

DISCURSOS E PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL OITOCENTISTA:

O hospício de Pedro II e o processo de medicalização da loucura

William Vaz de Oliveira*

No Brasil a assistência psiquiátrica sistematizada foi inaugurada em 1852 com a criação do *Hospital psiquiátrico Dom Pedro II*, na cidade do Rio de Janeiro. Antes da criação desse grandioso complexo hospitalar a assistência psiquiátrica aos doentes mentais era prestada pelas Santas Casas de Misericórdia. Na verdade, o projeto de criação do *Hospital de Dom Pedro II* data do ano de 1841, como comemoração à ascensão ao trono do novo imperador, mas a sua inauguração só se deu dez anos depois. Carregou o nome do imperador até o ano de 1889 quando, após a proclamação da República, passou a se chamar *Hospício Nacional de Alienados* e posteriormente *Hospital Nacional de Alienado* (HNA).

A criação do Hospital psiquiátrico Dom Pedro II é celebrada pela psiquiatria como a conquista de um espaço específico para o recolhimento do louco e da loucura e também como um lugar onde seria possível dispor de uma série de dispositivos e instrumentos que tornaria eficaz a sua intervenção. É a conquista não somente de um espaço físico e geográfico, mas, sobretudo, a conquista de um espaço simbólico, em que o poder se concentraria nas mãos do médico enquanto o doente mental ficaria submetido ao seu saber. Espaço em que as práticas terapêuticas seguiriam os preceitos marcados por uma verdadeira “pedagogia da norma”. A criação de lugares específicos, afastados do meio social, possibilitaria uma maior liberdade para o desenvolvimento de meios de intervenção e formas de tratamento.¹

Primeiramente, é possível perceber que a criação do HNA decorre de inúmeros protestos médicos contra a situação deplorável em que os loucos se encontravam dispostos de qualquer maneira no interior das Santas Casas de Misericórdia. Vivendo daquela forma poucas chances lhes restavam de cura e recuperação. Assim:

(...) através da condenação do funcionamento hospitalar se veicula a necessidade urgente de criação de um hospício de alienados. Pertencendo a uma mesma unidade, mortos, doentes contagiosos e loucos impedem que o

* Psicólogo e historiador. Doutor em História Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

¹ No entanto, convém lembrar que, diferentemente da França, no Brasil a criação do asilo para alienados foi expressão do regime monárquico centralizador gerado a partir de um consenso de elites (Teixeira, 1999, p. 85), não foi à toa que recebeu o nome do imperador. É possível compreender, nesse sentido, a limitação da ascensão da classe médica, pois o que se procurou no início foi a afirmação e sustentação de um poder central monárquico que tinha a instituição religiosa como importante aliada, assim, nos primeiros anos da criação do Hospício a assistência manteve suas características predominantemente religiosas.

hospital cumpra sua função terapêutica. Se há necessidade de construir um novo hospital, também é preciso criar espaços específicos para os perturbadores da ordem hospitalar: o cemitério, a enfermaria dos bexiguentos e tuberculosos, o hospício (MACHADO *et al.*, 1978, p. 427).

De fato, em meio a esta promiscuidade e diante dessa situação deplorável de escassez de infra-estrutura e espaços sistematizados, seria impossível qualquer tipo de intervenção da psiquiatria. Além disso, seres de diferentes sexos e idades conviviam juntos sem nenhum cuidado específico que respeitasse as suas diferenças de gênero e condições mentais. Inúmeras foram as críticas a este modelo de assistência que pouca eficiência apresentava. Na verdade, o a maioria indivíduos poderia esperar depois de cair nos porões da Santa Casa era a degradação e a morte, raramente a cura.

