e doença mental? Entre a polícia e a psiquiatria? De que se trata essa polícia que leva pessoas para um hospital psiquiátrico?

²⁶ Documento microfilmado. Filme: 0004. Nº do prontuário: 290.

²⁷ Documento microfilmado. Filme: 0004. Nº do prontuário: 290.

O prontuário de Bento²⁸ é também intrigante nesse ponto, na medida em que sua história é anotada sob o título de *História Criminal*:

Narra o examinado que, em o dia [...], deixou serviço de campo (lavoura) às 17 horas, dirigindo-se, então para a “venda”, afim de fazer as compras (alimentos) para a família. Em chegando na “venda”, tomou um “gole”, oferecido pelo proprietário. Em seguida, tomou outros “goles”, pagos pelo próprio declarante. Ato contínuo, fez as compras e dirigiu-se para a residência, bem alcoolizado. Ao chegar em casa, não encontrou a esposa que se encontrava na residência do vizinho. Deixou as compras e dirigiu-se para a residência vizinha, encontrando a esposa conversando com o vizinho na cozinha da residência do mesmo. Narra o examinado que, ao vê-lo, o vizinho tomou de um enxadão dirigindo-se ao declarante para machucá-lo; então o informante disse que correu para fora, apoderou-se de um pedaço de pau para defender-se, e que, ao defender-se dos golpes de enxadão, atingiu o agressor na cabeça, tendo o mesmo caído no solo. Ao ver o agressor caído no solo, dirigiu-se para Itabapoana, onde foi preso e conduzido para Mimoso do Sul. Em Mimoso do Sul, permaneceu preso durante mais ou menos dois anos, sendo, posteriormente, conduzido a este nosocômio.²⁹

Após anotações que foram escritas a partir de depoimentos do homem que foi internado, temos em seguida a “apreciação” – a partir de um olhar especialista - do que foi exposto:

Apreciação: Pelo exposto, verifica-se que o examinado descreve com uma sequência lógica do ponto de vista mental, o desencadeamento dos fatos que culminaram com o homicídio, relatando-os de maneira idêntica nas várias vezes em que foi solicitado para descrevê-los.³⁰

Moffat (1980), ao descrever como se davam as entrevistas médicas em um hospital psiquiátrico na Argentina em 1952, aponta para a importância dada pelos psiquiatras à lógica no relato do examinado. Era fundamental que a pessoa que estivesse sendo internada fosse testada, de modo a mostrar sua compreensão ou não da situação em que se encontrava, sua capacidade ou não de relatar sua história de vida. Notamos algo parecido nos prontuários do Adauto Botelho. Bento foi solicitado mais de uma vez a contar uma mesma

²⁸ Documento microfilmado. Filme: 0004. Nº do prontuário: 292. Nome do paciente alterado para preservar sua identidade.

²⁹ Documento microfilmado. Filme: 0004. Nº do prontuário: 292.

³⁰ Documento microfilmado. Filme: 0004. Nº do prontuário: 292.

história. Outros prontuários descrevem os pacientes como “orientado” (ou “desorientado”) “halo e auto-psiquicamente” ou “orientado” (ou “desorientado”) “quanto à situação”. Em uma situação de teste, cabia aos pacientes dar a resposta considerada certa: mas haveria alguma resposta a ser usada em favor de sua não-internação? Bento mostrou “sequência lógica do ponto de vista mental” ao expor seu relato. Foi internado. Aqueles descritos como “orientados” também foram internados.

Foucault, em seu curso intitulado *Os Anormais*, cita exames médico-legais, discute a criminalidade e a doença mental não como conceitos fixos, mas como produções históricas. Afirma: “[...] vocês vão ver que, a partir do problema do exame médico-legal, vou chegar ao problema dos anormais”. (Foucault, 2001, pg. 39)

De fato, se ele iniciou seu curso trazendo exemplos diversos de pareceres médico-legais – descrições minuciosas de criminosos – no século XX, aos poucos foi nos convidando a pensar na história desses discursos: discursos que marcavam a responsabilidade do criminoso, fazendo notar que suas *más* ações se originaram de *más intenções* e não de um delírio. Um louco não poderia ser preso como um criminoso, um criminoso não era alguém que – como um louco – deveria ser tratado.

[...] uma demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão. (Foucault, 2001, pg. 39)

Segundo Foucault (2001), tratava-se mais de uma dicotomia demarcada pelo Código Penal – no caso, o Código Penal francês no século XIX – do que uma idéia passível de ser, facilmente, posta em prática. Desse modo, aos poucos se fazia notar nos tribunais a crença em um parentesco entre loucura e crime, de maneira que o discurso médico e o discurso jurídico se tornavam mais complementares do que excludentes. Complementares, mas, como afirmou Birman (1987), não sem conflitos.

É nesse sentido que podemos trazer agora, para esta discussão, o estudo de Antunes (1999) sobre a medicina legal no Brasil entre os anos de 1870 a 1930. Para o autor, foi inegável - em nosso país - o parentesco entre medicina e higiene: ambas compoem aquilo que seria a “medicina política”. “Medicina política” – ou “medicina pública” – designaria a intervenção normativa da medicina sobre os objetos da vida social. Antunes afirmava que, no período por ele estudado – 1870 a 1930 – os médicos (especialmente os médicos-legistas) buscaram tornar a medicina uma ciência humana.

As formulações do médico italiano Cesare Lombroso inspiraram representantes da escola penal brasileira. Essa escola era formada por médicos-legistas que buscavam tomar, para a medicina, a verdade sobre o crime. Pregavam também que o crime não deveria ser focalizado em abstrato, isolado do sujeito criminoso: a abordagem jurídica e médico-legal deveria ser dirigida à pessoa que comete o crime – o anormal, cuja anomalia poderia aparecer sob a forma de loucura. Para Antunes (1999), a questão era que, tratando-se de um sujeito louco ou de um sujeito criminoso – passível de tratamento ou de punição -, havia quem pregasse que uma anomalia no corpo seria determinante do comportamento do sujeito.

Franco da Rocha, médico alienista que em 1905 publicou o *Esboço de psiquiatria forense*, afirmava que havia uma relação íntima entre delinqüência e anomalia mental e contabilizava mais de cinqüenta alienados criminosos recolhidos ao Hospício do Juquery.

Mas o que o psiquiatra paulista queria não era separar uma parcela dos criminosos com o estigma da loucura, a pretexto de sua inimputabilidade penal. Todo seu esforço para ampliar e fortalecer a intervenção médica na esfera jurídica dirigia-se a tentar espriar sobre todos os criminosos, indistintamente, o poder pretensamente regenerador da ciência. (Antunes, 1999, pg. 118)

Se a intenção de tomar o criminoso como objeto da medicina era comum a muitos médicos, não havia consenso a respeito dos critérios de caracterização do sujeito criminoso. Havia quem postulasse uma *antropologia criminal*, como era o caso de Nina Rodrigues, admirador declarado da *escola italiana* e que realizou diversos estudos craniométricos. Para ele, como para Lombroso, a

vocação para o crime estaria estampada no físico do sujeito, no tamanho de sua cabeça, no formato de seu nariz, nos seus olhos. Por outro lado, defensores de uma *sociologia criminal* rejeitavam a ideia da relação entre a biologia individual e a delinqüência. Um crítico desse determinismo foi o médico Rodrigues Doria. Ele ministrava aulas sobre a *escola italiana* e, ao mesmo tempo, expunha suas críticas à mesma. Mostrava também que os antropólogos criminais investigavam não apenas o físico do criminoso, mas também seu espírito:

[...] sintetizava pesquisas realizadas na Europa sobre a religiosidade dos criminosos, em geral exacerbada; sobre sua inteligência e sensibilidade moral reduzidas; seus vícios e instabilidade emocional; vaidade e egoísmo; o emprego de gíria, alcunhas e tatuagens; sua “genitalidade” – ardor ou indiferença sexual, onanismo, pederastia, etc. (Antunes, 1999, pg. 136)

Um breve exemplo do ano de 1896 pode bem ilustrar esse novo lugar que se desenhava, aos poucos, para a medicina. Um jovem de 22 anos, considerado alguém de “vida desregrada” e “gênio violento e imperioso”, cometeu um assassinato. Médicos o examinaram e afirmaram que:

“[...] o acusado seria um ‘degenerado com perversão moral’; teria até os ‘estigmas físicos’ da loucura ainda pouco acentuados. Teria também a ‘carga hereditária’ da loucura: o avô, a mãe e dois irmãos haviam sido internados por perturbação mental.” (Antunes, 1999, pg. 37)

Esse caso, de nome *Processo Custódio Serrão* – nome do acusado -, ilustrou bem o encontro conflituoso entre presídio e hospício, instituição judiciária e saber médico. Foram comuns também conflitos na perícia: discussões acerca do estado mental do assassino/suicida eram muito presentes e, novamente, traziam o médico para uma cena muito mais ampla do que a simples cura de enfermidades. Jamais neutra, a medicina se inseria no judiciário e, com suas verdades, exercia importante influência na forma como seriam executadas – ou mesmo redigidas – as leis.

Acredito, no entanto, que é possível pensar essa história por outro prisma, para além de um olhar de médicos e juristas – ou melhor, tocar em pontos que

atravessam médicos e juristas, os quais, antes de tudo, fazem parte de uma complexa teia que não tem início nem fim. A história da loucura não nasce da história do crime, nem a história do crime nasce da história da loucura. Se decidi trazer à luz um pouco dessa relação entre loucura e criminalidade, medicina e judiciário, foi porque Mário e Bento - tomados à força pela polícia - convidaram-me a isso. A história da loucura não pode, porém, ser pensada apenas a partir da perspectiva de discursos jurídicos e médicos. Não sabemos até que ponto os discursos acima apresentados influenciaram as práticas no Hospital Aduino Botelho. Além disso, mesmo que tenha havido influência, é a vida em seu pulsar diário que dá os tons e os rumos da história – e esse pulsar diário ultrapassa as consciências e os discursos técnicos.

4.1. Uma cidade que expulsa

Esse pulsar diário ultrapassa as consciências e os discursos técnicos. Goffman (1987) e Moffat (1980) comparam o hospício às unidades prisionais, mas a relação que buscam estabelecer entre essas duas formas de confinamento não tem como foco a relação entre o discurso médico e o jurídico. É do pulsar diário e dos silenciamentos que eles falam. Goffman (1987) discorre acerca dos rituais e dos modos de vida que se dão nas chamadas instituições totais.

Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais 'fechadas' do que outras. Seu 'fechamento' ou o seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais. (GOFFMAN, 1987, pg. 16)

Moffat (1980) mergulha profundamente na pobreza que vivem aqueles que se encontram nos hospitais psiquiátricos na Argentina. Desejamos discutir mais adiante essas questões sobre a vida no hospital. Agora, nossa atenção se volta para o antes – para o caminho das pessoas, em cidades e campos e tantos lugares, em direção ao Hospital Aduino Botelho.

Na medida em que fazemos a pergunta “como as pessoas chegaram ao hospital?”, devemos considerar também o caminho e o processo que tornou

alguém um doente mental, um louco, alguém cujos fragmentos da vida aparecem nos prontuários. Goffman (1987) discorre sobre o processo de se tornar doente mental ou, nas palavras exatas, da “carreira moral do doente mental”. Sobre o termo “carreira”, ele fala da seguinte forma:

[...] o termo está sendo cada vez mais usado em sentido amplo, a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida. [...] Essa carreira não é algo que possa ser brilhante ou decepcionante; tanto pode ser um triunfo quanto um fracasso. É sob esse aspecto que desejo considerar o doente mental. (Goffman, 1987, pg. 111)

Ainda para Goffman (1987, pg. 112) “[...] a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que altera seu destino social”. Logo após o trecho citado, o autor segue afirmando que uma alteração assim só se torna fundamental quando a pessoa passa pelo processo de hospitalização. Discordo ou, antes, questiono essa última afirmativa porque acredito que não cabe aqui mensurar os impactos dos discursos dominantes: internados ou não, qual a medida da força de uma palavra no curso de nossas vidas? Por outro lado, acho extremamente válido inferir que a interpretação psiquiátrica e a hospitalização atingem as vidas de um modo intenso, alterando destinos, caminhos, desvios. A interpretação psiquiátrica se presentifica nas vidas antes da internação e depois da alta; faz-se forte inclusive para quem jamais foi internado. Convida-me ao risco: o de que a loucura está aqui.

Penso agora no silêncio.

O silêncio no hospital e o silêncio antes, a caminho do hospital. A instituição psiquiátrica, mais do que o estabelecimento em que faz morada, mais do que seus muros, ultrapassa o espaço de confinamento: invade a cidade, toma seus moradores mais indisciplinados – estes, às vezes entregues de bom grado por suas famílias e por seus arredores. É assim que, nos falas de nossos narradores, vemos não apenas um hospital que aprisiona, mas uma cidade que expulsa:

Família não aceitava de volta. Assistente social levava e eles não aceitava, mudava o endereço. Chegava lá e sabia mais ou menos que tava melhor, ia sair, mudava o endereço. Alguém da família chamava a polícia. E depois sumia. Ficava até sem fazer prontuário. Não tinha informação nenhuma. Esses pacientes hoje tão aí. E muitos tão lá dentro ainda. (Entrevista com a Alaíde)

Moffat (1980) afirma que:

Além da população psicótica, que é uma minoria nos hospitais psiquiátricos, a maioria (entre eles muitos alcoólatras) constitui a população “lúcida”, ou seja, aqueles que só ocasionalmente, por períodos muito breves, têm alguma perturbação menor. Existe mesmo, ainda, um grupo de pacientes que estão completamente restabelecidos, mas que, por causa da idade ou por causa do desemprego externo, não podem voltar a integrar-se na comunidade. (pg. 38)

Sigo, então, sustentando a ideia de que a hospitalização tem menos a ver com um embate – ou encontro – entre discursos psiquiátricos e jurídicos do que com uma função de promover a assepsia nas cidades. Birman (1987) afirma que o saber psiquiátrico elabora-se com noções e práticas morais, aparecendo como recuperador de individualidades que se desviaram das normas estabelecidas. O saber (poder) psiquiátrico, como venho afirmando, insere-se na cidade e nela floresce, embrenhando-se nas famílias e desenhando destinos. Conta Goffman (1987) que:

[...] alguns se internam porque a família pediu que o façam, ou ameaçou que, em caso contrário, romperiam os laços de família; chegam obrigados, com vigilância policial; chegam enganados pelos outros. (pg. 116)

Também os prontuários contam histórias assim. Ela, admitida pela primeira vez no hospital em 12 de julho de 1954, provavelmente aos 20 anos de idade, respondia em monossílabos, e “[...] só quando requisitada. Fora disso permanece parada, com semi-mutismo, olhar fixo, rosto mostrando uma intensa tristeza. Desorientada no tempo e no espaço. Amnésia de evocação alterada”.³¹

Teve sua última alta (classificada como “alta estacionária”) em 17 de agosto de 1995. Ao que parece, foi internada mais de uma vez e teve internações longas – por mais de três anos. Em 17 de fevereiro de 1972, consta no prontuário: “Ao serviço social para conversar com a família se estão em condições de manter a paciente em casa.” Anos depois, em 27 de agosto de 1974:

³¹ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 144. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

Segundo A. Social não há nada mais na justiça contra a paciente. Ao exame apresenta-se desorientada auto e alopsiquicamente (insiste em dizer que tem apenas 25 anos). Nota-se irritabilidade. Tremores.³²

Seguem-se anotações em que é frisado que a paciente se encontra em condições de alta e que deve fazer tratamento ambulatorial. Em anotação realizada em 15 de janeiro de 1977:

Paciente desorientada auto e alopsiquicamente. Insiste em dizer que tem 16 anos e que nós estamos no Rio de Janeiro, responde mal as perguntas. Atitude indiferente para comigo. Facies depressiva.³³

A família não apareceu para buscá-la. Descrita como “desorientada no tempo e no espaço”, tempos depois passou a afirmar ter 15 anos. Do que fala essa mulher que rejuvenesce com o passar do tempo? Qual o seu tempo, o seu espaço? Estaria envelhecendo em um hospital em Cariacica ou passeava, aos 16 anos, no Rio de Janeiro? Silenciosa e triste, tornando-se cada vez mais menina, ela se ergue delicadamente em meio às palavras do prontuário, mostrando que o tempo não é apenas este tempo cronológico que movimenta em uma linha reta o círculo monótono de nossa rotina. Como muitos outros, reinventou o tempo e redesenhou a rotina. Sem ter para onde voltar, que caminho é possível criar? Sutil, suave, pequeno, aprisionado? Talvez. Mas há vida. Vida que ali estremece. Deseja. Completa 15 anos dias depois de ter feito 16.

Não estaria ela, ao traçar um tempo diverso do linear/cronológico, denunciando o tédio desesperançoso que é a vida em um hospital psiquiátrico. “No hospício, como nas prisões, o tempo está como se tivesse sido estancado; tem-se a sensação de um presente enorme e vazio.” (Moffat, 1980, pg. 40)

Ela, no silêncio de frias anotações, ergueu-se em mim como uma pequena ficção:

³² Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 144.

³³ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 144.

