

Acompanha CD-R

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA
MESTRADO EM FILOSOFIA**

WILNE DE SOUZA FANTINI

**LOUCURA, PODER E SABER: reflexões históricas a partir de Foucault e
d'*O alienista* de Machado de Assis**

João Pessoa - PB
2010

Acompanha CD-R

WILNE DE SOUZA FANTINI

**LOUCURA, PODER E SABER: reflexões históricas a partir de Foucault e
d'*O alienista* de Machado de Assis**

Dissertação apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre pelo programa de Pós-graduação
em Filosofia da Universidade Federal da
Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Tarso Cabral de Medeiros

CE
1 (043)
F2/6

Wilne de Souza Fantini

**Loucura, poder e saber: reflexões históricas a partir de Foucault e d'O
alienista de Machado de Assis**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Aprovado em ____/____/____

Nota/Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Luiz Pelizzoli - UFPE (membro)

Prof. Dr. Marcela Zamboni - UFPB (membro)

Prof. Dr. Paulo Tarso Cabral de Medeiros - UFPB (orientador)

João Pessoa – PB
2010

1890

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a algumas pessoas que me ajudaram durante o período de elaboração dessa dissertação e que, sem elas, este trabalho não estaria completo:

a Deus por tudo;

aos meus pais pelo incentivo, pelo investimento, pela confiança em meu trabalho e pelo amor e paciência;

ao meu irmão pelo carinho;

ao meu orientador, Paulo Tarso Cabral de Medeiros, pelas dicas, pelas críticas sempre construtivas, pelo apoio, pela dedicação e pela amizade;

aos professores Dr^a. Regina Baracuhy e Dr. Marconi Pequeno pelas preciosas observações e sugestões críticas que me ajudaram a enriquecer este trabalho;

ao amigo Márcio Silva pelo amor a seu trabalho que nos serve de inspiração;

a Nicolas Drouvot pela disponibilidade e pela ajuda;

aos amigos distantes que se fizeram presentes em pensamento e em palavras ao longo desses dois anos de árduo estudo;

aos amigos pela companhia, pela partilha nos momentos de alegria e de dificuldades, pelo amor e carinho;

e, finalmente, a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram e me apoiaram ao longo desta caminhada. Sou muito grata a todos!

Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso.
Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro.
Clarice Lispector (1920-1977)

RESUMO

Os séculos XVIII e XIX foram marcados por inúmeros acontecimentos relevantes dentre os quais se podem destacar, na Europa, o surgimento do positivismo, das ciências humanas, dos primeiros asilos e da psiquiatria como uma especialidade da medicina. Vale ressaltar que no período do Renascimento a loucura e a razão eram uma unidade. Alguns séculos mais tarde, na Idade Clássica, a loucura desvincula-se da razão e passa a fazer parte de uma nova perspectiva: a desrazão. Em meados do século XVIII, a loucura passa a não ser mais considerada como desrazão, mas sim como doença mental e, por conseguinte, os loucos não ficam mais nas casas de correção, e sim nos asilos que possuem uma função mais terapêutica que punitiva. No Brasil, os acontecimentos que ocorreram naquela mesma época foram: a Independência, a Proclamação da República, a Abolição da escravatura e a publicação d'*O alienista* de Machado de Assis, que foi uma obra que apontou o vínculo entre as concepções científicas do século XIX, sobretudo o positivismo, o poder e o saber, representados pela caricata personagem do Dr. Simão Bacamarte que, por ser um homem de ciência e, portanto, detentor da verdade inquestionável, sente-se no direito de dizer a verdade sobre a loucura que é seu objeto de estudo. Na segunda metade do século XX, o filósofo francês Michel Foucault também fez uma reflexão crítica acerca da racionalidade científica, do poder da ciência, em destaque aquele utilizado pela psiquiatria, e da loucura na Idade Clássica e na modernidade ao questionar seu estatuto como doença mental. Resguardando as devidas diferenças entre as duas linguagens, a proposta deste trabalho é a de analisar as críticas realizadas por esses dois autores com relação à racionalidade científica, ao poder psiquiátrico e, consequentemente, sobre o limite da razão e da loucura.