Por outro lado, a criação do hospício apresentou também um caráter político. Com a ascensão da maioria de Dom Pedro II, pretendeu-se difundir a imagem de um rei filósofo, pai dos desvalidos e dos oprimidos. A construção do Hospício na Praia Vermelha², com vista para a Enseada de Botafogo, no Rio de Janeiro, serviu, dessa forma, para reafirmar esta imagem positiva que se pretendeu difundir do novo imperador. O responsável pela criação do hospital foi José Clemente que após tomar todas as medidas necessárias criou o Hospício de Pedro II a partir do decreto de Julho de 1841. Convém lembrar que os médicos foram os responsáveis pela escolha do hospício, montando uma instituição de características idênticas às do modelo francês elaborado basicamente por Phillipe Pinel e Esquirol. Neste sentido, a construção do hospício apresenta-se não somente como ascensão do imperador, mas, sobretudo, como símbolo da civilização que se instalava na capital e como parte do projeto normalizador da medicina que se instaurava no império (CALMON, 1952).

Dessa maneira o HNA procurava “inserir como doente mental uma população que começa a aparecer como desviante aos olhos da medicina nascente” (PORTOCARRERO, 2002, p. 9). Para tanto procurou alcançar os seguintes objetivos:

(...) isolar o louco da sociedade; organizar o espaço interno da instituição, possibilitando uma distribuição regular e ordenada dos doentes; vigiá-los em todos os momentos e em todos os lugares, através de uma ‘pirâmide de olhares’ composta por médicos, enfermeiros, serventes...; distribuir seu tempo, submetendo-os à realidade do trabalho como principal norma terapêutica (...) (PORTOCARRERO, 2002, p. 9).

² Lugar onde hoje funciona o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

A principal característica do modelo de assistência psiquiátrica neste primeiro momento não foi o modelo científico, mas o isolamento. Fruto das influências sofridas pelo médico francês Philippe Pinel, o isolamento era visto como uma forma de manter o doente afastado do convívio com os seus familiares, o que no pensar dos médicos daquela época, marcados pelas idéias de Esquirol e Pinel, contribuiria em grande medida para a recuperação do doente, visto que as relações domésticas eram apontadas como a principal causadora do adoecimento do indivíduo. O hospício era visto, neste sentido, como o único local em que a cura seria possível. Nas palavras de Esquirol: “No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos”. Assim:

Para isolar o louco, os médicos expõem motivos: a presença de parentes e amigos relacionados às causas da loucura irritam o mal e entretêm o delírio, enquanto o isolamento significa possibilidade de romper os hábitos do louco, ligados à sua loucura e que a revigoram constantemente; a família concorda com a vontade do louco, que adquire assim uma força desmedida e suas faculdades e convence-se mais da idéia de que todos o obedecem; quando ocorre uma desobediência ao chefe de família enlouquecido, este piora por não suportar o rompimento de uma relação reconhecida; muitas vezes, há tentativa de convencer o louco de seu erro e de seu delírio, fazendo com que este tente justificar sua conduta e discursos; as despesas e o medo atrapalham a vida familiar (MACHADO *et al.*, 1978, p. 431).

Numa perspectiva de análise foucaultiana, Machado (1978) demonstra que o que se pretendia naquele momento, era encerrar o louco na instituição cortando todos os seus vínculos externos para que o trabalho de intervenção psiquiátrica se desse de forma livre e que o seu poder fosse inquestionável. Acontece que uma análise puramente foucaultiana não é capaz de esgotar a problemática do nascimento do hospício e da medicina mental no Brasil, pois sua constituição não foi mera reprodução da psiquiatria francesa, ao contrário, a psiquiatria brasileira teve suas peculiaridades como, por exemplo, a disputa entre religiosos e médicos e a medicina “oficial” e as práticas populares e cura. O que não se pode negar é que a criação do asilo para alienados no Brasil foi, sem sombra de dúvidas, expressão do regime monárquico centralizador gerado a partir de um consenso de elites, e pensando por este lado compreende-se que o isolamento correspondia aos reais interesses dessa elite que defendia a civilização e a modernização do país, e para tanto as marcas do atraso e da subversão deveriam ser isoladas e escondidas. O que se pretendia, na verdade, era resguardar os interesses da elite dos “maus hábitos” dos pobres que contaminavam a sociedade. O que comprova esta afirmativa é o fato de que o isolamento dos pobres era compulsório enquanto que para os loucos de família rica era facultativo, pois:

Se a família rica quisesse manter junto dela o alienado, o internamento não deve ser imposto. Ainda que com limitações, ela pode reproduzir – ou tentar fazê-lo um hospício no interior de sua grande casa. A situação é diferente no caso da família pobre e do louco que vaga pelas ruas: não há possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. O isolamento é então indispensável (MACHADO *et al.*, 1978, p. 431).