Lua nova, estrela guia, Lola desconhecia a própria idade. Parecia às vezes que minguava de juventude, mesmo que suas belas avantajadas formas contassem história de uma vida longa, vivida, marcada nas linhas do rosto. “Jovens são minguentes, não crescentes” – afirmava ela com toda sua sabedoria lunar. Porque a juventude lhe sugava a concretude do corpo e fazia com que, a cada estalo de desejo, parecesse que a morte estava a rondar. Lola era uma cidade inteira sob o céu estrelado, marcada por luzes, labaredas, brita e medo. Alguma vontade forte, intensa, e o resto era uma perigosa imensidão. Lola um dia foi levada de carro para o abrigo dos loucos. E foi lá que o tempo dançou insano e ela nunca mais soube o ano, o mês ou o dia da semana. Curiosamente conhecia as horas, que eram horas de sua derradeira rejuvenescência. De mulher marcada ganhou os contornos de uma bela jovem e visitou bailes, homens, namorados. Não quis casar, que era cansativo, e a bela jovem se tornou mocinha, de 15 anos e desengonçada. Sorria aflita em seu corpo lúcido e corria firme com suas pernas livres. De mocinha a pré-púbere, cada vez mais nova, Lola se tornou Lolita e bebê sem colo. E em novembro de seu aniversário terminou o tempo do qual ela era dona. Há quem diga, sem saber, que morria ali uma velhinha torta. Só Lola sabia da dor de ser criança morta. Ou lua crescente que minguiu sozinha. (Caderno de Campo ou Fragmentos)

Sozinhos, tantos minguem. “Nossa cultura, com seu horror ao desvio do que ela chama de ‘normalidade’, realmente ‘enterra’ psicologicamente os doentes mentais”. (Moffat, 1980, pg. 41) E, ainda assim, fazem-se vivas as resistências – na mudez, na verborragia, na reinvenção do tempo. Guardo-as, entretanto, para mais tarde. É sobre a chegada dela – que minguiu sozinha - e sobre seu caminho sem volta que pretendo falar aqui. Sobre a chegada e o caminho dela e de tantos outros. Retorno à pergunta:

“Como chegavam ao hospital?”

A família levava. Dizem os prontuários: o internante foi o pai. A mãe. Marido.

“Como chegavam ao hospital?” Expulsos. “Quem expulsava?” A família, o trabalho, a cidade, a produtividade, as fábricas, as casas, as lavouras, a assepsia. A família também higienizada, o homem e a mulher produtivos, os desvios do tempo sufocados. Uma cidade que, ansiando por pessoas e famílias produtivas, precisa isolar aqueles que não produziam. Famílias que, lutando para sobreviver nesta cidade, compartilham da ânsia por um espaço que abrigue para sempre aqueles incomodam.

A cidade crescente tornava-se o espaço em que, segundo Baptista (1999), o louco aparecia como perigoso e as casas populares, focos de doenças causadas pela promiscuidade e pelos hábitos incivilizados de seus moradores:

A cidade, vista pelos olhos da razão, foi invadida pelo medo. De furiosa, anti-social, porém tolerada e visível aos olhos dos passantes, a loucura foi transformada em traiçoeira, invisível, exceto para o olhar do especialista. [...] Transformados em virtualidades perigosas, e deslocados para os manicômios, Maria Doida, príncipe Obá, brigadeiro Montenegro, Filósofo do Cais – entre outros -, personagens dos cronistas cariocas, existências inseparáveis das almas das ruas, imprimiram ao urbano um asséptico silêncio. (BAPTISTA, 1999, p. 118)

Baptista refere-se especialmente ao Rio de Janeiro, Cunha busca descrever a dinâmica da cidade de São Paulo. Aqui, trazemos novamente Margotto (2001), que apresenta alguns traços do crescimento urbano de Vitória nos anos 40 do século XX, discutidos a partir da leitura de meios de comunicação de massa que circulavam na cidade nesse período. Podendo ser tomados como instrumentos de difusão de certos padrões inerentes ao modelo de vida urbana, os jornais destacavam a mendicância como um problema decorrente da não afeição ao trabalho. Esse mal era atribuído especialmente a migrantes, “[...] personagens principais para os quais se deve olhar para que se compreenda esse outro lado da urbanização”. (Margotto, 2001, p. 54)

Essas breves histórias de urbanização, diversas quando buscamos ler suas singularidades, tocam-se num ponto que aqui parece importantíssimo: falamos de um modo de vida que, em nome da assepsia, expulsa corpos e silencia vozes. Não nos referimos mais apenas ao poder médico, mas a toda uma dinâmica produtivista, silenciadora, produto e produtora de um medo em relação ao estrangeiro – seja ele o migrante recém-chegado ou aquele que, no desatino, tornou-se um estranho aos ideais higienistas.

Obliterar formas sociais e de convívio dissonantes ao projeto modernizador, negar a diversidade da nação por meio de um discurso que homogeneizava, foram intenções claras de registros históricos produzidos no período que vimos abordando. Se, no caso das populações que viviam no interior do país, isso foi facilitado pela distância destas dos centros da modernidade, tornava-se de fato mais complexo quando referido às camadas populares das cidades. (WISSENBACH, 1998, p. 11)

“Quem os expulsava?” – pergunto novamente. “Também a polícia” – respondem. Fora e dentro aqui se confundem: a cidade a céu aberto tornava-se, muitas vezes, miúdo espaço fechado onde alguns não podiam mais estar. A cidade era fora; o hospital, dentro. A cidade era dentro; o hospital, fora. Aprisionar é expulsar para dentro – porque o lugar da vida é expandindo em vôos. E, no entanto, a palavra “expulsar” exhibe o “ex” – mesmo ex de expandir-, o fora. *Expulsar para dentro.* Prender o criminoso, o louco, o desordeiro: adentrá-los fora da assepsia da cidade ideal. E a polícia aparece aqui como personagem mantenedor da ordem. Ordem que incide sobre as famílias; sobre as mãos do trabalhador, sobre as mulheres, os homens, as crianças, sobre aqueles considerados loucos e aqueles ainda chamados sãos. Ordem que incide sobre a própria polícia – pois não cabe aqui particularizar o poder, como algo pertencente a. A ordem não pertencia nem pertence: circula e perpassa, por vezes bloqueando a vida. E bloquear a vida é coisa muito séria.

Tão séria, que só podemos quebrar brincando. “A gente era muito levado.” – conta Maria, com um sorriso, enquanto fala sobre os modos de burlar as ordens e inventar resistências. Mostrando uma foto, ela diz:

Aqui é um jornalista... Na época, como tinha a questão da ditadura, ele vinha muito aqui pra dentro... [...] geralmente, eles se envolviam, aí alguém recolhia eles. Vários médicos ajudavam, pra evitar de ir pra cadeia, sumir, qualquer coisa assim. Ficava aqui, até passar um tempo, quebrar o galho aí, porque vinha muito preso político pra cá. A gente... pra fazer nossa reunião, a gente costumava fazer aniversário, pra ninguém saber que a gente tava reunindo.

Como vocês faziam os prontuários deles? – indago. “Como interno”. – conta ela – “Normal, como se fosse qualquer um que tá aqui.” Explica, então, que os presos políticos contavam, inclusive, com diagnósticos em seus prontuários. Pergunto se ela inventava os diagnósticos. “Não, não era nós, a gente seguia a prescrição do médico...” E segue mostrando fotos, avivando suas memórias de uma vida de trabalho no Hospital. É ela quem mostra, com mais intensidade, que um hospital psiquiátrico, mais do que um estabelecimento médico, pode ser pensado como uma terra dos indesejados. Eram os que badernavam nas ruas, fumavam e bebiam, exibiam suas tatuagens de amor à mãe e à amante. Eram as que se perdiam no tempo e rejuvenesciam até a

morte. Eram os resistentes à ditadura militar, que se erguiam contra o silenciamento que era imposto às vidas. Loucos, quem sabe. E não seria ela também louca? Ou: quando se impõe silêncio, não é porque a vida antes gritou de um modo quase irresistível? A vida maior que a cidade casta, maior que a força bruta de um ditador, maior que a sanidade, maior que assepsia. Tão maior que tudo que houve gente que acreditou que era necessário transformar a vida em morte.

A vida dela, que hoje conta histórias. E não conta sozinha - ela é muitos: “Então a gente fazia uma reunião como se fosse um aniversário, e todo mundo sabia quem é quem... Se tivesse alguém diferente, a gente num falava nada de coisa nossa... só cantava parabéns.” E como eram essas reuniões? – pergunto a ela.

Essa reuniões eram assim, pra discutir, por exemplo, né, o sindicato nosso, ele foi criado aqui dentro do Adauto Botelho. Nós ficávamos 5 ou 6 meses sem receber pagamento, era pra discutir essas coisas... Olha... esse aqui era o jornalista... Ele não era doente. [...] Ah, ele ficou aqui muito tempo... [...] Tomava um remedinho aí, pouquinho coisa, né? (Entrevista com Maria)

Pergunto se a diretoria do hospital participava dessas reuniões. “Não, muitas vezes a gente fazia reuniões escondido deles...”

Eram segredos.

5. Silenciamentos: as terapêuticas no Hospital

5.1. Psiquiatria: uma ciência do corpo?

Onde começa a doença mental? Essa pergunta me vem à mente sempre que leio alguns prontuários. Ou quase todos. Detalham doenças da infância e trechos da história do internado que parecem conduzir à compreensão da doença mental ora apresentada. O que vale ser anotado em um prontuário? Goffman, falando sobre registros em prontuários médicos, pode nos ajudar a pensar essa questão:

Podem ser citadas infelicidades de seus pais ou irmãos que podem sugerir uma 'tara' de família. São registrados atos iniciais em que o paciente parece ter mostrado mau julgamento ou perturbação emocional. São descritas oportunidades em que agiu de uma forma que o leigo consideraria imoral, sexualmente pervertida, com vontade fraca, infantil, indelicada, impulsiva ou 'louca'. Os seus últimos erros que alguém considerou como a última gota, como a causa para ação imediata, tendem a ser descritos minuciosamente. (GOFFMAN, 1987, pg. 133)

Onde começa a doença mental? Na embriaguez do seu pai, nos descuidos de sua mãe, nas marcas do corpo de sua irmã, na esquizofrenia do seu tio? Se retomarmos anotações expostas nas discussões anteriores, teremos breves histórias que trazem essa marca hereditária da doença mental, essa continuidade que conduz derradeiramente ao hospital psiquiátrico. A sombra do inevitável atravessando vidas e famílias.

Foucault (2006) sustenta que, no decorrer do século XIX, a criança se torna alvo das intervenções psiquiátricas. Alvo em dois sentidos: em um sentido direto, na medida em que convoca as famílias à vigilância constante dos hábitos de suas crianças e da sexualidade infantil; e em um sentido indireto: “[...] na medida em que aquilo sobre o que se interroga no adulto louco é precisamente sua infância: deixe vir a você suas lembranças de infância, e é assim que você será psiquiatrizado”. (FOUCAULT, 2006, pg. 155)

Os hábitos de infância, as histórias de família: mais do que histórias de vida, parecem desenhar o caminho da doença – a história derradeira de uma doença

mental. É assim que aparece a história de Lucas³⁴, que residia em Ibirajú e foi internado no Hospital Aduino Botelho em 06 de setembro de 1954.

Pai morto em consequência de pneumonia dupla, mãe viva gozando saúde aparente. Possui quatro irmãos do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Todos vivos gozando saúde aparente. Possui um tio que morreu [...] e que era doente mental (oligofrênico); tem ainda um primo que é doente mental (esquizofrênico) e se encontra internado nesse nosocômio. O pai era muito chegado a um 'aperitivo': tabagista. [...] dentição e deambulação retardados. [...] por ordem de nascimento, é o último filho. Declara o informante que o paciente sempre viveu isolado, sem apresentar a vivacidade característica da idade infantil. Sarampo, varicela e coqueluche. Informa ainda o declarante que o paciente dorme bem, alimenta-se regularmente, pelas próprias mãos, quando sente alguma dor, apresenta suas queixas.

Tantas marcas em uma história. Desde criança, pouco vivaz. Isolado e estranho. O pai, chegado a um "aperitivo". Doenças mentais na família. As marcas em seu corpo não são tão visíveis como as tatuagens de Mário – apresentado anteriormente – mas aparecem aí, na hereditariedade que parece desenhar sua história. Falamos, assim, de uma psiquiatria que narra histórias de corpos, os mesmos corpos indesejáveis capturados pela polícia. Ou falamos de corpos-narradores? Não são eles, afinal, que contam a história de uma psiquiatria que buscava se firmar como ciência?

Nesta parte do trabalho, então, passearemos por vários autores, em especial nos pontos em que falam de uma psiquiatria que incidia e incide sobre os corpos. É sempre importante lembrar que as explicações de hoje - ou da década de 1950, no Hospital Aduino Botelho - não são idênticas às que foram defendidas no século XIX ou em qualquer outra época, em alguma outra parte do Brasil ou na França, por exemplo. No entanto, Caponi (2007, pg. 347) considera que "[...] entre essas estratégias explicativas existem peculiaridades, diferenças e analogias que podem nos auxiliar a compreender o nosso presente". É com essa idéia em mente que pretendo discutir o olhar psiquiátrico sobre os corpos. Trazendo trechos de prontuários, é possível escutar esses corpos-narradores e o modo como se inserem no Hospital Aduino Botelho. As discussões de diversos autores, sobre diferentes e períodos e contextos, não

³⁴ Documento microfilmado. Filme 0004. Prontuário nº 276

trazem uma resposta exata sobre A Psiquiatria ou A Loucura, mas aparecem aqui para dialogar com as miúdas vozes que nascem nos documentos.

O corpo-narrador de Carina³⁵. Ela foi internada aos 8 anos de idade. Em sua folha de identificação, poucos dados preenchidos. Dois, em especial, pareceram-nos dignos de atenção: os tópicos “Estado Civil” e “Profissão” foram preenchidos com a mesma palavra: menor. Porque, sim, Carina era uma criança. Era “menor de idade”. E o que fazia em um hospital psiquiátrico? Difícil responder, tendo em vista a pobreza de anotações no prontuário. Djalma recorda o caso de um paciente que chegou ao hospital ainda menino. “É... chegou grandinho, já, chamava ele de Batista. Chegou bem novo. Tinha uns 8 anos, 10 anos”. (Entrevista com Djalma) Tal e qual Carina, Batista chegou jovem. Perguntei a Djalma o que ele conseguia recordar da época em que crianças eram internadas. Ele não soube precisar o período em que houve internação de crianças. Disse apenas que:

Não demorou muito não. Eles achavam que não deviam ter crianças ali. Aí foram dando alta pras crianças. E hoje o prédio ta caindo aos pedaços, abandonado. [...] Tinha umas 4 enfermarias. Era fora do hospital. 40 crianças, mais ou menos. (Entrevista com Djalma)

Sobre a idade das crianças em geral, ele respondeu:

De dois anos de idade até mais [...] Não sei se era conveniência ou se era necessidade. Eu não me envolvia muito nesse setor, não. Era um outro prédio. E eu não gostava de muito de me envolver, não. Cada macaco no seu galho. Eu gostava muito de ir brincar com as crianças, jogar bola nas horas vagas. Mas não me envolvia diretamente, não. (Entrevista com Djalma)

Os motivos para essas internações, também ficam claros. O prontuário de Carina, pobre em detalhes, possibilita algumas reflexões. Em uma folha, sem título ou maiores identificações, havia uma data: 27 de março de 1955. Seguem as breves anotações encontradas na referida folha:

A paciente apresenta-se ao exame colaboradora e lúcida. Auto-orientada. Dentes com implantações defeituosas, principalmente do

³⁵ Documento microfilmado. Filme 0004. Prontuário nº 273. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

mandibular. Nos dedos dos pés, verifica-se uma exagerada desigualdade entre os tamanhos dos mesmos e esta desigualdade é simétrica em ambos os pés. Pés chatos. Nariz em sela. Abóbada palatina em forma de ogiva. Biotipo: displásico.³⁶

Não há informações sobre as datas de internação ou de alta, assim como não há qualquer diagnóstico. Mais do que a carência de informações, o que nasce aqui como incômodo é o fato de que as poucas anotações sobre Carina se referem ao seu aspecto físico. Seus dentes, seus pés, seus dedos, seu nariz: era o corpo dela sendo observado em detalhes. E o que o observador buscava nesses detalhes? O que pretendia captar?

Esse olhar observador que desenha o corpo de Carina faz com que ela seja, aqui, um corpo-narrador. E o que narra Carina? O que dizem os seus pés chatos ou o seu nariz em sela? O que contam seus dentes e o “Biotipo: displásico”?

Contemos história. Retomo o que escrevi anteriormente, sobre o projeto da psiquiatria, durante o século XIX, em se constituir como ciência e transformar a loucura em uma enfermidade. Desde já, é possível falar de alguns obstáculos que esse projeto enfrentava. Para que os loucos fossem tratados por médicos, era preciso que fossem considerados doentes. E em que consistiria sua doença? O que poderia torná-la palpável, medicalizável, tratável? Birman (1987, pg. 55) afirma que: “[...] incorporar a loucura, subjetividade pura, na instituição médica, corresponde a considerar o conjunto da subjetividade no horizonte da racionalidade médica”.

Desse modo, era fundamental que a enfermidade estivesse no corpo. Mais especificamente, a princípio, na *substância cerebral*. Ao longo do século XIX, portanto, foi relevante na Europa o esforço da ciência médica para localizar nas regiões cerebrais as faculdades morais.

Falava-se de uma anátomo-patologia do cérebro de alienados, mas, como escreveu Birman (1987, pg 55): “[...] os encéfalos permaneciam mudos[...]” Os cadáveres de alienados não apresentavam lesões cerebrais: não havia o que pudesse diferenciá-los de outros. Caponi afirma que:

³⁶ Documento microfilmado. Filme 0004. Prontuário nº 273.

Perante a impossibilidade que os primeiros estudos neurológicos encontraram para localizar lesões orgânicas no cérebro que pudessem explicar os desvios de comportamento, a Psiquiatria construirá um grande corpo, um corpo ampliado, que é o da família afetada por patologias. Desde o século XIX e durante grande parte do século seguinte, o discurso dos higienistas, psiquiatras e médicos vai se referir ao caráter hereditário dos comportamentos. (CAPONI, 2007, pg. 347)

De acordo com Birman (1987), Esquirol – importante alienista no século XIX – sugeria que pudesse haver uma modificação desconhecida no cérebro dos doentes mentais, para a qual os métodos de estudos no momento não estavam preparados. Para ele, faltava apenas que a ciência se desenvolvesse para descobrir o que certamente havia: um corpo doente; a doença, no cérebro. (Birman, 1987)

O estudo dos cérebros é, entretanto, anterior a essa história relatada por Birman. Além disso, pesquisas dessa ordem não se restringiam aos cérebros de pessoas que seriam diagnosticadas como doentes mentais – aqueles que *deveriam* ser internados e *tratados*. Foram, em verdade, estudos bastante abrangentes. Envolviam, também – e com grande ênfase -, os criminosos: aqueles que *deveriam* ser presos³⁷. Voltamos a discutir, brevemente, a relação entre a psiquiatria e o aspecto jurídico / penal. Ressalto, porém, que a discussão que proponho agora é apenas um modo de passear um pouco pela história da psiquiatria, tendo como foco o olhar sobre os corpos. Enquanto trago realidades diversas – como a da Europa no século XVIII -, busco me aproximar da realidade brasileira e compreender até que ponto pesquisas realizadas na Europa tiveram influência sobre nossas práticas, especialmente em um hospital psiquiátrico no Espírito Santo.

Segundo Darmon (1991), desenvolvia-se na Europa, por volta do século XVIII, a craniologia - estudo que pretendia estabelecer ligação entre o desenvolvimento intelectual e a estrutura da caixa craniana. Ainda que essa ciência tenha caído em desuso com o passar do tempo, é importante pensar

³⁷ Sobre a demarcação da diferença entre loucura e crime, Foucault (*Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, pg. 40) afirmou: “[...] quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária. A justiça não pode ter competência sobre o louco [...]” Ele afirmou também que, no entanto, essa demarcação, ao longo do século XIX, não foi colocada de forma clara.

nas marcas que deixou e nos usos que dela foram feitos. Na medida em que supunha que o cérebro seria a sede dos pensamentos e dos sentimentos, trazia uma verdade nova para a época. Diante disso, podemos pensar em como essa ciência que buscava identificar o lugar da inteligência, do pensamento e dos sentimentos se fez forte na história ocidental e reverberou em muitos outros campos, em muitos outros saberes, para muitos outros estudiosos.

Segundo Darmon (1991), a partir do estudo da estrutura morfológica dos crânios de todas as espécies animais e de todas as etnias humanas, uma curiosa teoria foi elaborada por estudiosos europeus: a de que há uma relação íntima entre inteligência e volume da massa cerebral. Assustadoras, essas novas pesquisas foram produzindo uma perigosa hierarquia que, ao mesmo tempo em que comparava a inteligência humana a outras espécies animais, determinava que o homem europeu ocupava o ponto mais alto na escala de valores intelectuais – tendo capacidade cerebral superior à dos negros. Ao mesmo tempo, esses estudos também determinavam que a mulher européia estaria no mesmo plano intelectual dos homens negros – todos abaixo do homem branco.

Em meio a tantas verdades produzidas e contestadas ao longo de décadas, a ciência jamais foi neutra ou inocente – e a busca por chegar a (novas) certezas seguia firme. Darmon (1991) afirma que estudo da *fisiognomia*, que explicava o caráter pelos traços do rosto, teve seus aliados e inimigos. O estudo dos crânios se aprimorava e, ao mesmo tempo, perdia-se em incertezas. Em 1831, foi fundada na França a *Sociedade Frenológica*, formada por amadores, advogados, parlamentares e membros da Academia de Medicina. A idéia se espalhou por outros países, por exemplo, na Alemanha, onde foi lançado o “mais célebre *Jornal de Frenologia*”. Eram analisados diversos crânios e cérebros, em especial de personagens tidos como célebres ou de assassinos. Em 1876 foi fundada, na França, a *Sociedade da Autópsia*, na busca de aprimorar os estudos sobre aquele que seria, segundo os seguidores dessa corrente, o órgão intelectual: o cérebro. A inteligência era medida pela complexidade das circunvoluções cerebrais e pelo peso do encéfalo. Parecia, aos pesquisadores, que podiam ser marcadas diferenças de peso de encéfalo

(e, automaticamente, de inteligência) entre cérebros masculinos e femininos – sendo privilegiados os cérebros masculinos – e entre diversas categorias sócio-profissionais, de modo que o cérebro de um professor, em média, pesava mais do que o de um trabalhador agrícola.

Ainda de acordo com Darmon (1991), foram os homens célebres e ilustres que, após a morte, lançaram dúvida sobre essa ciência. Alguns deles, tendo doado seus cérebros para a Sociedade da Autópsia – como foi o caso, inclusive, do médico fundador da mesma -, tiveram as circunvoluções cerebrais e os pesos de seus encéfalos minuciosamente analisados e os resultados provocaram surpresas e constrangimentos: como poderiam os cérebros de homens tão ilustres serem tão simples e tão leves? A certeza da ciência deparou-se com o peso de uma resposta indesejada.

O interesse dos cientistas pelo cérebro e pelas minúcias do corpo, no entanto, estava aberto: estudos no sentido de buscar modos de classificar alienados, criminosos, gênios, procurando marcas no corpo biológico que respondessem a essas dúvidas foram de grande importância durante o século XIX. Cesare Lombroso, médico italiano, escreveu e discursou intensamente sobre o que se convencionou chamar de “criminoso nato”. Publicou estudos sobre a mulher criminosa, a prostituição, o gênio, os epiléticos e as novas conquistas de antropologia criminal. Presidente do *Primeiro Congresso de Antropologia Criminal* em Roma, ele:

[...] impõe suas concepções como se fossem dogmas e afirma sem rodeios que sua teoria do criminoso nato predisposto ao crime por sua constituição física não é passível de discussão por ser o resultado de uma observação positiva dos fatos. (Darmon, 1991, pg. 37)

Essa passagem é emblemática para se referir à ciência que vigorava: se os resultados vinham de observações positivas dos fatos, realizadas por grandes cientistas, o que haveria para discutir? A ciência, quando pensada como descoberta, desconsidera o momento histórico. Se pensarmos que, como Foucault (2001) e Darmon (1991) afirmaram, até o século XIX o crime aparecia como uma entidade independente do criminoso, cuja personalidade não

despertava o interesse de ninguém, torna-se importante compreender os processos que levaram se pensar no criminoso – o sujeito, mais do que o crime - como objeto de análise. O “criminoso nato” não se fez erguer no mundo dos conhecimentos científicos apenas devido às observações positivas de Lombroso e seus colegas. Todo um movimento científico de valorização desse método de estudos – jamais dissociado do momento histórico -, anterior a Lombroso e contemporâneo a ele, foi necessário para que seus estudos ganhassem credibilidade.

Deixando sempre claro que a ciência jamais foi unívoca, é importante compreender o que movimentava tantas vozes discordantes. Os psiquiatras, os médicos-legistas, as explicações físicas e as explicações morais para as enfermidades mentais. Aliás, como era definida a doença mental? Quem definia? O fundamental, neste breve tópico do trabalho, é refletir acerca de uma psiquiatria buscando se erguer como ciência médica – ao mesmo tempo em que a ciência médica firmava seus objetivos econômicos, políticos e sociais. Nesse entrecruzamento, destacamos aqui a importância dada às marcas que a criminalidade, a doença mental, os muitos vícios e as diversas características morais exibiam no corpo.

Darmon (2001) e Birman (1987) apontam que tanto o criminoso como o louco tinham faces definidas: traços que um apurado olhar médico seria capaz de notar. Também a hereditariedade marcava o crime e a loucura: um filho recebia dos pais características físicas e morais. Uma diversidade enorme de contextos e sintomas foi pensada, por cientistas, como componentes dessa hereditariedade, de modo que o que se tornava difícil, de fato, era que alguém pudesse se ver livre dessa realidade tão assustadora. Quem poderia *não ser* um criminoso nato ou um louco?

Nesse sentido, pensando na hereditariedade como uma das determinações físicas da doença mental, a internação de crianças – determinando desde tão cedo seu aspecto patológico – parece possível. Dos 122 prontuários aos quais tivemos acesso, apenas dois eram de crianças menores de 12 anos. Um deles

era o de Carina, apresentada anteriormente. O outro é o de Diana³⁸, menina de 5 anos, com o diagnóstico de epilepsia. Sobre ela, pudemos ler apenas que foi levada por um “responsável” (não o pai ou a mãe) e que: “A paciente apresenta-se ao exame inquieta. Para-respostas. Instabilidade da atenção voluntária e instantânea. Silogismos. Não sabe precisar os anos”.

O fato de não haver descrições de detalhes de seu corpo não significa que seu corpo não tenha sido tomado, desde cedo, como objeto de tratamento psiquiátrico: e o que pôde fazer Diana quanto a isso? Que recursos teve? Diana entrou no hospital em 1955. Faleceu no hospital. A data de falecimento estava ilegível. Do que estava anotado “causa mortis” só conseguimos compreender a expressão: “Estado de mal epilético”.

Nos prontuários do Hospital Colônia Adauto Botelho - em folhas escritas nos anos de 1950 - notamos informações quanto à “raça” e ao “biotipo” do paciente. Nas informações quanto à “raça”, há os pretos, os brancos e os pardos. Quanto ao “biotipo”, aparecem expressões como “picnico”, “leptossômico”, “leptossomático atlético”, “leptossomático estêmico”, “picnico com traços displásicos”, “atlético”. Nesse ponto, trago Lilia Moritz Schwartz e Lilia Lobo, que fazem importantes reflexões acerca desse assunto no Brasil. Schwartz, discutindo acerca de revistas médicas dos finais do século XIX e inícios do século XX aponta o racismo como uma questão muito presente nessas publicações - a mestiçagem parecia preocupar os intelectuais brasileiros:

Era por meio da medicina legal que se comprovava a especificidade da situação ou as possibilidades de ‘uma sciencia brasileira’ que se detivesse nos casos de degeneração racial. Os exemplos de embriaguez, alienação, epilepsia, violência ou amoralidade passavam a comprovar os modelos darwinistas sociais em sua condenação do cruzamento, em seu alerta à ‘imperfeição da hereditariedade mista’.
(Schwartz, 1993, pg. 211)

O corpo, a raça, as marcas e os detalhes na pele: Schwartz mostra como, a partir do século XIX - com as teorias das raças -, a apreensão das diferenças se torna um projeto teórico de pretensão universal e globalizante:

‘Naturalizar as diferenças’ significou, nesse momento, o estabelecimento de correlações rígidas entre característica físicas e

³⁸ Documento microfilmado. Filme 0004. Nº do prontuário: 274. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

atributos morais. Em meio a esse projeto grandioso, que pretendia retirar a diversidade humana do reino incerto da cultura para localizá-la na moradia segura da ciência determinista do século XIX, pouco espaço sobrava para o arbítrio do indivíduo. Da biologia surgiam os grandes modelos e a partir das leis da natureza é que se classificavam as diversidades. (pg. 64-65)

Essa “naturalização das diferenças” pela medicina não teve, no entanto, uma única e eterna forma. Lobo (2008) afirma que no século XX os médicos brasileiros começavam a desconfiar da correspondência tão clara entre estigmas físicos (dissimetria no rosto, orelhas de abano, etc) e características morais. O que passava a ganhar mais importância eram os tipos físicos gerais, “[...] segundo uma gradação de traços que permitia agrupar todos os indivíduos” (LOBO, 2008, pg. 62)

É o que propõe, em 1921, Krestschner – a correspondência entre a estrutura corporal e suas funções (digestiva, respiratória, muscular e cerebral) com as tendências ou disposições psíquicas para certas patologias mentais como a esquizofrenia (tendência do tipo leptossomático), a psicose maníaco-depressiva (tendência do tipo picnico) e a astenia (tendência do tipo atlético), compondo uma infinidade de tipos intermediários. (LOBO, 2008, pg. 62)

Teria a medicina no Hospital Adauto Botelho recebido fortes influências da teoria de Krestschner? Que medicina era essa que se desenhava nos prontuários? Marcas desse olhar podem ser notadas também nas folhas de anamnese, em que aparece descrita a história pessoal e familiar do paciente: ali, aparece também o “exame somático”, que conta com informações tais como “a) inspeção geral, biótipo, etc.; b) Ap. Circulatório; c) Ap. respiratório; d) Ap. digestivo; e) Ap. genito-urinário.

Cunha (1986), sobre o “Exame Direto” nos prontuários do Juquery, fala de algo semelhante:

[...] inclui da descrição do alienista sobre a atitude, expressão fisionômica e mímica do paciente, um exame somático que busca sobretudo sinais físicos da degeneração como vícios de conformação, assimetria, ‘orelhas de asa’, ‘beijo de lebre’, ‘goela de lobo’, medidas da cabeça, vícios da arcada dentária, etc., além de exames neurológicos e clínicos. (Cunha, 1986, pg. 126)

E, se esse olhar devastador e devorador – que em tudo encontrava doença e vício – hoje, porventura, nos causa espanto, Birman afirmou com bastante acerto que interrogar um discurso na história corresponde “[...] a lançar questões e desafios, para as suas teorias e para as suas práticas

contemporâneas”. (Birman, 1987, pg. 30) Trata-se, enfim, de olhar para a história não como continuidade – em que um mesmo objeto passeia por uma linha do tempo adquirindo apenas diferentes formas – mas buscar sentir as descontinuidades e os descaminhos da história tendo em vista que uma época se serve de elementos de outra época, assim como um contexto cultural se serve de elementos de outro. Épocas e contextos se alimentam do passado e do presente, mas produzindo discursos diversos. A psiquiatria que nasceu como ciência no século XIX na Europa não é a mesma que se fez desenhar pelo punho dos profissionais de saúde que escreveram nos prontuários da década de 50 do século XX no Hospital Colônia Adauto Botelho. E novos discursos se constroem no século XXI. A história, no entanto, reverbera e produz marcas: e os tempos anteriores tocam os novos, não por continuidade, mas por marcas sutis – que borram, desfazem-se e refazem-se em discursos e práticas diversos.

Se desde o século XVIII o *homem-branco-europeu* era cientificamente apresentado como um humano superior, as teorias eugenistas que floresceram no Brasil durante o século XIX parecem ter miúdas raízes fincadas ali, nessa ciência européia. Ainda que devamos assumir que a psiquiatria aqui assumiu contornos próprios à nossa realidade, não podemos negar que nossa realidade se funda, em grande parte, nas marcas deixadas pela colonização e pela escravidão. O domínio da Europa sobre a América Latina. O domínio dos *donos da terra* sobre escravos e colonos. O domínio dos brancos sobre os negros, dos homens sobre as mulheres. O domínio de gente sobre gente.

Trago, um tanto quanto assustada, a história desse domínio – que é também a história da psiquiatria e da loucura e que pode dialogar com o que foi apresentado anteriormente. O *homem selvagem* e sua inferioridade em relação ao *homem-branco-europeu*: um povo de vagabundos, indolentes, nômades, canibais, “[...] rebeldes por natureza por desconhecerem um poder a que pudessem servir com obediência, identificava-se plenamente às imposturas e simulações dos demônios, os monstros artificiais”. (LOBO, 2008, pg. 40) Antes da ciência, eram os *soldados de Cristo* que lutavam contra esses selvagens, esses monstros, esses outros – alheios ao homem-branco-europeu, com seus hábitos e crenças distintos, estranhos, inaceitáveis.

Lobo (2008) afirma que a Europa avaliava o Novo Mundo como uma terra inferior, habitada por uma humanidade monstruosa:

Não demorou muito para que esses traços das almas monstruosas se generalizassem por toda a Colônia, a partir dos séculos XVII e XVIII: primeiro os negros escravos, idólatras e fujões, depois os colonos brancos, principalmente os de Vila-Rica, traiçoeiros e rebeldes. (pg. 41)

Esses homens selvagens e seus vícios. Esses nossos ancestrais e sua inferioridade. Estamos falando de corpos, tidos como errados e rebeldes, incapazes e falhos. A ciência insere-se nessa história aos poucos e ganha força especialmente no século XIX:

O século XIX foi talvez ainda mais intolerante com os monstros – não mais frutos das marcas que Deus deixou ao mundo para sua glória ou por sua ira, não mais aberrações que garantiam a continuidade entre as formas vizinhas e as diferenças entre os seres vivos. A ciência que objetificou a vida como acontecimento original passou também a desconfiar dos acertos da natureza, considerando os monstros exemplares inadaptados ou degenerados da espécie. (LOBO, 2008, pg. 44-45)

A hereditariedade, já discutida neste capítulo, passou a fundamentar a ordem social: um “erro da natureza” se reproduz em tantos outros “erros”. No Brasil, teorias ligadas à hereditariedade pareciam ser bem aceitas. Lobo (2008) apresenta teses de vários médicos brasileiros que apontavam para as influências físicas e morais dos pais sobre os filhos. A imaginação da mãe durante a gestação, os bons e os maus hábitos dos pais, a embriaguez no momento da concepção: tudo o que estivesse ligado a aspectos morais dos pais poderiam determinar aspectos físicos dos filhos. As recomendações às gestantes, portanto, não se restringiam a cuidados com a saúde física: suas falhas morais poderiam causar danos à prole.