Não obstante, o isolamento não era apenas o suficiente. Era necessário adestrar, dominar, condicionar o indivíduo a se portar segundo a moral vigente. O tratamento moral era uma característica fundamental, não é à toa que um dos diagnósticos mais frequentes neste período era o de loucura moral³, quer dizer, uma loucura relacionada às transgressões das normas políticas, sociais, culturais e, sobretudo, sexuais, dominantes naquele momento. Para exercer um trabalho eficiente de disciplinarização era necessário reestruturar este espaço assistencial, fragmentá-lo e especializar as suas mediações dotando cada espaço de mecanismos capazes de promover um controle intenso e contínuo. No entanto, isolar por si só não era o suficiente para a cura, afinal de contas esta já era uma prática adotada nas Santas Casas de Misericórdia e que não obtivera sucessos, era preciso assistir, disciplinar e controlar.

Partilhando das idéias de Michel Foucault e Roberto Machado, é possível pensar que, ao contrário das Santas Casas, o hospício nasce de uma ideologia sistematizada: tem uma arquitetura própria, bem planejada, criada exatamente para fazer valer o seu poder. Possui alas destinadas exclusivamente para mulheres, assim como possui alas específicas para o público masculino. Possui também uma divisão por classes, pois as disposições de indivíduos de classes sociais distintas devem obedecer a uma hierarquia social. O hospício de Dom Pedro II, por exemplo, foi construído em duas partes simétricas, com uma forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas laterais, cada uma contendo dois pátios internos. Cada divisão fora subdividida ainda em três classes. A primeira classe, que dispunha de quarto individual, a segunda com um quarto para dois alienados e a terceira, que recebia os indigentes, dispozia de enfermarias gerais para 15 pessoas. Além disso, a distribuição dos indivíduos se dava pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classes em tranqüilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranqüilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas (Ver: CALMON, 1952).

Esta divisão de classes não se faz de forma despropositada, mas, ao contrário, ela mantém viva a ideologia da época de que o louco de classe rica não é o mesmo louco da

³ O diagnóstico de loucura moral servia para classificar aqueles indivíduos que transgrediam as normas da moral vigente. Em outras palavras, eram indivíduos que pecavam pela sua “imoralidade”. Dentre estes indivíduos se encontravam, sobretudo, prostitutas, homossexuais, alcoólatras e os perversos sexuais.

classe pobre, eles podem apresentar a mesma patologia, mas a sua classificação respeita as suas distinções de classe. Como foi dito anteriormente, as famílias ricas podiam manter os seus loucos em casa, mas se optassem pela internação o tratamento se dava de forma diferenciada. Como mostra Machado *et al.*, (1978, p. 434):

(...) O hospício se caracteriza por um isolamento que se constitui não só como um espaço fechado sobre si mesmo, mas também como espaço diferente, heterogêneo com relação às outras instituições. O que não implica que a população asilar seja homogênea: o hospício é um espaço classificatório que localiza e distribui os indivíduos em seu interior, a partir de categorias muito pouco médicas como tranqüilo-agitados, sujos-limpos e outras do gênero que sempre podem ser acrescentadas.

Em suma, é uma divisão propositada que visa, dentre outras coisas, a manutenção da ordem e da disciplina no interior da instituição. Não é possível pensar, neste sentido, em uma identidade da loucura no interior desses asilos, aliás, poderia existir alguma identidade na loucura? O que diferencia a loucura do rico e do pobre não é apenas a sua maneira peculiar e única de experimentar as suas vivências, suas angústias, delírios, alucinações, devaneios, mas, sobretudo, o lugar que ocupa na hierarquia dos poderes representada por uma escala social com lugares e papéis bem demarcados. Neste sentido, as formas de tratamento também são diferenciadas, aos loucos abastados são dispensadas formas de intervenção mais grosseiras ou, digamos, violentas.