É da *teoria da degenerescência*, apresentada por Morel na França, que falamos aqui. As más condutas, as perversões, as falhas morais em geral eram consideradas como desvios da progressão natural que levariam à degeneração da espécie. Tal degeneração inscrevia-se nos corpos através de doenças como a sífilis, o alcoolismo e a tuberculose.

O que poderia provocá-la, além dos descuidos morais? A consangüinidade e a miscigenação. E os produtos privilegiados desses dois tipos condenáveis de mistura de sangue foram, além dos loucos e dos epiléticos, os surdos-mudos, os idiotas, os deformados, todos portadores em algum lugar do corpo do estigma da degenerescência. (LOBO, 2008, pg. 52)

É possível, a partir dessa discussão, pensar em como esses modos de se olhar para os corpos - buscando marcas da hereditariedade e da degenerescência – inserem-se na promoção de assepsia nas cidades, apresentado anteriormente neste trabalho. Falamos de uma psiquiatria desejanse de se afirmar como ciência, mas falamos também de uma terra colonizada, que desde seu nascimento contou com formas de classificação de seu povo. Lobo (2008) pondera, ao falar da ciência médica no Brasil: considera que, aqui, a correspondência entre institucionalização e assistência sempre foi precária. Isso significa dizer que o que importava, no trato com os considerados anormais, eram os procedimentos de exclusão em espaços institucionais limitados, “[...] dos quais os estabelecimentos especializados eram apenas um dos dispositivos, nem sempre os mais importantes”. (LOBO, 2008, pg. 261) A medicina com suas classificações era, portanto, apenas um dos dispositivos possíveis para aprisionamento dos indesejáveis. Talvez por causa disso seja possível notar, nos prontuários do Hospital Aduauto Botelho, as mais diversas descrições, não podendo dizer que condizem com apenas uma corrente psiquiátrica.

Falamos aqui de “fâneros bem implantados”, biótipos “leptossomáticos”, “displásicos” ou “atléticos”, o tamanho dos dedos dos pés de Carina, o corpo de uma criança capturado pela psiquiatria, as doenças na família de Lucas, as tatuagens de Mário, as histórias tantas que esses corpos-narradores contam. Não pude vê-los nem ouvi-los. Seus corpos, porém, estão ali: gravados nos prontuários médicos. Se a história da craniologia, das teorias da degenerescência, da higiene mental e dos tipos de Kreschner podem resumir a verdade sobre a psiquiatria no Aduauto Botelho? Decerto que não. Ainda assim, são fundamentais para ajudar a contar essa história.

Finalizo esta parte do trabalho trazendo um trecho de Lília Lobo, em que ela afirma que, se diversos novos instrumentos de avaliação foram válidos para o controle disciplinar e preventivo,

[...] não o foram para o controle repressivo-policial dos comportamentos da maioria da população: permanece até hoje a velha fórmula lombrosiana do criminoso nato e da monstruosidade incurável dos degenerados. (LOBO, 2008 pg. 63)

Volto a Diana. Aos 5 anos internada no hospital. Negra. Miúda. Epiléptica. Nada mais no prontuário sobre ela. Nada. Apenas o fato de que, certo dia, faleceu. Que ciência no mundo explica isso?

5.2. Tratamentos que incidiam sobre o corpo: “É para o seu bem”

“Depois existia o tal do eletrochoque, trabalhava nisso, né?” – contou a Alaíde e depois explicou um pouco mais como eram realizadas as sessões de eletrochoqueterapia. Duas vezes por semana, em jejum, ao amanhecer. Aquele que se encontrava muito “agitado” ou “agressivo” era, então, contido no leito: “Porque na convulsão, é perigoso ele morder a língua”. Um pano para segurar o queixo: “Às vezes até deslocava o queixo, né? Aí a gente colocava no lugar”. Sobre o que pensava do procedimento, ela respondeu com delicada indiferença: “O choque faz melhorar, faz esquecer. Se o doente tem uma idéia de suicídio, faz esquecer”.

Para o uso do eletrochoque, Djalma busca trazer uma explicação: “Porque naquela época não tinha medicação que temos hoje, né? Haldol, haloperidol, na época usava Luminol. Então não era o suficiente para uma agressividade muito violenta.”

De fato, se fazer esquecer e fazer acalmar eram os benefícios do eletrochoque, os psicofármacos – muitas vezes administrados em doses altas – são eficientes substitutos. Como bem lembra Moffat (1980), os medicamentos em grandes doses são chamados de “camisas-de-força químicas”. Se, por um lado, não mais deslocam o maxilar do paciente, por outro lado provocam

rigidez corporal, movimentos involuntários, baba. Afirma Moffat (1980, p. 26) que: “Isto produz uma angústia equivalente à provocada pela camisa-de-força e tem, para os funcionários, as mesmas vantagens: o internado fica tão preso como um salame.”

As folhas de Eletrochoqueterapia aparecem em meio às tantas folhas dos prontuários de alguns pacientes. Não aparece, no entanto, o porquê do uso desses procedimentos. Acredito que é possível, no entanto, pensar no fundo moral desses tratamentos que incidem (violentamente) sobre o corpo. Em que consistia o tratamento no hospital? O que eram essas práticas, como o choque elétrico, que incidiam sobre os agitados, os indisciplinados, os que gritavam alto suas vontades e resistências? Hugo retruca sério, no momento em que pergunto acerca da “eletrochoqueterapia”: “[...] não era terapia, era punição”. Segue, então, afirmando:

Sempre a loucura provocou uma reação muito agressiva. [...] Tem ao artigo de Freud sobre o estranho. E isto é a loucura, uma coisa familiar e estranha. A loucura sempre foi difícil, sempre foi rejeitada, sempre provocou a necessidade de voltar à realidade ao louco, de obrigá-lo a voltar à realidade, de organizá-lo, que se discipline, que fique quietinho, que não faça nada demais.

Na história do Hospital Adauto Botelho, tanto as anotações nos prontuários como as falas dos depoentes explicitam essa forma de tratamento. Vejamos a história de João³⁹. Filho de sergipanos, residia em Vitória quando foi internado, aos 26 anos, em 1954. Diagnosticado com esquizofrenia, foi um dos muitos pacientes que passaram por diversas sessões de eletrochoqueterapia. Não se trata, obviamente, de um caso único. Ainda assim, considero importante trazer a história de um – a singularidade. Uma vida que fala de muitas outras vidas. Uma vida no hospital.

O paciente está cuspiendo pelo chão e pelas paredes, tornando desagradável ambiente, principalmente estando acompanhado de outro enfermo. Julgo conveniente a transferência do doente para seção adequada. (15/07/57)
Solicito a Sra. Enfermeira-chefe as providências para transferência do enfermo. (19/02/57)

³⁹ Documento microfilmado. Filme 0002. Prontuário nº 110. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

A sra. Chefe de Enfermagem continua se negando a tomar a providência solicitada. Não é justo nem recomendável que um paciente [...] coabite com um que tem cuidados higiênicos. A família do companheiro de quarto continua reclamando da providência e clamando contra a irregularidade. (12/03/57)

Moralização do corpo. João, agitado em “sem cuidados higiênicos”, incomodava. A cada incômodo relatado, uma página com anotações de datas e horários das sessões de eletrochoqueterapia. Moffat (1980) considera que certas manipulações com o corpo do paciente psiquiátrico podem ser consideradas muito próximas da tortura. Refere-se, então, à imobilização física total (camisa-de-força), aos “abscessos de fixação” (aplicação de injeções de terebetina ou de leite nas nádegas, produzindo um abscesso fortemente doloroso), à má qualidade da alimentação, à impossibilidade de relações sexuais e, claro, ao choque elétrico.

Começamos por esta lista de situações de agressão corporal para poder definir o mais íntimo do sentimento de estar internado em um manicômio: é a sensação de ‘ter o corpo dentro’, de não ter garantias com relação à própria segurança pessoal. Pois ao ser considerada ‘louca’, a pessoa sequer tem consciência do que podem fazer com ela, o que conduz à sensação desesperante de que não consideram que ela existe. Como consequência, a pessoa não existe. É a ‘coisificação’, a transformação da pessoa em ‘coisa’, em objeto. (Moffat, 1980, p. 22)

Sustento, baseando-me em Moffat e nas falas dos entrevistados, que a moralização estava (quase) o tempo inteiro presente nas vidas de quem se encontrava no hospital: do caminho até lá – aqueles que eram “pegos” nas ruas pela polícia – até as mais diversas formas de tratamento. E algumas delas doíam, doíam muito.

Muitas das vezes eles cortavam a ponta da língua. Tinha um rolinho de pano que era colocado. Elas tinham um rolinho de pano que colocavam pra não morder a língua. Que quando dava eletrochoque, a carga da eletricidade passava pra eles e eles davam convulsão, ali eles urinavam, evacuavam, e mordiam a língua... depois tinha o relaxamento. Primeiro vinha toda aquela contração, depois vinha o relaxamento... E muitos deles mordiam a língua e sangrava muito. Era muito doloroso. (Entrevista com Maria)

Além do choque elétrico, havia a insulino-terapia – que aparece nos documentos também em folhas nas quais foram anotadas datas e horários de

diversas sessões. De acordo com os depoentes, esse tratamento consistia em: “Tratamento através de insulina. O paciente entra quase em coma. Aí depois põe na glicose e vê se o paciente voltou ao normal. [...] Insulina no músculo. É pra acalmar também. Tratamento psiquiátrico.” (Entrevista com a Alaíde)

O cubículo, minúscula sala em que os agitados eram encarcerados, também aparece como recomendação médica. Mais uma forma de tratamento?

E tinha os cubículos, os pacientes agitados ficavam no cubículo. Era um quarto, pequeno [...] Cubículo mesmo. Tinha uma porta e não tinha janela. E o vaso era ali dentro mesmo, aqueles vaso baixinhos. Muitas das vezes lavavam a roupa ali dentro mesmo, dentro do vaso que fazia cocô, tampava o buraco, soltava água e lavava ali mesmo, soltava a água e servia de vaso e de pia... (Entrevista com Maria)

“Tipo uma cela, bem pequeno, só dava pra um. Só um colchão. Não podia colocar outras coisas porque podia se acidentar”. – fala também a Alaíde. Pergunto a ela, então, por quanto tempo eles ficavam nos cubículos. “Aí ficava lá até melhorar. Quando melhorava, saía.” – respondeu - “Às vezes destruía o colchão.”

Incidem-se diretamente sobre o corpo os tratamentos até então expostos. Tratamentos morais: modos de silenciar o corpo. Castigos, como a fala que transcrevo agora mostra muito bem:

Porque o paciente não podia quebrar nada aqui dentro. Ele ia pro cubículo de acordo com ato que ele fazia. Qualquer coisa ele ia pro cubículo. Hoje eles quebram uma cama toda e a cama fica quebrada, mas naquela época não podia, porque conforme você quebrava uma coisa, podia ficar 8 dias mofando no cubículo. (Entrevista com Maria)

Apaixonada, essa mesma depoente acredita que essa história deve ser contada. Se não havia como descumprir o que era prescrito – porque eram ordens médicas -, criava modos de escapar. Já tendo afirmado que participara do início da luta antimanicomial, contava também: “[...] Nós fomos lutar contra os cubículos. A gente enfiava palito de fósforo pra entupir os cadeados. Dava café pros pacientes não tomar eletrochoque. Se tomasse café não podia tomar choque.”

Uma silenciosa luta pelos *direitos humanos* – uma voz que é a voz da enfermagem, mas que também ultrapassa o trabalho de enfermeira. Ela não aplicava eletrochoque. Mas já presenciou aplicações. Lembra dos pacientes com carinho. Com a mesma ternura, refere-se aos que ainda estão lá. Em meio a prescrições, pequenos escapes. Vida.

5.3. Tratamento moral: O silêncio e o grito dos desalinhados

Tatuagens que mapeiam os corpos e apontam o destino: aqui vive um degenerado. Racismo e teoria da degenerescência. Olhares detalhistas que captam o que? O corpo. O corpo e o mundo à sua volta. O corpo errado, mal desenhado, falho em seus movimentos e desejos: o corpo que não pode, não deveria, mas faz. E faz tanto, mas tanto, que acaba por ser dominado: as convulsões que arrancam sua história, os quartos escuros que aprisionam seus desejos.

Já discutimos que essas práticas psiquiátricas podem ser percebidas como castigos. O componente moralizante dessas práticas alinha-se à psiquiatria de uma época: se não fosse assim, por que as tatuagens de um corpo estariam tão minuciosamente descritas no prontuário daquele homem “sem perturbação mental”? As palavras dos depoentes denunciam essa estranheza: por quê? Por que o maxilar deslocado? Por que a ponta da língua cortada? Por que o quarto sem janelas? Por que o sangramento? Por que a dor?

Se era forte o silêncio imposto pelas terapias citadas anteriormente, cabe aqui falar agora de outro silêncio: aquele que se desenha sutilmente nas palavras dos prontuários. O diagnóstico, acompanhado por anotações acerca de “comportamentos inadequados” – os quais variam do mutismo à agressividade expressa aos gritos –, pode surgir como força silenciadora.

Aqui, fazemos uma breve ressalva: não desejamos desqualificar toda e qualquer forma de diagnóstico psiquiátrico ou psicológico. Para uma discussão mais crítica acerca de práticas psiquiátricas específicas, seria preciso um outro trabalho e um outro foco. Como afirma Caponi:

[...] é necessário reconhecer que a crítica ao determinismo biológico não garante, por si própria, um esclarecimento sobre a complexa relação existente, nos diferentes âmbitos dos fenômenos humanos, entre fatores biológicos (sejam eles genéticos ou neurológicos) e fatores sociais. (CAPONI, 2007, pg. 350)

A intenção aqui, entretanto, não é esclarecer ou trazer qualquer verdade acerca dos fenômenos humanos. Detemo-nos em rastros de uma história, deixados em prontuários psiquiátricos e narrados por algumas pessoas. E, seguindo esses rastros, buscamos olhar para o que neles se desenha, interessando-nos por discutir alguns aspectos dessa história. Nesta parte do trabalho, nossa atenção se volta especialmente aos modos de desqualificar os discursos, as resistências e mesmo os silêncios do outro. Desqualificações essas que a psiquiatria, em diversos momentos, produziu e produz. Silenciar o próprio silêncio. As anotações nos prontuários mostram: exagerar na fala (ser “verborreico”) ou calar-se - tudo isso é “coisa de doido”. Tudo perigoso...

A gente vai assimilando que a loucura não é uma coisa perigosa, que atente contra a paz da família. E há muito menos loucos que agridem que pacientes não-loucos que agridem, que matam, que são violentos, que estupram, são perversos. [...] Porque os psiquiatras em geral são muito distantes, através da medicação. Desconhecem a vida de cada um dos pacientes. Louco, louco: já faz parte do time. Generalização. (Entrevista com Hugo)

Sobre essa distância entre psiquiatra e paciente, Moffat (1980) traz interessantes discussões. Aponta para o silêncio, interpretado pelo especialista como sintoma de alguma enfermidade psíquica, e discute a nulidade da comunicação nas instituições psiquiátricas. Considera, assim, que nesses espaços são emitidas “mensagens parciais”:

[...] dos médicos para os pacientes, perguntas para a elaboração do diagnóstico e indicações ‘de caráter científico’; dos pacientes, respostas mecânicas com as quais procuram, como num interrogatório policial, não dar informações que possam servir para aumentar a pena, falando [...] ‘como se não dissesse nada’ para não se comprometer. (p. 31)

As anotações nos prontuários falam também desse distanciamento. Pelas mãos dos especialistas, que escrevem pequenos detalhes nas folhas de anamnese, sabemos, por exemplo, que uma determinada paciente “apresenta-

se ao exame colaboradora e lúcida.” Há também quem se apresente ao exame com “cabelos e roupas em desalinho, parcialmente orientado quanto à situação”. Às vezes, desorientado. Após breves explicações acerca do estado do paciente no exame, seguem-se anotações que se referem à história pessoal e familiar. Cunha (1986), escrevendo sobre diagnósticos, afirma que eles costumam mostrar:

[...] características do comportamento pessoal do interno, que enfatizam sempre com dados como o pequeno apego à família ou às conveniências sociais, ou indícios de uma vida sexual ilícita ou irregular, que denunciam mais uma vez a importância do hospício como veículo de moralização da família. (CUNHA, 1986, pg. 131)

Assim, não é toda e qualquer característica que merece atenção na escrita de um prontuário. Cabe aqui uma atenção especial ao uso recorrente dos termos orientação e desorientação. Atentemos também ao termo desalinho. Em relação a que padrão certas formas de ser, estar, falar, vestir, despír, pentear-se ou não pentear-se as pessoas são postas em comparação para serem classificadas como orientadas ou desorientadas, alinhadas ou desalinhas? Em que se diferencia a fala eloquente da verbosidade? O que pode dizer um silêncio? Ouçamos o silêncio dela, cuja história contaremos agora:

Cristina⁴⁰ viveu muito tempo no Hospital. Internada pela primeira vez em 24 de maio de 1954, foi a Chefatura da Polícia de Castelo - cidade (localizada no interior do Espírito Santo) onde vivia – a responsável por sua internação. Devia ter 20 ou 28 anos nessa data. A dúvida quanto à idade exata se deve ao fato haver conflito entre as informações nas diferentes folhas do prontuário – algo comum em grande parte dos documentos analisados. Cristina era casada, negra, analfabeta, católica, trabalhava como doméstica e recebeu vários diagnósticos ao longo de suas muitas internações. Em 31 de agosto de 1965, temos o seguinte:

Pai com antecedentes psicopatológicos. [...] História da doença: refere que em criança tomou uma pancada na cabeça tendo perdido

⁴⁰ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 119. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

os sentidos. Diz que em virtude de ficar passeando pela rua, o guarda (Polícia) a trouxe para aqui.
Diagnóstico provável: Oligofrenia 6 A. ⁴¹

E em anotação posterior:

Pai com antecedentes psicopatológicos, porém segundo informa a paciente, o mesmo “ficou bom” (sic). Antecedentes convulsivos.

Antecedentes pessoais: varíola, sarampo, traumatismo [...] na região frontal na infância. Etilista habitual. Histórico da doença: após traumatismo a ideia “revirou” dentro da escola. Esteve na escola mas não aprendeu nada. Oligofrenia 6ª + Alcoolismo [...] ⁴²

A hereditariedade, já discutida ao longo deste trabalho, mais uma vez aparece aí. Com a ideia “revirada” desde um traumatismo que sofreu na escola, nunca mais aprendeu. E passou anos de sua vida sendo internada e reinternada no Hospital Adauto Botelho.

Internada pela 2ª vez neste nosocômio. Apresenta-se no exame em desalinho, orientada auto e alopsiquicamente, Parcialmente orientada quanto à situação.

A paciente queixa-se de nervosismo. Quando tem crises relata que tem acessos e fica bastante agressiva (tentou matar a mãe com uma faca). Apresenta delírios persecutórios —acha que vão matá-la de choque.

A paciente faz uso de álcool desde a juventude. Alucinações ausentes. Há outros casos de doença mental na família. (27/11/1968)

Em 19/02/1975, mais uma vez referência a reinternações:

Paciente enviada de Castelo em estado de agitação intensa, distúrbio de comportamento. Com histórico de várias entradas nesse nosocômio. Obs. Não foi possível fazer a anamnese da paciente, como também os acompanhantes nada souberam informar sobre a mesma.

Já em 1976, desenha-se com linhas mais fortes a história de seu abandono;

Alta em condições de melhoras. Paciente com problemas familiares no qual a família não se interessa. (05/04/1976)

Paciente orientada auto e halopsiquiatricamente. Não foi embora de alta. [...] estado geral. Insônia. Paciente continuará tomando a medicação até a alta ser solucionada. (13/04/1976)

⁴¹ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 119. Anotação datada de 31 de Agosto de 1965.

⁴² Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 119. Anotação datada de 3 de dezembro de 1965.

Haloperidol – 1 mg – 30 – tomar 1 comp. 2x dia. Amplictil 25 mg – 06 amp. Aplicar 1 amp. Às 18h

Obs: Não foi possível colher dados familiares para seu possível tratamento em ambulatório, pois não é aceita pelos familiares. (11/06/1976)

Paciente foi encaminhada a tratamento ambulatorial, sendo pedido a assistente social para comunicar sua família. Não houve interesse por parte deste, sendo rejeitado. Continuará fazendo tratamento sintomático pois é psicótica crônica. (21/06/1976)

História atual da doença: internamentos vários. Exame psiquiátrico; paciente foi encaminhada sedada pelo médico de Castelo. Esteve várias vezes internada nesse nosocômio com quadro de distúrbio proprioceptivos + delírios [...] (12/10/1976)

Paciente agitada, agressiva. Amplictil 25 mg. 2 amp. Aplicar 1 amp. Agora (9:30 h) e 1 às 20h. Amplictil 100 mg – 300 comp. 2 às às 14h e 2 às 18h. (24/11/1976)

Paciente continua agitada e agressiva. Colocada no cubículo, prescrevemos: 16 h. Neozine. 25 mg. 01 amp: IM.

20h: Tendo em vista a não melhora da paciente, SUSPENDER toda a medicação e começar amanhã: (20/12/1076)

“Começar amanhã:” várias sessões de ECT (Eletrochoqueterapia). Seguem-se, então, algumas folhas com anotações das datas e dos horários das sessões. A história, narrada aqui de modo algo monótono, aparece exatamente assim no prontuário. Tomo a liberdade de chamar de “história de seu abandono” porque ali ela aparece silenciada, não desejada pela família, “agitada e agressiva” e tendo como breves destinos o cubículo e o eletrochoque. Seu destino em longo prazo: o hospital. Perguntei a Djalma: o que os pacientes faziam no hospital? “Nada”- respondeu ele:

No início tinha sinuca, bilhar, cinema para os pacientes. Passei muito filme pra eles lá [...] É, eu que projetava a imagem pra eles. Por sinal, tem pouco tempo lá, pegaram as máquinas lá. E eu não tomei conhecimento. E tinham obrigação de me comunicar. [...] Sinuca, bilhar, jogo de baralho, tinha tudo...

Tudo e nada. O que tenho, da história de Cristina, são diversas folhas de um prontuário. O destino dela foi o Hospital, até o fim. Até a anotação em 16 de fevereiro de 1982: “Transferência: Paciente necessitando de ser transferida para a recuperação devido a queda do seu estado geral e dificuldade no tratamento clínico”. Poucos dias depois:

Paciente apresenta estado geral muito ruim, necessitando cuidados gerais intensivos. Apresenta dispnéia insistente e hipertensiva. Fica impossibilitada a canalização de qualquer veia para administração da medicação [...] principalmente com prescrição do soro fisiológico. Por não dispor no CTI dos recursos mínimos necessários procuramos hospital clínico para apreciação adequada do problema. (23/02/1982)

A paciente veio a falecer no posto de triagem (SAMU) às 2:30h do presente dia quando estava sendo submetida a tratamento clínico e triagem para hospital clínico. (23/02/1982)⁴³

A triste história de Cristina, apresentada na monotonia do prontuário, não era incomum. Conta Djalma, sobre falecimentos no Hospital: “Olha, chegou a morrer bastante, viu? Um por semana...” E quais eram as causas das mortes? “Generalizado, né?” – respondeu ele:

Já chegavam aí, a polícia trazia, chegavam estourados já. E aí não tinha recurso pra atender paciente, né? Porque era hospital psiquiátrico, né? Aí morria muito. Aí depois foi começando a rejeitar esse tipo de paciente... Chegava muito paciente, aí dizia: ‘aqui não’. (Entrevista com Djalma)

O esquecimento, o abandono: “Aí morria muito”. Histórias que nos envelhecem de dor. Aparecem, como já foi afirmado, monótonas: verbos desinteressados e desinteressantes em documentos antigos. Da vida Cristina, pouco podemos saber. Também sua morte nos aparece no mesmo tom: um quase silêncio. Trago Neruda a essa dança triste: “E então deixei de ser menino / Porque compreendi que a meu povo / não lhe permitiram a vida / e lhe negaram a sepultura”⁴⁴. O súbito envelhecimento do poeta diante da dor. Envelhecemos. Mas não se trata do mesmo envelhecimento de Cristina. Esse eu não conheço. Na minha distância tímida, leio essa morte que não posso tocar.

Falamos de fatos que não podem ser atribuídos apenas ao funcionamento do Hospital, como se este estivesse isolado de seus arredores. Descaso com a saúde pública: um hospital psiquiátrico recebendo pessoas com doenças que não podiam ser tratadas ali. Os que chegavam “estourados” ou os que precisavam urgentemente de cuidados intensivos. Diana, que aos 5 anos faleceu de “estado de mal epilético”. Doenças e males que matavam, às vezes, um por semana. Aqui, é importante acrescentar que havia pavilhões de

⁴³ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 119.

⁴⁴ Trecho do poema A Injustiça, de Pablo Neruda.

isolamento para tuberculosos. Alguns prontuários apontam para isso e, com maior clareza, temos as palavras de Maria:

Os pacientes passavam pelos exames, fazia coleta de sangue, passavam pelo raio X, tinha muita tuberculose. Muitos morreram de tuberculose. Que além da doença psiquiátrica, tinha de físico e a tuberculose. E pra tuberculose tinha dois isolamentos, um masculino e feminino. Ainda tem os dois isolamentos, o de lá e o de cá, só que estão desativados. Por causa dos maus tratos dentro da instituição, tinha poucos funcionários. (Entrevista com Maria)

Quantos outros cuidados lhes eram negados? Pela vida, pelos caminhos, pelos destinos. Olhar para o Hospital Adauto Botelho é olhar para a situação de pobreza em que tantos internados se encontravam. O descaso que começava bem antes do ingresso no Hospital: a cidade que expulsava e abandonava, inventava perigos onde havia vida; a polícia que capturava; a família que, muitas vezes acuada, acabava por abandonar também. Aqui, é fundamental questionar a própria função do hospital psiquiátrico e a forma como o poder médico entrou nas famílias, aparecendo, muitas vezes, como essencial para o funcionamento das mesmas. Cristina não foi a única que se viu entregue aos cuidados de médicos e enfermeiros e esquecida pelos familiares. Tomamos as anotações sobre ela porque relatam com clareza o esquecimento. Esquecimento esse que nos leva a pensar no hospital psiquiátrico não como um espaço afastado da cidade, mas como um espaço que, ao lado de todas as exigências urbanas, faz parte do que vive em seu entorno. Falar do hospital é falar da cidade, das famílias, das exigências do mundo do trabalho. É falar dos operários, das donas de casa, dos que fracassaram na escola: é falar, mais do que da doença, das imoralidades que não conseguimos aceitar. Do imoral em nós e do que nos rasga: um hospital psiquiátrico nascido em 1954 tem muito a dizer sobre nós, em 2011.

O que é que se considera importante escrever nos prontuários? Que critérios definem a importância de uma informação e a irrelevância de outra? Assim como o recorte que fazemos aqui se refere a uma escolha - nossos olhos se entregam com mais intensidades para alguns detalhes -, também há uma razão, que não pode ser naturalizada com explicações acerca de importância científica, para que certas anotações constem nos prontuários e outras não. É

importante ressaltar também que, com o passar do tempo, modifica-se o modo como as informações são passadas, bem como se modificam as próprias informações. Notamos, então, a produção humana que ali se faz: uma produção discursiva que não se individualiza no médico, enfermeiro ou outro profissional que a tenha escrito, mas que se refere ao conjunto de práticas de uma época. Conjunto de práticas que dialogam com o nosso presente.

Voltemos a Cristina. Ela bebia. Apresentava, em certo momento, um “estado geral muito ruim”. Esteve agitada e agressiva, conheceu o cubículo e o eletrochoque. Detalhes de sua história, para além dos delírios persecutórios (de que fala o seu medo de morrer “de choque”?), acabam por trazer um aspecto que já vinha se delineando nas discussões anteriores: o aspecto moral. Se nos referimos anteriormente a um corpo que exhibe marcas de enfermidade mental e da criminalidade, buscaremos agora conversar sobre a moralidade que atravessa o olhar sobre o corpo e a determinação do que seria ou não enfermidade.

Goffman (1987) afirma que:

[...] o estudioso de hospitais psiquiátricos pode descobrir que a loucura ou o ‘comportamento doentio’ atribuídos ao doente mental são, em grande parte, resultantes da distância social entre quem lhes atribui isso e a situação em que o paciente está colocado, e não são, fundamentalmente, um produto da doença mental. (Goffman, 1987, pg. 113)

Por causa disso, volto a frisar que a discussão aqui não se detém nos delírios persecutórios, nas alucinações e em quaisquer outros sintomas que poderiam caracterizar uma doença mental. Nos prontuários com os quais tive contato, alucinações e delírios não aparecem mais destacados do que hábitos de vida, silêncios, modos de se vestir e de se portar. Comportamentos os mais diversos tratados como inadequados. Retomo a fala de Maria: “Ele ia pro cubículo de acordo com ato que ele fazia. Qualquer coisa ele ia pro cubículo”. Esse “qualquer coisa”, entretanto, merece ser analisado com um certo cuidado. Cristina pode nos explicar um pouco sobre essa coisa qualquer que leva alguém a um hospital psiquiátrico. Já adianto que não se trata de uma

explicação definitiva. Nunca é. Segue mais um trecho encontrado entre as folhas do prontuário dela:

Paciente aparentemente calma – não referiu ao internamento. Alinhada de vestes e cabelos. Diz que foi internada por causa de uma ‘estripulia’ que fez consigo. Não conta que tipo de estripulia, por ter vergonha. – ‘Foi coisa feia’. Orientada quanto a tempo [...] e situação. Relata que já bebeu muito [...] e desde a outra internação que não bebeu mais. Oligofrenia – Alcoolismo.⁴⁵

De sua estripulia, nada sei. Mas a “coisa feia” está aí colocada: o motivo da internação de Cristina, segundo ela própria. Feio é fazer estripulia. Qual? O sexo, o grito, a tatuagem, o desejo, a bebida? A história do pai, da mãe, dos irmãos; o maxilar, os dedos, os dentes? Como se o tempo inteiro estivesse falando de feiúra, retomo as histórias e descrições já apresentadas: Mário apresentava o corpo coberto por tatuagens e cicatrizes; Bento, num rompante, agrediu o amante da esposa; Carina apresentava dentes com implantações defeituosas, “nariz em sela”, exagerada desigualdade entre os tamanhos dos dedos dos pés; Diana era puro silêncio e faleceu de “estado de mal epiléptico”.

Sobre uma mulher de 60 anos, na data de 24 de abril de 1956, tem-se que: “Informa o declarante (filho) que a paciente fala durante a noite, com tentativas de agressão, não quer alimentar-se. (cerca de 3 dias que não se alimenta)”⁴⁶. É comum que os prontuários sejam marcados por relatos de informantes - familiares falam, explicam, expõem suas queixas. Deles, dos pacientes internados, escreve-se que são “poliqueixosos” ou “verborreicos”. As muitas queixas ou a verborragia, no entanto, raramente são explicitadas com clareza: do que se queixam? E que verbos disparam em sua verborragia? Suas vozes se fazem ouvir por meio de vozes de outros, suas atitudes tornam-se comportamentos que contribuem para o enquadramento em diagnósticos:

Agitação psicomotora. Hetero-agressividade. Atividade delirante. Fugas de casa, sem destino. Desorientação. Dissociação. Insônia. Anorexia. Mutismo. Autismo. Deambulação sem destino. Incoerência. Alucinações visuais auditivas. Distúrbios de

⁴⁵ Documento microfilmado. Filme 0002. Prontuário 119. Anotação realizada em 10/08/1966.

⁴⁶ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 153.

comportamento. Distúrbios do pensamento. História de crise epiléptica (sic).⁴⁷

Assim é descrito um rapaz de 25 anos. A folha constando sua “história da doença” encontra-se perdida em meio às muitas folhas de um prontuário de uma outra paciente – não encontramos o prontuário dele⁴⁸. O que se sabe é que lhe foram prescritos Haldol, Gardenal, Akineton e Amplictil e que a folha em questão é de data mais recente: 13 de maio de 1995. Em seguida às anotações acima colocadas, é dado o diagnóstico: “CID 295.0/5 = Esquizofrenia tipo simples”. O mesmo paciente é descrito também da seguinte forma: “agressivo, delirante, recusa tratamento, fugas, bizarro, teatral, história de desmaio, muito inadequado”. A hipótese diagnóstica é de “Psicose com epiléptico 298.9/0” e o motivo da internação aparece como: “Não há condição de convívio sócio-familiar para tratamento externo”.

Retomo agora discussões anteriores. Darmon (1991) afirma que, para Lombroso, havia dois tipos de criminalidade – uma “decorrente de anomalia orgânica” e outra “decorrente de causas externas ao organismo” - que se esmiuçavam em subcategorias: eram os epiléticos, os loucos morais, os degenerados que sofrem de psicose inata e os criminosos natos por excelência; eram aqueles que se tornaram criminosos por terem contraído alguma doença degenerativa; eram os alcoólatras, os glutões, os tabagistas, as vítimas da sociedade, os contrabandistas, os falidos, os adúlteros, os delinqüentes, políticos. Sobre a “loucura moral”, Cunha considera-a uma categoria complicada, ampla e pouco definida, na medida em que “[...] inclui diferentes manifestações do comportamento individual consideradas nocivas socialmente, mas não criminalizáveis”. (CUNHA, 1986, pg. 129) No hospício do Juquery, despontavam, nessa categoria, os casos de vagabundagem – daqueles que, perambulando pelas ruas a esmo, eram tomados pela polícia. A loucura moral servia também para encobrir episódios familiares que atingiam

⁴⁷ Documento microfilmado. Filme: 0002. Folha encontrada em meio às folhas do prontuário nº 144, de outra paciente. Como foi explicado anteriormente, cada prontuário é composto de diversas folhas que trazem a história de um mesmo paciente. Nesse caso, não foi encontrado, entre os documentos já pesquisados, o prontuário desse rapaz. Temos apenas duas folhas – perdidas em meio às folhas do prontuário 144 - referentes a ele: “Folha do SUS: Guia de referência e contra-referência” e “Folha de Anamnese”. Ambas datadas de 13 de maio de 1995.

as camadas mais abastadas, “[...] prevenindo a malservação de fundos e bens entregues aos membros ‘desequilibrados’ das famílias.” (Cunha, 1986, pg. 131)

Para a Medicina Mental que se erguia durante o século XIX, a loucura era atribuída a causas físicas e a causas morais (ou higiênicas). De acordo com Birman (1987), eram destacadas como causas físicas: condições de gestação da mãe; quedas com contusão na cabeça ou golpes na cabeça em qualquer idade; as dentições, caso tenham produzido convulsões; doenças crônicas várias; apoplexia; epilepsia; uso a abuso de certos medicamentos como ópio, mercúrio e narcóticos; primeira menstruação e as posteriores; histeria e hipocondria; hereditariedade; masturbação; relações sexuais em certas condições; gravidez e aleitamento; e mais uma diversidade de causas.