Assim, como forma de garantir o “controle” sobre a ordem e a disciplina constantes, essas instituições passaram a contar com mecanismos rigorosos de vigilância. Para tanto, o corpo profissional foi dotado de enfermeiros responsáveis, sobretudo, pela manutenção da ordem, velando ainda pela limpeza e asseio dos internos, a fim de evitar a disseminação de distúrbios e doenças. Não é um controle apenas físico ou concreto, mas, sobretudo, simbólico, não é somente sobre o corpo do doente que o profissional age, mas sobre a sua mente, fazendo valer aos poucos o exercício eficiente do autocontrole. A partir de uma leitura que bebe na fonte de Michel Foucault, Machado *et al.*, (1978) lembra que: “o louco deve ser vigiado em todos os momentos e em todos os lugares. Deve estar submetido a um olhar permanente”.

Seguindo também a mesma perspectiva de análise de Foucault, Teixeira (1998) percebe que, não por acaso, o hospício apresenta uma arquitetura própria, esta construção planejada pelos médicos visa, além de tudo, o controle e a disciplina. Dessa maneira, o espaço precisa viabilizar a ocorrência dessa vigilância. O hospício planejado por Esquirol, por exemplo, tem apenas um andar e ele justifica este fato dizendo que, dessa maneira, o pessoal

da vigilância ao passar pelos corredores pode visualizar com precisão o que ocorre dentro dos quartos, mas a sua visão é um pouco mais profunda, sistemática e estrutural, pois, além do facilitamento do controle dos enfermeiros sobre os doentes, ele diz que um espaço planejado dessa forma ainda possibilita que os enfermeiros se vigiem melhor entre si, além de serem mais facilmente vigiados pelos chefes de casa. Quer dizer, é uma estrutura onde as relações de poder são freqüentes e que para funcionar realmente, estas relações precisam respeitar uma ordem de hierarquias desenhada claramente em forma de escalas de poder, onde o doente está subordinado ao enfermeiro, que por sua vez se subordina ao médico, que está subordinado ao seu chefe e assim por diante. Para que o sistema de vigilância seja eficiente é necessário que este seja espalhado por todos os cantos, sendo exercido em pontos diversos por atores diferentes, mas o que não deve ser esquecido é que no topo dessa escala se encontra o médico, que sempre dará a última palavra. Ou seja, “o poder deve estar submetido ao médico como princípio de sua unificação”.

Assim, uma forma de manter o controle dos internos é submetendo-os a rotinas intensas de trabalho no interior do asilo. Como foi dito anteriormente a laborterapia foi uma prática amplamente utilizada na Europa, encontrando no Brasil grandes adeptos, como Juliano Moreira, Teixeira Brandão e Franco da Rocha. Pode-se dizer que esta foi a primeira terapêutica utilizada no Brasil. Isto porque: “O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em si mesmo, terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento” (Cf.: MACHADO, *et al.*, p. 441). Mas o principal objetivo do trabalho no interior do asilo é, sem sombra de dúvidas, combater o ócio e a inércia, fazer uma distribuição do tempo, que é diferente no interior da instituição, além de preparar o indivíduo para o trabalho na ocasião de sua inserção na sociedade depois do tratamento.

Além disso, segundo Machado, o trabalho dentro do hospício proporciona grandes benefícios:

(...) Em primeiro lugar, facilita a manutenção do hospício, pois os próprios alienados confeccionam as roupas, lavam, passam, além dos produtos poderem ser vendidos; em segundo lugar, constitui elemento de prevenção de recaída – o louco aprende um ofício que depois poderá exercer na sociedade, evitando problemas como miséria e desocupação, causas de loucura (MACHADO, *et al.*, 1978, p. 442).