Essas causas às quais era atribuída uma enfermidade mental atravessaram os tempos, aparecendo – mesmo que de modos diversos – em discursos médicos posteriores. Nos prontuários do Hospital Adauto Botelho, as descrições detalhadas englobam a primeira e a segunda dentição do paciente, possíveis acidentes que tenha sofrido, enfermidades que apresentou durante na infância e, especialmente, hereditariedade: descrições detalhadas sobre os pais e irmãos. Antes que nos detenhamos neste ponto, no entanto, é importante que lancemos uma questão, apontada por Birman (1987), acerca dessas “causas físicas”:

Podemos observar em muitas delas que a referência dada ao corpo tem uma significação moral direta e evidente, como a masturbação, a ‘degeneração’ das histéricas e dos hipocondríacos, as condições de gestação e os primeiros momentos de vida das crianças. (Birman, 1987, pg. 74)

Se pensarmos ainda, sobre os prontuários do Hospital Adauto Botelho, nas descrições de roupas e cabelos “em desalinho”, abriremos espaço para uma questão para além das causas físicas (essas características tidas como hereditárias e que determinam a doença mental): o olhar especialista para o corpo não busca, também, “consequências físicas”? Aspectos de causalidade

moral, mas que se fazem notar no físico. Como as tatuagens de Mário⁴⁹. Ou o desalinho de Alice⁵⁰, internada pela primeira vez aos 23 anos em 9 de julho de 1944 no Hospital do Psicopata⁵¹. A anotação que se segue data de 27 de setembro de 1967, em uma das muitas internações posteriores, estando registrada a idade da paciente como 60 anos:

Paciente com aparência e veste em desalinho, parecendo mais velha que a idade cronológica, pouco se comunicando, repetindo somente que “está boa”, não participando de qualquer atividade em casa e no hospital.⁵²

Marcas no corpo que denunciam a doença mental porque, antes disso, denunciam a condição social. O vestir-se mal, não ter uma boa postura, estar despenteado, as tatuagens – marcas no corpo desejadas, escolhidas -, tudo isso se refere a que? Decerto não são aspectos doentes em si, mas relativos a algo. Relativos à moral – esta que, inevitavelmente, aparece como distintivo de classe.

Classes populares, classes perigosas. O organicismo e as teorias da degeneração, ao lado dos demais instrumentos construídos e acumulados pelo saber alienista, exorcizam o perigo representado pelas camadas mais pobres e desprotegidas, mas também as que inspiram maior temor: qualquer “desvio”, nesses casos, podia ser punido e/ou controlado através do hospício, para cujos “benefícios” os setores mais oprimidos e marginalizados apareciam como candidatos naturais e privilegiados. (Cunha, 1986, pg. 124)

O racismo, justificado pelo determinismo biológico, marca com clareza a distinção de classes: tanto Moffat (1980), referindo-se à Argentina, quanto Birman (1987) referindo-se ao Brasil apontam para uma psiquiatria – influenciada pela psiquiatria europeia – que privilegiava indivíduos brancos e

⁴⁹ Retomando prontuário nº 290, citado anteriormente. Documento microfilmado. Filme: 0004. Nome do paciente alterado para preservar sua identidade.

⁵⁰ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 126. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

⁵¹ A primeira folha de internação da paciente tem como cabeçalho “Secretaria da Educação e Saúde do ES. Departamento de Saúde – Serviço de Assistência a psicopatas”. As folhas seguintes se referem ao Hospital Adauto Botelho.

⁵² Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 126.

seus costumes. O modo de vida do europeu era tomado como ideal, em detrimento de outros grupos étnicos.

Também firmada em concepções racistas estava a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada no Rio de Janeiro em 1923. Segundo Costa (COSTA, Jurandir, 2007) a instituição, que teria como objetivo inicial a melhora na assistência aos doentes mentais, foi se delineando como pregadora da prevenção, da eugenia e da educação dos indivíduos. Aos poucos, os psiquiatras da LBHM foram se definindo cada vez mais como higienistas e a eugenia - que seria o estudo dos efeitos físicos e culturais produzidos pela miscigenação das raças - apareceu como instrumento médico.

As ideias de eugenia eram anteriores à criação da LBHM e não pertenciam à Psiquiatria: foram difundidas por historiadoras, sociólogos, antropólogos e literatos inspirados em intelectuais europeus do início do século XX. Ainda assim, o encontro entre psiquiatras e os ideais eugênicos teve efeitos marcantes. “A eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da Psiquiatria e abranger, desta maneira, o terreno social”. (COSTA, Jurandir, 2007, pg. 47)

Por que a eugenia foi tão fortemente difundida, aproveitada, trabalhada? Como se formou um terreno fértil para que se desenvolvesse? Segundo Costa (COSTA, Jurandir, 2007), os ideais eugênicos pareciam ajudar a solucionar graves problemas que, na época, eram enfrentados pela intelectualidade brasileira. A abolição da escravatura, a imigração europeia, a migração de camponeses e antigos escravos para as cidades, a industrialização nascente: eram essas as causas de tensões sociais que colocavam em questão o Regime Republicano.

A eugenia era, portanto, uma prática profundamente moralizante: era o privilégio das classes mais favorecidas – classes formadas por pessoas de origem europeia. Costa (COSTA, Jurandir, 2007) afirma que, para os intelectuais, a crise do regime republicano se devia a condições, não históricas ou políticas, mas naturais: o clima tropical e a constituição étnica do povo.

Acreditavam, assim, que o calor e a mistura com “raças inferiores” tornavam o povo brasileiro preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente.

Moffat considera que os critérios de normalidade podem ser explicados na medida em que se pensa neles como elementos de manutenção da estrutura sócio-econômica. “O mecanismo psicológico pelo qual um grupo humano submete outro funda-se na desqualificação dos modos de pensar deste outro grupo, com apoio em argumentos pseudo-científicos”. (Moffat, 1980, pg. 43)

Moffat (1980) cita, então, exemplos de casos que considera extremos, como teorias racistas ou lombrosianas, mostrando que a desqualificação se dá por meio de “degeneração genética”, da noção de “inferioridade cerebral”. Há também desqualificação sócio-cultural, que aparece justificada por conceitos como “dificuldades de aprendizagem” ou problemas de “falta de educação” – sempre em uma referência a educação para submissão.

Corpos que, mais do que “marcados pelo nascimento”, mostravam-se insubmissos: não obedeciam ao que os especialistas esperavam de um corpo são. Ou, antes, mostravam o que os especialistas consideravam um corpo desviante.

Cunha (1986), relatando sobre uma mulher internada no Juquery em 22 de julho de 1918, apontou para esse interesse da psiquiatria em “consertar” os corpos desviantes. Sobre essa moça, de 22 anos na data da internação, foi relatado que certa vez saiu para viajar vestindo “trajes masculinos”. Descrita como degenerada e fraca de espírito, ela infringia as regras de comportamento que remetiam a uma imagem feminina ideal: um corpo que, mais do que nascido feminino, deveria exibir a imagem feminina ideal: “[...] boas mães, boas filhas, boas esposas.” (Cunha, 1986, pg. 143). Referimo-nos, aqui, a corpos que se recusavam a ser o que era deles esperado:

Vestir-se de homem, viajar só. Recusar o casamento, a maternidade, a família. Manifestar uma independência essencialmente estranha àquela sociedade. No caso da loucura feminina, a transgressão não atinge apenas as normas sociais, senão a própria natureza, que a destinara ao papel de mãe e esposa. (Cunha, 1986, pg. 144)

João⁵³, rapaz de 23 anos, é mostrado na folha de anamnese como alguém cujo “erro” – moral ou físico – começou com sua mãe:

Pais aparentemente sadios. Diz que a genitora teve por várias vezes convulsões, tem dias que é incapaz de terminar o serviço caseiro começado.

Nascido a termo, parto [...], gemelar (irmã), sendo o primeiro por ordem de nascimento, tem outro irmão com 8 anos. Deambulação, [...] e dentes em épocas normais.

Antecedentes patológicos – sarampo varíola [...], coqueluche.

História social: Começou a freqüentar aula primária aos 6 anos, sentia dificuldade na aprendizagem, por várias vezes brigou com os professores, repetiu de ano, chegando até o 2º ano ginasial, desistindo de continuar por desentendimento com o diretor. Desde pequenino preferia estar sozinho.

História da doença – informa o pai do paciente que desde criança ficava de vez em quando desacordado. Com 19 anos foi servir o exército, ficando [...] este dia cortou o fio do telefone, ficando detido por vários dias. Voltando do Rio empregou-se nas casas [...] porém passou a marcas os preços ao seu bel prazer, não sabendo o que estava fazendo. Às vezes vendia objetos de alto custo por baixo preço. Às vezes deixava de ir ao trabalho, ficando em casa trancado no quarto sem comunicar com mais ninguém.

Conta o paciente que há cerca de 4 anos, acordou brigando com um conhecido, [...] luta corporal, depois percebeu que nada havia de real.⁵⁴

A mãe não conseguia terminar o serviço caseiro. João passou por dificuldades na escola, no exército e no trabalho. A forma como sua história é narrada sugere que desde o nascimento ele estava “fadado ao fracasso”. Antecedentes familiares, antecedentes patológicos, infância e vida escolar: tudo o que precedeu e - quem sabe - conduziu à doença. Estamos diante de uma história que, como tantas outras, explica o sujeito a partir da doença – ou a doença a partir do sujeito. O fato é que a história de João é, aqui, a história de sua doença: uma história de vida marcada por detalhes que culminaram na internação do rapaz em um hospital psiquiátrico. Não estamos aqui, dialogando com Foucault (2001)? Ele mostra como a psiquiatria, no meio jurídico, tem a função de descrever a conduta criminosa a partir da história do sujeito que cometeu (ou é suspeito de ter cometido) o crime: sujeito que traz o crime em si

⁵³ Documento microfilmado. Filme 0002. Nº do prontuário: 134. Nome do paciente alterado para preservar sua identidade.

⁵⁴ Documento microfilmado. Filme 0002. Nº do prontuário: 134.

desde a infância. Sujeito que desde cedo já se desenhava – ainda que os outros não notassem – como um criminoso. Ou como um louco.

Retomando o caso de João, é como se sua loucura se desenhasse a partir da primeira história de fracasso – primeiro da mãe, depois dele. O fracasso na escola que já previa o fracasso no trabalho.

Ao nos referirmos a discursos sobre a capacidade ou não para o trabalho: estamos, claramente, no campo moral. No caso das mulheres, a ênfase era dada ao trabalho caseiro. Vejamos o caso de Iara⁵⁵:

Pais aparentemente sadios. Tem 6 irmãos, sendo 3 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Nega antecedentes neuro-mentais. [...] Conta um irmão que há cerca de 17 anos apresentou-se em desequilíbrio mental (sic) porém não afastou dos trabalhos caseiros. Como o estado agravou-se foi internada em novembro de 1953.

Cabe aqui também a anamnese de Joana⁵⁶:

Pai morto de causa ignorada pela informante. Mãe viva gozando saúde aparente. Possui 2 irmãos do sexo masculino e uma do sexo feminino, todos vivos e gozando saúde. Por ordem de nascimento, é a 1ª filha. Nega doença neuro parental na família.

Nascida a termo de parto entóxico. Alimentação no seio materno. Deambulação e dentição em épocas normais. Menarca aos 13 anos. Declara o irmão que a paciente sempre foi calada, desconfiada desde criança. Não era afeita a folguedo público ou particular. Declara o irmão da paciente que a mesma chegou a ser noiva oficialmente, concluindo o noivado por causas ignoradas pelo informante.

Em idade infantil, foi acometida por sarampo, varicela e [...] endêmica. Após a puberdade, declara a informante que a paciente não foi acometida por moléstia alguma. A paciente nunca teve em escola, devido a falta de recursos para tal. Na própria residência, a examinada trabalhava com regularidade, apresentando, durante algum tempo, vontade de trabalhar e durante outro período, não queria trabalhar. Se bem que o pessoal da família procurasse averiguar qual motivo que fazia com que a examinada não quisesse ajudar o pessoal de casa, a resposta era que 'não estava com vontade de trabalhar'.

Narra a irmã da examinada que a paciente apresenta de tempos em tempos agitação psico-motora, dava para querer destruir todos os objetos da casa, impulsos violentos ante a própria genitora, passa a

⁵⁵ Documento microfilmado. Filme: 0002. Nº do prontuário: 143. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

⁵⁶ Documento microfilmado. Filme: 0003. Nº do prontuário: 297. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

noite falando 'bobagens', permanecendo neste estado durante 8 a 18 dias.⁵⁷

Em que momento a “doença” se torna incômoda para a família? O que seria um “desequilíbrio mental”, recordado pelo irmão de Lara? Desequilíbrio mental esse que, até determinada época, parece não ter provocado incômodo: a mulher continuava fazendo o trabalho para o qual era designada. Joana, que oscilava: às vezes dava de trabalhar, às vezes dava de parar. Tinha por volta de 35 anos e não quis casar. Quais eram as “bobagens” que dizia à noite? O quanto incomodava?

Falamos de pessoas “não funcionais”. Pessoas que não faziam um “bom uso do corpo”: corpo masculino que deveria ser útil ao exército e ao trabalho, corpo feminino necessário ao cuidado da casa e da família. Corpos que não exerciam suas funções. Corpos rebeldes? Corpos imorais?

Ora, estudos de Lombroso, apontados por Darmon (1991) referem-se à convergência entre causas morais e causas físicas. Em 1895, Lombroso escreveu, com a colaboração do Professor Guilherme Ferrero, uma obra intitulada *A mulher criminosa e a prostituta*. Com seus argumentos biologicistas costumeiros, afirmou que, se nas espécies inferiores a fêmea domina o macho, a situação se reverte à medida que as espécies se aperfeiçoam, até chegar ao ponto de uma superioridade evidente do macho na espécie humana. A “mulher normal” teria atividade intelectual e sensibilidade atenuadas, seria cruel e vingativa, carecendo de lealdade e só conhecendo a honra através dos pudores da virgindade antes do casamento e da fidelidade ao marido. Ela se redimiria de suas características cruéis através da maternidade. À mulher criminosa, no entanto, faltaria o componente que poderia redimi-la de seu mal: para Lombroso, a criminosa e a prostituta ignorariam o instinto maternal.

É interessante notar como aos argumentos biologicistas se somavam verdades religiosas: algo da mulher que deu o primeiro passo no *pecado original* aparecia nessa mulher biológica cruel, insensível, moralmente pior que o homem. Essa que só se redimiria devido a um “instinto materno” – que lhe

⁵⁷ Documento microfilmado. Filme: 0003. Nº do prontuário: 297.

seria natural. Foi naturalizando e biologizando construções morais de um contexto histórico que a psiquiatria construiu o discurso sobre a loucura e sobre o crime. Discurso que fazia com que o poder médico incidisse moralmente sobre os corpos rebeldes.

Assim sendo, se separamos em diferentes capítulos a discussão sobre a psiquiatria que incide sobre o corpo e a psiquiatria que moraliza, é apenas para facilitar a leitura, a escrita, a análise e a compreensão. Os corpos rebeldes, tatuados, feridos, picnicos, leptossomáticos; as vidas desregradas, loucas, fora dos padrões de normalidade: tudo isso conta a história do hospital de daqueles que ali viveram. Do mesmo modo, vale retomar Moffat (1980) que, explanando sobre a vida nos hospícios, refere-se insistentemente ao brutal empobrecimento desses estabelecimentos. Considera que hospital psiquiátrico público é menos um lugar de delírios e alucinações do que um espaço de pobreza e desesperança. Considera, assim, que o que há de espantoso, terrível e louco nesses espaços não é a mente dos pacientes, mas as condições a que são submetidos pela instituição.

Em todos os níveis se produzem amputações; não existe qualquer tipo de tarefa, o paciente não possui nada que possa ser sentido como próprio, nem sequer sua própria roupa [...] Contudo, e fundamentalmente, a amputação mais dolorosa é a amputação da dignidade pessoal: no mais íntimo do seu Eu o internado se sente desqualificado e coisificado. Qualquer mensagem emitida é reinterpretada pelo pessoal do hospital como 'coisa de louco', o que deteriora o sentimento de autonomia, de auto-respeito do paciente. (Moffat, 1980, pg. 15)

O autor considera que isso faz com que a forma adaptativa mais comum por parte do paciente internado seja a de aceitar essa proposta do meio manicomial e começar, então, a comportar-se mesmo como louco: ou seja, cumprir o que se espera dele.