No entanto, muito embora o trabalho fosse uma prática amplamente utilizada no interior da instituição asilar, convém lembrar que nem todos os internos entravam na labuta. Não é de se estranhar que este fosse realizado pelos pobres e não pelos loucos ricos. No caso

do Hospital de Pedro II, por exemplo, “não se terá os ricos nos trabalhos das oficinas, dos jardins, ou nos serviços do hospício, que são trabalhos de pobre, a que os psiquiatras não querem ou não podem obrigá-los” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 442). Para os ricos eram criados jogos e bibliotecas, suas rotinas eram bastante diferenciadas dos pobres.

As rotinas, bem como as terapêuticas utilizadas no interior do hospício, podem até ser diferentes e variadas, mas o objetivo é, certamente, o mesmo: promover uma “docilização dos corpos”, colocando os corpos e espíritos de ricos e pobres sobre o total controle do alienista. O médico introduz o sentimento de culpa, suscita no doente o amor próprio, e faz valer o seu discurso, através da introjeção na cabeça do doente da idéia inquestionável de que ele é o único ser capaz de promover a cura, e assim ele faz, necessariamente o louco ter o desejo de ser curado por ele. Em outras palavras, “o médico acaba persuadindo o louco a aceitar e tornar seu comportamento ordeiro, ordenado, calmo, obediente” (MACHADO, *et al.*, 1978, pp. 444-445). Assim a eficácia do trabalho médico, bem como do funcionamento do hospício, reside em sua presença na sociedade como operador de cura. É pó isto que mesmo que:

(...) A organização arquitetônica deve ser marcada intrinsecamente por uma característica médica: no hospício o que cura é o próprio hospício; o bom emprego do tempo é condição indispensável do processo de transformação do alienado em um ser útil e dócil: ele deve introjetar a lei moral do trabalho; a direção centralizada, conjugando saber e autoridade, encarna a norma de comportamento e estabelece as etapas do percurso terapêutico: o médico deve ocupar o topo da estrutura de poder característica do hospício; a internação do alienado deve possuir um fundamento legal que evite o perigo das sequestrações arbitrárias: a medicina deve impregnar a legislação e a justiça (MACHADO, *et al.*, 1978, p. 448).

Discursos, saberes e práticas

O número de instituições psiquiátricas no Brasil, neste sentido, cresceu assustadoramente logo após a proclamação da República e não parou mais de crescer na passagem para o século XX. Instituições cada vez mais caracterizadas pelo poder central do médico. Em passagem do relatório de Teixeira Brandão enviado ao provedor da Capital Federal, ele assinala a necessidade de maior medicalização do hospício:

Seria muito para desejar que o Exm. Sr. Provedor ampliasse mais a ação dos médicos, de modo que eles não se limitassem, como até aqui, à prescrição dos agentes terapêuticos. Os exercícios metódicos, as distrações e o trabalho, que constituem a base do tratamento moral, deveriam ser ordenados e presididos pelos médicos... (BRANDÃO, apud. MACHADO *et al.*, 1978, p. 457).

Dessa maneira, a psiquiatria nacional começou a se organizar verdadeiramente como um campo de investigação científica, cujo objeto de estudo era as doenças mentais, suas causas, efeitos, e principais formas de tratá-la, combatê-la e evitá-la. Assim, como mostra Venâncio (2003, p. 5): “a relação entre ciência e assistência se organizou logo na aurora do século XX” sendo que o pensamento alemão passou a ser incorporado pelos médicos na instituição pública asilar. O legado médico de Pinel e Esquirol não era mais suficiente, o isolamento e a laborterapia desvinculados de uma pesquisa científica mais apurada não surtiram grandes efeitos e para livrar a psiquiatria brasileira das marcas do atraso era preciso ir mais adiante. A ciência alemã passou a ocupar espaço no campo de pesquisa da psiquiatria brasileira. Dentre os principais pensadores alemães, destacam a presença de Morel e Emil Kraepelin, que visavam, sobretudo, a promoção da saúde através da prevenção das doenças mentais. A pretensão não era promover o tratamento dos doentes, mas impedir que os indivíduos chegassem ao adoecimento através de medidas profiláticas, característica freqüente da psiquiatria alemã.