Moffat (1980) aponta ainda que, como as perdas sofridas pelo internado são maciças, torna-se difícil para ele elaborar tamanha dor. Isso faz com que o passado fique congelado e não possa ser utilizado para ajudar a projetar um futuro. Ao mesmo tempo, não consegue elaborar as perdas do passado. A

dificuldade para se lidar com o tempo se agrava pelo fato de o dia da alta ser indefinido: pode-se ficar de três a seis meses, ou mesmo 10 anos.

A crueza de algumas histórias se insere perfeitamente na discussão acerca de como a moral atravessava (e, acreditamos, ainda atravessa) as práticas psiquiátricas. Segundo Cunha, a diferenciação social no hospício do Juquery saltava aos olhos:

Ela começa pela aparência física de cada categoria: para os loucos comuns, a roupa grosseira e padronizada da instituição, e as cabeças raspadas por medida higiênica; os pensionistas vestem-se com as roupas enviadas pela família, conseguem manter os cabelos e alguma altivez – alguns chegam mesmo a manter criados particulares dentro do hospício. (CUNHA, 1986, pg. 120)

A pesquisa dos prontuários não nos permitiu perceber com clareza uma possível diferenciação nesse sentido. A não ser pelo fato de que em alguns prontuários se lê “pensionista” e, em outros, “gratuito”, pouco podemos dizer – esse assunto talvez possa ser abordado em profundidade em outras pesquisas. Os depoimentos, porém, trazem uma visão mais próxima da realidade que se vivia ali. Djalma, que “já fez de tudo” no hospital, conta da época em que foi tesoureiro: “No Adauto aí tinha atendimento particular também. Eu que cobrava. Eram quartos especiais pra aqueles que pagavam.” Os outros não ficavam em quartos? – perguntei. “Não, ficavam em enfermaria...” Se havia diferença no tratamento... “Tinha uma atenção maior do psiquiatra. O psiquiatra tomava conta deles diretamente, né?” – explica ele.

Maria, então, narra o seguinte:

Por exemplo, quem era do INPS⁵⁸ era quem pagava. Quem não pagava era indigente. A alimentação de quem pagava era uma, a de quem não pagava era outra. Geralmente era assim: canjiquinha com pé de galinha. De manhã e de tarde. E como aqui era colônia, tinha muito aipim, batata. Tinha muita laranja. Era em volta do hospital. O hospital não tinha muro, tinha só em volta do hospital pra ninguém fugir, mas em volta igual tem esse muro pra você entrar, não tinha.

⁵⁸ Instituto Nacional de Previdência Social, criado no Período Militar pelo Decreto-Lei nº 72. de 21 de novembro de 1966. Segundo Polignano (2001), todo trabalhador urbano de carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário desse novo sistema. Um dos benefícios era a assistência médica.

Era como se fosse uma casa no meio da colônia... Aí tinha plantação. Tinha o grupo de pacientes que trabalhava na lavoura.

Foucault (2006), referindo-se ao asilo de Clermont (nos anos de 1860) na França, fala sobre a ergoterapia – prática psiquiatria que consiste em colocar os internos para trabalhar a pretexto de curá-los. “E os alienados são divididos em esquadrões, brigadas, etc., sob a responsabilidade e a vigilância de certo número de pessoas que os mandam regularmente para o trabalho”. (FOUCAULT, 2006, p. 158)

No Hospício do Juquery, décadas antes do que ocorria no Hospital Aduato Botelho, também era comum o trabalho dos internos. Segundo Cunha (1986) o chamado “trabalho terapêutico” parecia – no discurso – visar à reintegração do louco na sociedade. A autora chama a atenção, no entanto, para o fato de que o trabalho era predominantemente agrícola em um hospício que abrigava uma maioria de trabalhadores urbanos que não teriam grandes oportunidades se “reinsere na sociedade” trabalhando no campo. Acrescenta, então:

Por outro lado, se a intenção explícita no discurso alienista era recuperar doentes em fase convalescente para sua reintegração à sociedade e ao mercado de trabalho, bem outra era aquela que orientava a organização do Hospício do Juquery. Longe de constituir um meio de cura, o trabalho era recomendado precisamente para aqueles doentes já sem qualquer possibilidade de reintegração social: os “incuráveis”, os crônicos, aqueles destinados a terminar seus dias no asilo. Levantando-se às 6 horas da manhã, ocupando-se diariamente em jornadas de cerca de sete horas sem qualquer remuneração, estes internos deixam de constituir um problema médico e passam a constituir um problema administrativo e disciplinar. (CUNHA, 1986, pg. 74)

Também no Hospital Aduato Botelho, o trabalho não parecia servir à reintegração na sociedade. Na medida em que se marcava a diferença social no interior do Hospital, o trabalho na lavoura e na granja também servia a essa desigualdade: eram, em sua maioria, os indigentes que trabalhavam na lavoura.

Tem o Zé, que veio do interior, eu conheci a família dele, a irmã dele, fui até a casa dela conversar sobre ele, ela falou que não pegava porque ela também tava doente, com pressão alta, não sei o que. E ele tá aí até hoje, ele veio aqui porque deu um surto na adolescência, um surto que deu e podia passar, como passou aqui

dentro. Esse rapaz trabalhou na lavoura em troca de fumo, hoje eu acho que ele é muito mais velho que eu, to com 63, ele já deve estar na faixa de 66, 68 anos. Ele veio rapazinho, trabalhou na lavoura. Passou o tempo dele aqui dentro, muito bem orientado, você precisava ver. Trabalhou em troca de fumo. E antes de entrar aqui ele nem fumava... E hoje depois eles vieram tirar o fumo. Porque o fumo era uma maneira de, como na guerra, pra controlar os soldados na primeira guerra, o fumo era uma forma de controlar eles também... Aí os que não fumavam começaram a fazer parte do grupo de fumo, pra ter o grupinho deles. De qualquer modo foi uma droga que foi introduzida pela psiquiatria... Porque esse Zé mesmo, eu conheci a família dele, ele veio rapazinho e não fumava... Aí ele ia pra lavoura em troca do pacote de... Eles falavam “picão”. E toda vida eu ficava questionando isso. (Entrevista com Maria)

E que não deixemos de questionar. A loucura e a psiquiatria em nossos tempos, nossa ciência, nossos modos de controlar, silenciar, produzir vícios e exigir virtudes. Não é isso o que ela relata: o vício do fumo – “um controle”, ela diz -, as virtudes morais – as vestes alinhadas, os cabelos penteados, a limpeza do corpo, a voz comedida (nem muito, nem pouco). O vício-virtude: vontade de aperfeiçoar o mundo e aperfeiçoar o outro. O diagnóstico que produz silêncio: “você é”. Pobre, louco, bêbado. E eu preciso consertar você – ou esconder.

Mas algo escapa. Sempre.

6. Ternuras e vida: o canto dos desalinados

Sorôco, sua mãe e sua filha, um conto de Guimarães Rosa. Um trem que levaria duas mulheres para longe. “Para o pobre, os lugares são mais longe” (ROSA, 1967, pg. 15). A mãe e a filha de Sorôco estavam doentes de coisa sem cura – loucas. As duas mulheres seriam levadas para longe e para sempre. E eis, então, a maior beleza do conto – parte que me desatina:

A moça, aí, tornou a cantar, virada para o povo, o ao ar, a cara dela um repouso estatelado, não queria dar-se em espetáculo, mas representava de outroras grandezas, impossíveis. Mas a gente viu a velha olhar para ela com um encanto de pressentimento muito antigo – um amor extremoso. E principiando baixinho, mas depois puxando pela voz, ela pegou a cantar, também, tomando o exemplo, a cantiga mesma da outra, que ninguém não entendia. Agora elas cantavam junto, não paravam de cantar. (ROSA, 1967, pg. 17)

Tremo de ternura. Ou de dor. A melodia incompreensível das loucas dança aqui. Sempre dançou, mas hoje inicia outro baile, junto ao recordar de uma Alaíde que me contou, suave e terna: “Chegou uma doente lá que subia assim na janela e ficava cantando. Soprano bonito ela tinha, né?”

Devia ter.

E é de música que desejo falar aqui. Ou de memória. Tanto faz. “Fazia uma rede, na janela, cantava...” – ela lembra. Mais de uma vez, tantas vezes. Falamos aqui da suave lembrança: uma louca e seu “lindo soprano”. Mais do que isso: a Alaíde, fazendo pequenos rasgos e desvios na história de tratamentos e punições, traz a voz de muitos. O canto triste que nascia como breve esperança dentro de um hospital psiquiátrico. A recordação. O passado vivo que nos mostra que há coisas das quais não devemos esquecer. Porque memorizar tem sua força: a de ultrapassar o tempo e movimentar o hoje. Uma mulher se lembra de outra que cantava. Quantas vezes, nesse passado, ficaram para sempre apagadas? Quantas vezes nós apagamos hoje? Quanto silêncio faz, não um prontuário, mas a idéia de que se trata apenas do relato de especialistas? Quanto vazio em um relato, se ouvimos nele apenas aquilo que desejamos...

Faço o exercício, então, de ouvir murmúrios. Melodias. Tudo o que sussurra resistência, força, grito. Afirma Foucault (1984, pg. 176): “Sempre se escreve a história da guerra, mesmo quando se escreve a história da paz e de suas instituições”. Ele nos convida, então, a pensar o poder não como algo que se pode possuir, mas como um desdobramento de uma relação de força: “[...] o poder é guerra, guerra prolongada por outros meios”. (FOUCAULT, 1984, pg. 176).

Dessa guerra, trazemos aqui as melodias – os sons que escapam ao sistema repressivo do hospital psiquiátrico. Guerra: “[...] uma espécie de guerra silenciosa, nas instituições e nas desigualdades econômicas, na linguagem e até no corpo dos indivíduos” (FOUCAULT, 1984, pg. 176). Melodia: no conto de Guimarães Rosa, a neta que convida a avó a cantar – de “amor extremo”. Desejo, acima de tudo. Não busco a beleza para silenciar a dor. As vozes que destoam do ritmo monótono do hospital não calam as vozes contra as opressões que se davam ali. Muito pelo contrário, é nesses resquícios de desejo que se pode afirmar: há vida. E vida a gente não pode parar assim. Trago as palavras de Maria:

É pena que sumiu tudo, que até o aparelho de eletrochoque poderia ficar como um contador de história... um material. E aqui tudo foi se perdendo... até mesmo os próprios pacientes que ficaram aí que hoje eu fico até pensando... o Estado tem uma grande dívida com as pessoas que ficaram trancafiadas aqui dentro. (Entrevista com Maria)

Nem tudo sumiu. A história contagia, incessante, abrindo espaço para tantas outras histórias – algumas miúdas, feito a cantoria da moça na varanda. Ou como o breve momento que Hugo me contou:

A história que me impressionava... por exemplo. Trabalhando com uma assistente social, com um grupo de família. Esse grupo de família tinha três filhos internados no hospital. E tinha outro filho que vinha no grupo de família. E havia um filho que não falava. Não falava. Só fazia um ruído. E, em um grupo de família, esse paciente, que devia ter uns 19 anos, sozinho começou a cantar, olhando pra mãe dele que estava toda triste. Começou a cantar: ‘minha mãe na solidão, meus irmão perdidos no seu pensamento’. Começou a cantar assim: ‘minha mãe na sua solidão, meus irmão perdidos no seu pensamento’. Essa música era famosa na época, e nesse

momento cabia perfeitamente na situação do grupo. (Entrevista com Hugo)

A melodia é de Romaria⁵⁹; a letra, sutilmente alterada, ganha um sentido especial nessa história. Detalhes sutis de histórias possíveis. “Como eu não sei rezar/ só queria mostrar/ meu olhar, meu olhar / meu olhar” – segue a música, em sua angústia e beleza. Moffat (1980) também fala de música e do modo como as letras do tango podiam desenhar tão triste e lindamente as histórias nos hospícios argentinos:

Voltando ao hospício, diremos que as letras de tango adquirem, de repente, uma dimensão concreta, real, enquanto que fora do manicômio, há muitos anos já que o tanto só tem sentido simbólico e poético. Quando, por exemplo, no tango “Yira, Yira”, de Discéapolo, se canta lá dentro “... quando no tengas ni fé ni yerba de ayer, secándose ao sol...” de repente se descobre, perto Dalí e sobre um pedaço de papel de jornal, um pouco de erva que está, concretamente, secando ao sol. (MOFFAT, 1980, pg. 39)

Trago novamente a filha e a mãe de Sorôco. Quando elas se foram para sempre, suas vozes continuaram ecoando ali:

Num rompido ele começou a cantar, alteado, forte, mas sozinho para si – e era a cantiga, mesma, de desatino, que as duas tinham tanto cantado. Cantava continuando.

A gente se esfriou, se afundou – um instantâneo. A gente... E foi sem combinação, nem ninguém entendia o que se fizesse: todos, de uma vez só, de dó de Sorôco, principiaram também a acompanhar aquele canto sem razão. E com vozes tão altas! Todos caminhando, com ele, Sorôco, e canta que cantando, atrás dele, os mais detrás quase que corriam, ninguém deixasse de cantar. Foi o de não sair mais da memória. Foi um caso sem comparação. (ROSA, 1967, pg. 18)

Importo-me com essa história, a cantiga espalhada, multiplicada. E nada se repete de fato, nada é idêntico: as novas melodias cantadas por novas vozes contam diferentes pedaços da história. Ouço-os e, por vezes, sinto-me arrepiar. Já de início expliquei que esta é uma pesquisa tímida: leio e escuto, faço silêncio. Sabendo que há muito mais para ser lido e ouvido. Mais histórias e mais músicas. Multiplicidades que não são exatamente palpáveis: quem pode apreender por completo o som, a vida, a história? No entanto, sigo no meu exercício de buscar sutilezas e rudezas. Nas narrativas que os quatro

⁵⁹ Composição de Renato Teixeira de Oliveira.

depoentes me trouxeram e nas danças das letras nos prontuários – essas últimas, estáticas no papel, mas, ainda assim, possíveis bailarinas. Os tempos de cada um se tocam de leve, encontram-se e desencontram-se. Por vezes, narram diferentes momentos. Outras vezes, encontram-se na história: Maria muitas vezes se refere à Alaíde afirmando que, sobre determinado assunto, a outra sabe mais. Todos dizem que cumpriam as prescrições do médico, mas cada um atribui um diferente sentido a esse cumprimento do dever. Referem-se de diferentes modos à loucura.

Cada depoente traz os pacientes em seus relatos e, em diferentes momentos da narrativa, veste-os das mais diversas formas. Em meio aos relatos sobre as terapias de eletrochoque e insulina, os cubículos e os mais diversos tratamentos morais, o encontro. A vida. Afinal, segundo Bosi (2003), mais do que apresentar o simples relato de uma realidade, o narrador traz uma visão de mundo - visão essa que é coletiva, na medida em que se produz nele a partir da história de muitos.