Assim, era necessário dotar o corpo médico de conhecimentos bem específicos, além de preparar o corpo de profissionais para trabalhar no “novo hospício”. Era preciso promover um novo ensino de psiquiatria, pois o então existente não era mais capaz de suprir as novas demandas.

Dessa maneira, o ensino de psiquiatria como disciplina autônoma passou a existir no Brasil em finais do século XIX, mais precisamente no dia 30 de outubro do ano de 1882, quando a lei 3141 foi aprovada. Anteriormente a isto o ensino era exercido através de conversas informais em que o médico transmitia oralmente os seus conhecimentos ao aspirante em Medicina, isto porque ainda não existia faculdade de Medicina no Brasil e muito menos de Psiquiatria. O primeiro catedrático de psiquiatria no Brasil foi o doutor João Carlos Teixeira Brandão que foi aprovado em concurso em 1883, aos 29 anos de idade (Cf.: VENANCIO, 2003, p. 5).

De orientação predominantemente francesa, Teixeira Brandão iniciou o ensino de psiquiatria no Brasil sob os auspícios da psiquiatria francesa que, como foi dito anteriormente, baseava-se, exclusivamente, no modelo assistencial. As aulas eram ministradas no Pavilhão de Observações do Hospício Nacional de Alienados na cidade do Rio de Janeiro, criado pelo Decreto 1559 de sete de outubro de 1893, prédio em que hoje funciona o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O professor de psiquiatria era pago pela Assistência aos alienados e residia em casa que lhe era destinada, vizinha ao hospício, pois assim era possível recorrer a ele em qualquer momento caso ocorresse alguma urgência. No entanto, as aulas de psiquiatria ainda não eram obrigatórias. Segundo GOMES, *et al* (2005, p. 175):

As aulas de psiquiatria eram dadas, em caráter facultativo, aos estudantes do sexto ano médico durante um semestre. Poucos alunos freqüentavam. Consoante Henrique Roxo havia o preconceito “de que maluco teria de ser jogado no hospício”. O ensino de psiquiatria guiava-se pelo modelo francês sem uma adaptação adequada à realidade brasileira. A direção do hospício e a cátedra de psiquiatria da Faculdade de Medicina, perderam muito com a saída de Teixeira Brandão para exercer o mandato de deputado federal.

Nas palavras de Venâncio (2003, p. 9):

A adoção da ciência psiquiátrica de inspiração alemã coadunava-se assim com uma política consistente, de caráter preventivista, em que a intervenção ultrapassava a atenção para com o indivíduo, adentrando o espaço social para sua normalização – uma normalização diferenciada, entretanto, daquela produzida pela psiquiatria alienista.

Dessa maneira, na passagem do século XIX para o século XX surgiu uma nova nosografia, não mais inspirada em Pinel, Esquirol e seus continuadores, com os conceitos de mania, monomania, etc., e sim em Kraepelin apontando para novas possibilidades de cura, baseado em pesquisas científicas e em uma política assistencial mais consistente. Essa reordenação entre ciência e assistência a alienados se dá com a nomeação de Juliano Moreira para diretor do Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro e em São Paulo, Franco da Rocha vai ser o precursor desse modelo de assistência hospitalar mais centrado no desenvolvimento das pesquisas científicas e assistência mais sistematizada. Segundo Portocarrero (2002) essa nova etapa da psiquiatria brasileira privilegia o conceito de anormalidade, e passa a agrupar, além dos doentes mentais, os degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos, alcoólatras, etc. Assim, a psiquiatria brasileira procura se ajustar aos novos padrões científicos surgidos na Europa, com a valorização da etiologia específica das doenças, buscando fundar as teorias da psiquiatria em considerações menos morais e mais fisiológicas, ou melhor, psicofisiológicas.

Assim, a partir das primeiras décadas do século XX os discursos e práticas psiquiátricas no Brasil se vinculariam fortemente ao conceito das degenerescências abrindo espaço para a implantação de uma psiquiatria eminentemente preventiva, preocupada não

mais com o isolamento e com a cura da doença mental, mas, sobretudo, com a sua profilaxia. Marcado pelo pensamento eugenista, o discurso médico e psiquiátrico brasileiro passou então a defender a necessidade de uma intervenção profilática e preventiva e a doença mental passou, dessa forma, a ser combatida antes mesmo do seu surgimento. Quer dizer, investiu-se não somente sobre os já acometidos pela doença, mas procurou intervir junto àqueles que poderiam “vir a ser”. A idéia não era mais isolar os indivíduos perigosos para a sociedade e sim aqueles que, por sua condição de “inferioridade genética”, poderiam ser um mal para a “raça”. (COSTA, 2007). A psiquiatria pensava assim em prevenir ao invés de tratar e passou a intervir não só no interior do hospício, mas também no seio da sociedade. O objetivo era livrar a população não somente dos “degenerados”, mas dos “imorais”, enfim, dos “anormais” (Ver FOUCAULT, 1987, CUNHA, 1986 e PORTOCARRERO, 2002).

Por isso mesmo, o alvo principal deixou de ser apenas os doentes mentais, mas todos aqueles que por algum motivo se encontravam fora da “norma”. A psiquiatria, naquele momento procurava intervir diretamente na vida cotidiana, ampliando seus espaços de intervenção, fiscalizando as condições sanitárias das moradias, dos estabelecimentos comerciais e instituições de saúde.

Dessa maneira, a transferência dos campos de intervenção, onde o hospício deixa de ser um espaço exclusivo de intervenção sobre a doença mental que, a partir de então transgride seus muros agindo diretamente no seio da sociedade. No entanto, o Hospício e o Hospital não deixaram de ter sua importância, muito ao contrário, foi justamente a partir do surgimento das técnicas científicas e experimentais, que vieram na corrente dessa linha de pensamento e saber, que as instituições psiquiátricas brasileiras, viveram o seu auge, com a criação dos Laboratórios de Anatomia patológica e a utilização das terapias modernas, como o eletrochoque e o coma de insulina. Em outras palavras, a partir do século XX a psiquiatria brasileira combinou o modelo assistencial com o modelo científico, sendo que o Hospício deixou de ser o único espaço de ação dos alienistas, que passaram a intervir diretamente na sociedade através de um discurso que, além de incorporar as doenças mentais propriamente ditas, incluíam todos os que, por algum motivo, aos seus olhos, eram considerados como “anormais”.

Bibliografia:

ASSIS, Machado de. **O Alienista**. 7. ed., São Paulo: Ática, 1979.

CALMON, Pedro. **O Palácio da Praia Vermelha (1852-1952)**. Rio de Janeiro: Ed. Universidade do Brasil, 1952.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. RJ, Graal.1978.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo: Juquery, a História de um Asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CUNHA, Maria Clementina. Hospício a céu aberto. **Revista de História: A Revista de História da Biblioteca Nacional**.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios**(Rio de Janeiro, 1830-1930)./ Magali Gouveia Engel. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. 7. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOMES et al. **A faculdade de Medicina primaz do Rio de Janeiro em dois dos cinco séculos de História do Brasil**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

MACHADO, Roberto. (Org.). **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEDEIROS, Tácito Augusto. **Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil**. Dissertação de Mestrado: Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977.

Oda, Ana Maria Galdini Raimundo & Dalgalarrrondo, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.12, n.3, Set. - dez. 2005.

PORTOCARRERO, Vera Maria. **Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Coleção Loucura & Civilização, RJ, Fiocruz, 2002.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2001.

RUSSO, Jane Araújo. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. In: J. Russo *et al.* (orgs.). **Duzentos anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ Editora da UFRJ, 1993.

TEIXEIRA, Manoel Olavo. **Deus e a ciência na terra do sol: o Hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil**. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria/ UFRJ, Rio de Janeiro (mimeo). 1999.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Vol. 10, n.3, Rio de Janeiro: Set. – Dez. 2003, pp. 1-19.