“A memória dele parou em 1940”. – conta Djalma, sobre um paciente querido.
E continua:

Era um sujeito inteligente. Tudo o que ele escrevia era até 1940. Se você perguntasse uma coisa da atualidade, ele não sabia. Parou. Parou no tempo. [...] E o professor... como é? Professor Inácio. Professor de história mesmo. Apreendi muita coisa com ele. Sentava com ele e ficava questionando, e ele me ensinando.(Entrevista com Djalma)

Com igual ternura, Maria fala de sua relação com os pacientes:

Nós sempre conversamos, e também na hora dos limites sempre a gente tinha facilidade. Eu nunca tive dificuldade de impor limite, até hoje eu não tenho. ‘Não pode entrar aqui, não pode entrar e acabou; vai tomar a medicação, vai tomar e acabou’ – eu dizia. Tinha muita resistência, mas confronto não teve, não. E muito de conversar também, dar atenção a eles. Isso desgasta muito a gente. ‘Eu não quero tomar agora, não pode deixar pra depois?’... ‘Mas o horário é agora, daqui meio hora tá bom?’... Eu nunca fui muito de impor. Até pela criação que eu tive, na minha família, eu nunca fui muito que impor. Tinha que tomar o remédio, porque eu tinha que prestar conta. Mas eu combinava, fazia trocas. Às vezes alguém pedia: ‘não deixa eu ir pro cubículo, não deixa eu tomar o choque...’ E às vezes combinava de eu dar o café pra não tomar o choque. Pra não ir pro cubículo, eu tentava controlar a agitação dele, com a medicação,

tentar isolar ele um tempo, levar pra varanda, controlar, acalmar. Só que isso a gente não podia decidir, quem decidia era o médico, então antes de o médico registrar, a gente mesmo fazia um trabalho com o paciente pra evitar ele de ir pro cubículo. Uma negociação. (Entrevista com Maria)

“Eu tinha que prestar conta”, ela dizia. E, em meio às contas a prestar e ordens a cumprir, inventava um ritmo outro – não sozinha, inventava junto a eles e elas, os pacientes, os outros trabalhadores do hospital. Em sua fala, outras vozes se fazem ouvir. “A gente fazia festas” – ela diz. “A gente”. Nós. “Aqui era assim, a gente era muito família... A gente fazia muita diversão entre os funcionários mesmo, aqui dentro”. E, suavemente, a história cria outros caminhos. Das diversões entre amigos, Maria passa para outro assunto, mudando o tom da história. Foi em 1964 que ela começou a trabalhar no hospital. A ordem imperava: iniciava-se o período da Ditadura Militar. Nesse momento, o eletrochoque, os cubículos e o poder psiquiátrico eram atravessados por outras forças. Maria, em sua narrativa, fala dessa multiplicidade de poderes e resistências. Resistir aos tratamentos morais receitados pelos médicos, resistir à força da polícia, ao silêncio que invadia a todos. Silenciados os loucos e os trabalhadores: as lutas múltiplas se convergiam. Embora não possamos negar a coexistência de diferentes práticas, nem reduzir a análise a um só ponto, acreditamos que falar de polícia aqui é mais do que falar do jurídico incidindo sobre o médico ou da busca da assepsia em uma cidade em crescimento. O momento político ressaltava outras forças e outros poderes em jogo. Trata-se de um assunto que provavelmente renderia outra pesquisa, mas que trago aqui do modo como ela trouxe:

A polícia pegava lá na rua e trazia pro Aduino Botelho. Aí o médico de plantão internava. Nunca recusava. Se vinha pela polícia, não tinha como recusar, naquela época de ditadura, meu Deus, como é que vai bater de frente com a polícia? Um médico foi algemado um dia, por recusar paciente, recusou pra não internar. E aí o hospital ia enchendo, chegou a 1600. Aí vai deteriorando, morrendo, alguns conseguiram sair. Era 1600 pacientes, 1200 pra uma assistente social. E hoje cada pessoa tem uma assistente social. E esse serviço hoje busca a família. Então com isso o modelo foi mudando um pouco. E a nossa maneira de estar intervindo. Muitos funcionários participaram desse enfrentamento. Muitos continuaram adormecidos no medo. Que até hoje, a ditadura fez tanto mal, que muitos continuaram até hoje adormecidos no medo. É... a gente ainda com

toda a luta da democracia, que a gente vê que muito falta ainda, mas a gente já avançou muito com a civilização. Mas muitos continuaram naquele tempo. (Entrevista com Maria)

E então ela conta sobre um jornalista que, na época da ditadura, foi internado várias vezes. Explica que era como que um modo de ajudá-lo:

[...] pra evitar de ir para a cadeia, qualquer coisa assim. Ficava aqui, até passar um tempo, quebrar o galho aí, porque vinha muito preso político pra cá. Pra fazer nossa reunião, a gente costumava fazer aniversário, pra ninguém saber que a gente tava reunindo. (Entrevista com Maria)

O prontuário era como de qualquer outro interno, ela diz. E segue contando sobre as reuniões:

Então a gente fazia uma reunião como se fosse um aniversário, e todo mundo sabia quem é quem... Se tivesse alguém diferente, a gente num falava nada de coisa nossa... Só cantava parabéns. Essa reuniões eram assim, pra discutir, por exemplo, o sindicato nosso, ele foi criado aqui dentro do Adauto Botelho. Nós ficava 5 ou 6 meses sem receber pagamento, era pra discutir essas coisas... (Entrevista com Maria)

História-desvio: mais do que responder às questões inicialmente propostas, cria outras. Deixo-as em aberto, como as melodias soltas que os entrevistados me entregaram. Espaço de resistência e lutas: espaço de vida. Refiro-me tanto à recordação de sutis melodias quanto aos novos espaços que eram criados dentro do hospital: funcionários que burlavam as prescrições médicas, médicos e diretores do hospital que colaboravam na proteção de presos políticos, reuniões que ocorriam em segredo – inclusive sem o conhecimento dos diretores – e se disfarçavam de festas de aniversário. Festas de aniversário. Melodias cantadas em varandas e corredores.

Esse memorizar fala do movimento no tempo, das transformações que se deram no hospital, pelas mãos de muitos. Retomo a história contada por Hugo. A cantoria do rapaz. Esse instante, breve, mas que se fez vivo na memória do depoente, ocorreu na Enfermaria de Psiquiatria Comunitária. Pequeno espaço em um enorme hospital, essa Enfermaria é retratada tanto por Hugo como por Maria como um espaço de importantes lutas. Não é meu propósito, aqui,

aprofundar-me na história desse espaço: acredito que, para tal, seria necessária dedicação especial – um outro trabalho, uma outra pesquisa. Tragou-a, então, do modo como foi trazida pelos depoentes: um fragmento desse memorizar melódico e apaixonado.

Os depoentes contam que a enfermaria, que iniciou seu funcionamento entre 1975 e 1976, contava com 30 pacientes, ao passo que o hospital abrigava por volta de 1200. Diz Hugo:

Foi uma pequena comunidade dentro do hospital Adauto Botelho, só que essa unidade criou uma história no Adauto Botelho de a superação da medicalização. Pelo fato de psicólogos, assistentes sociais. Para mim foi muito fácil dizer: “temos que trabalhar com a família”. [...] Eram pacientes internados recentemente, alguns foram dados alta, saíram. Porque, porque havia esse grupo de família que permitia que voltassem para suas famílias. Então havia mais rotatividade que no resto do hospital, que era um asilo. O hospital era um asilo. Havia 1200 asilados e 30 com certa rotatividade. 1200 prisioneiros.(Entrevista com Hugo)

A Enfermaria de Psiquiatria Comunitária não aparece como solução final, salvação ou com um ideal de tratamento. Maria se refere a esse espaço como mais um local em que se empreendiam lutas. Referindo-se ao Movimento Antimanicomial, ela diz: “Porque um pouco do movimento pra fora nasceu aqui. A gente foi até preso, a gente criou o centro de psiquiatria comunitária...” Foi presa, ela conta, “[...] nos anos 80, 81... 79.” Incerta quanto à data, consegue precisar o momento pela intensidade:

Foi bem na época que a gente já saiu com alguma coisa do movimento antimanicomial, que a gente falava que não adiantava ficar organizando aqui, tinha que ir pra fora. Aí começou a gente a ter mais repressão, mais repressão, a gente sofreu muito naquela época... [...] Praticamente todos esses movimentos de mulheres, da CUT, do PT, tudo na mesma época, e a gente foi levando pra fora. E também a psiquiatria comunitária.(Entrevista com Maria)

Uma luta que não podia mais se restringir ao espaço interno do hospital. Pergunto-me se alguma vez se restringiu. Tudo o que vem sendo narrado neste capítulo, nas vozes dos quatro depoentes, parece desenhar tensionamentos: a melodia é suave na recordação da Alaíde, adquire uma seriedade de aprendiz compenetrado quando Djalma conta do professor que

parou no tempo, espalha-se pelo hospital nos aniversários secretos e ganha uma certa concretude – torna-se quase palpável – quando fala de uma enfermaria em que se “subvertia a psiquiatria”. Suaves ou firmes, essas melodias são subversivas. Maria segue contando:

Na Psiquiatria Comunitária a gente trabalhava mais ou menos nessa linha. É tanto que nós éramos os subversivos da psiquiatria. E tem até hoje médico que não gosta de mim. Mas eu não me incomodo, não, se precisar fazer de novo eu faço. E foi muito duro porque aquela medicina ortodoxa, aquela coisa do cubículo, bateu muito de frente com o nosso grupo. A ponto de fechar, sumir com nossos documentos. Você hoje não acha documentação da psiquiatria comunitária. Só tem nós pra contar história. [...] A gente começou a ensinar a comer com talheres, vestir roupas. Tinha na faixa de 30 pacientes. A gente discutia todo mundo junto, paciente e funcionário, né? Desde funcionário da limpeza, até o médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, todo mundo. E tomava decisão todo mundo junto. E mesmo que fosse contra tinha que acatar o que foi decidido na assembléia. [...] Eu lá era auxiliar de enfermagem. Mas lá era assim, mesmo se você fosse psicólogo, ali você era igual a todos. No geral eu era igual a todos. Toda decisão era acima da minha formação. O médico até pra medicar tinha que convocar reunião da equipe. Porque às vezes tinha paciente que tinha que mexer na medicação que o grupo não concordava, né? [...] Aí entra uma direção que desfaz todo o serviço. [...] aí foi lá e passou o cadeado e sumiu com toda a documentação. Falavam que a gente tava dando tratamento de rico numa miséria. (Entrevista com Maria)

“A gente era visto como se estivesse de salto alto” – ela diz. E ri. Depois, afirma: “Esse trabalho foi árduo, mas deixou uma marca. Hoje, eu olho assim e digo: ‘não, não foi em vão’.” Foram silenciados os movimentos? Decididamente, não. Houve tentativa de silenciamento. Os depoentes, no entanto, narram o que desejam e produzem novos movimentos nesse narrar. “Você não acha documentação sobre a psiquiatria comunitária” – ela diz. Mas narra. E, narrando, produz história. Narrando, explica que nada foi em vão. Que essa história deixou marcas: “A gente teve um avanço no olhar diferente do transtorno mental. Foi nesse momento que a gente conseguiu se engajar na luta antimanicomial nacional e até na internacional”. Ainda assim, não se esquece: as marcas dolorosas também ficam.

Hoje eu vejo as alunas de psicologia que estagiam aqui dentro tentando ensinar a eles a moeda, o dinheiro, porque eles nunca viveram, né? Nunca viveram o dinheiro. Nunca viveram o mundo. Eles só viveram esse mundo aqui de dentro. A bandeja de comida, a medicação, você viu a paciente cantando ali, haldol e o hospital

psiquiátrico. Eles fazem até as próprias músicas deles com o que vivem aqui dentro. Então eles nunca conheceram. Tem muito paciente que foram pras casas que nos surpreenderam, de hoje estar conhecendo a moeda, indo pro supermercado. Mas muitos não conseguem isso mais. Eu acho que essas pessoas como de direito, direitos humanos, tinha que investir nisso, e essas pessoas tinham até que receber uma indenização pelos danos causados. Que elas caíram no esquecimento. (Entrevista com Maria)

Essas marcas – que eles produzem -, imprimo-as aqui: que não sejam esquecidas. Devemos isso à moça do lindo soprano, ao professor louco, ao jovem da Romaria, aos sem-nome - os tantos. Àqueles que, desde pequenos, viveram no hospital. Àqueles que morreram ali.

Eu tenho 45 anos aqui dentro, tem paciente aqui que elas tem muito carinho por mim e me chamam pelo nome porque ajudei a criar elas aqui dentro, desde menor. Teve paciente que chegou desde 8 anos de idade. Tinha criança aqui internada, tinha berçário. Crianças que nasceram aqui. Ficavam aqui. Tinha berçário pra essas crianças. Depois essas crianças foram sendo doadas. Os próprios funcionários adotaram as crianças. As mães dessas crianças morreram aqui dentro. [...] E esses filhos, como foram transferidos pra outra família, ficaram desconhecidos das famílias deles. (Entrevista com Maria)

Trago outra memória agora. Uma que ninguém me contou, mas que, anotada em um prontuário, parecia implorar para ser lida. A memória de Maria Elisa⁶⁰. Tinha mais ou menos 70 anos⁶¹ em 04 de setembro de 1977. Nessa data, lê-se o seguinte: “Paciente idosa com distúrbio de comportamento – falando alto – agressiva – [...] – costuma usar bebidas alcoólicas (no ato de internamento estava alcoolizada)”.

Internada pela primeira vez em 12 de julho de 1954, Maria Elisa passou várias vezes pelo Hospital. Alguns anos antes, aparece um texto bastante rico em detalhes em uma das folhas de evolução, datada de 20 de setembro de 1971:

Paciente entrou na enfermaria, perguntei-lhe quando entrou aqui e respondeu que veio parar aqui há 17 dias e que o seu destino não é este e sim o Bairro da Glória, perguntei-lhe que idade tinha, respondeu que seu pai registrou-a em Barra do Mutum, e diz que

⁶⁰ Documento microfilmado. Filme: 0002. Prontuário nº 128. Nome da paciente alterado para preservar sua identidade.

⁶¹ As referências à sua idade variam em uma mesma data, bem como as anotações quanto à data de nascimento, de modo que não é possível dizer precisamente.

não sabe a idade, só seu pai é quem o sabe. Relata que ia à feira na Glória e que um rapaz a pegou e a colocou no carro junto com duas mulheres, todas duas são 'marias' são em três marias, e que ia na feira para comprar alimento para os seus animais.

Hábitos higiênicos péssimos, fala alto gritando (verborreica), gesticula ao falar, orientada quanto a sua pessoa, não sabe em que ano estamos, respondeu que não olhou na folhinha, os dias da semana sabe-os com precisão e diz que o casamento é sábado mas não pode ir, o que pode fazer. Diz que o casamento será sábado no santuário de Vila Velha.

Relata que já esteve aqui neste hospital há 23 anos, diz que mora no Soteco, perto do córrego e diz que chegou lá e lhe pescou uma 'garopa da boca arreganhada', perguntei-lhe se não era boa a garopa, e disse que peixe nenhum presta, só é bom o bacalhau.

Diz que tem 67 anos completos no dia 9/8. Perguntei-lhe quantos filhos tem e respondeu que só tem Deus [...]. Diz que não gosta de TV (Diz que é uma verdadeira bagunça).

Valium 10mg-20 Comp.

Haldol

Seremex⁶²

As danças do tempo aparecem lindamente nessas anotações: estava internada havia 17 dias, pela primeira vez havia 23 anos; não sabia, no entanto, precisar o ano em que se encontra, mas tinha clareza dos dias da semana; de início apenas o pai lhe sabia a idade, mais tarde afirmou ter 67. A beleza está na riqueza da descrição: a mão de quem anotou apurou cada detalhe do discurso de Maria Elisa. Em meio a anotações – tão comuns em várias folhas de muitos prontuários - acerca dos hábitos de higiene, verborreia e orientação “quanto a sua pessoa”, é descrito também o desinteresse pela televisão, um misterioso casamento que aconteceria no sábado, as três marias e os dois soldados, um destino que não era o hospital, mas o Bairro da Glória. O tempo dança em um discurso sem tempo e alguém se interessou por anotar não apenas o “comportamento verborreico”, mas os verbos que ali foram lançados. Alguém que, por acaso, buscou saber se era bom o peixe que Maria Elisa havia pescado. Um súbito olhar de interesse. Breve. Mas ali esteve.

A voz da costureira Bárbara⁶³, de 61 anos de idade, também insiste em se fazer potente no prontuário, em anotação realizada em 1954:

Pais falecidos de causa ignorada. Tem uma irmã que segundo informação da paciente está sendo maltratada pelo marido. [...] Doenças da infância: nega doenças da infância, alegando que

⁶² Documento microfilmado. Filme: 0002. Prontuário nº 128. Nome da paciente alterado.

⁶³ Documento microfilmado. Filme: 0004. Prontuário nº 132. Nome da paciente alterado.

sempre gozou de saúde, atribuindo o estado atual após o casamento, devido ao esposo. História da doença: conta que aos 12 anos de idade perdeu a mãe, passando a viver com uma irmã. Casou-se aos 20 anos, diz contra a sua vontade para satisfazer a irmã. Exerceu o cargo de professora e de costureira. A paciente fazia questão de afirmar que era ótima costureira e que logo que saísse do Hospital voltaria a atividade anterior. Atribuiu seu estado ao atual esposo, pois diz que era espancada por ele. [...] A paciente apresentou-se moderadamente trajada. Todas as vezes que se referia ao esposo, entrava em crise de choro.⁶⁴

Bárbara me chamou a atenção por sua insistência – sutilmente desenhada nas letras de um prontuário microfilmado: sou boa! Boa em saúde e em costura. Sua doença não era só sua. Talvez nem doença fosse: como saberemos? O que sabemos? Bárbara afirmativa, viva e insistente - em suas crises de choro, em sua vontade de voltar a costurar, em seus relatos brevemente ali traçados.

Bárbara e Maria Elisa são duas entre muitas. Se fosse possível, escreveríamos aqui tantas outras histórias – todas. Acreditamos, porém, que os poucos que aqui falaram contam histórias de muitos outros. Assim como as vozes dos depoentes que narram e narram e não permitem que esqueçamos.

A memória é, sim, um trabalho sobre o tempo, mas sobre o tempo vivido, conotado pela cultura e pelo indivíduo.

O tempo não flui uniformemente, o homem tornou o tempo humano em cada sociedade. Cada classe o vive diferentemente, assim como cada pessoa.

Existe a noite serena da criança, a noite profunda e breve do trabalhador, a noite infinita do doente, a noite pontilhada do perseguido. (Bosi, 2003, pg. 53)

Serenas, profundas, infinitas, pontilhadas. Tortas, feridas, esquecidas, desconhecidas. Essas noites, esses dias, essas melodias que fazem história. Temo ter produzido mais lacunas. Ou não, não temo. Sigo firme acreditando que, sim, mais lacunas nascem aqui: a potência da memória está nisso – nesses furos que produz. Assim, a verborrêia de Maria Elisa não a encerra. E jamais conheceremos o destino de cada um dos filhos nascidos no hospital e entregues a famílias outras. Nem ouviremos o soprano lindo da louca. Nenhum dado de realidade – data, espaço, nome – seria capaz de preencher o vazio potente que essas histórias fazem nascer. Vazio em que perpassa a vida. A morte. O fim.

⁶⁴ Documento microfilmado. Filme: 0004. Prontuário nº 132. Nome da paciente alterado.