Palavras-chave: Loucura. Poder. Saber. Alienista.

RESUMÉ

Les XVIII^e et XIX^e siècles ont été marqués par d'innombrables événements significatifs, parmi lesquels nous pouvons signaler, en Europe, l'apparition du positivisme, des sciences humaines, des premiers asiles et de la psychiatrie comme spécialité de la médecine. Il est à noter que durant la Renaissance, folie et raison formaient une unité. Quelques siècles plus tard, à l'âge classique, la folie s'est détachée de la raison et est venue faire partie d'une nouvelle perspective: la déraison. Au milieu du XVIII^e siècle, la folie en est venue à ne plus être considérée comme une déraison, mais désormais comme une maladie mentale et, par conséquent, les fous ne furent plus placés dans des maisons de correction, mais dans des asiles qui avaient une fonction plus thérapeutique que punitive. Au Brésil, les événements qui se produisirent à cette même époque furent: l'Indépendance, la Proclamation de la République, l'Abolition de l'esclavage et la publication d'*O alienista* de Machado de Assis, qui fut une œuvre qui a montré la relation entre les conceptions scientifiques du XIX^e siècle, en particulier le positivisme, le pouvoir et le savoir, représentés par le personnage grotesque du Dr. Simão Bacamarte qui, pour être un homme de science et, par conséquent, détenteur de la vérité incontestable, se sent dans le droit de dire la vérité sur la folie qui est son objet d'étude. Dans la seconde moitié du XX^e siècle, le philosophe français Michel Foucault a également fait une analyse critique de la rationalité scientifique, du pouvoir de la science, plus particulièrement de celui utilisé par la psychiatrie, et de la folie à l'âge classique et à l'époque moderne concernant la question de son statut de maladie mentale. En tenant compte des différences propres à ces deux langages, la proposition de ce travail est d'analyser les critiques effectuées par ces deux auteurs par rapport à la rationalité scientifique, au pouvoir psychiatrique et, par conséquent, sur la limite entre la raison et la folie.

Mots-clés: Folie. Pouvoir. Savoir. Aliéniste.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
I RAZÃO E MODERNIDADE: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS.....	13
1.1 NA EUROPA... A PERSPECTIVA DOS VENCEDORES: A SUPREMACIA DA RAZÃO	13
1.2 NO BRASIL... DA REGÊNCIA À REPÚBLICA.....	21
1.3 “ORDEM E PROGRESSO!”: DE COMO O RIO DE JANEIRO GANHOU UMA CASA DE ORATES	26
1.3.1 Bastilha da razão: a Casa Verde.....	34
1.3.1.1 Dos leprosários aos asilos: uma trajetória.....	35
II AS VÁRIAS FACES DA LOUCURA.....	42
2.1 DA DESRAZÃO À DOENÇA MENTAL.....	50
2.2 EIS QUE SURGE A PSIQUIATRIA E OS ALIENISTAS... ..	56
2.3 FOUCAULT E A LOUCURA.....	59
III SABER E PODER.....	64
3.1 O PODER DISCIPLINAR E O CORPO.....	68
3.2 “PRESO POR TER CÃO, PRESO POR NÃO TER CÃO!”: O PODER DISCIPLINAR NA PSIQUIATRIA	79
IV O BRUXO DO COSME VELHO E O ALIENISTA.....	88
4.1 HIPÉRBOLE DA RAZÃO: SIMÃO BACAMARTE, O PINEL DE ITAGUAÍ.....	92
4.1.1 Métodos e técnicas psiquiátricas: tratamento ou punição?.....	101
4.2 “QUEM NOS AFIRMA QUE O ALIENADO NÃO É O ALIENISTA?”	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS.....	128

INTRODUÇÃO

Durante o período do Renascimento havia uma unidade entre a loucura e a razão, embora ambos fossem acontecimentos distintos. A partir da Idade Clássica houve a cisão entre a loucura e a razão quando esta última tornou-se a forma autêntica para a compreensão do mundo e do homem. Devido a essa hegemonia racional a loucura recebeu, posteriormente, o status de doença mental e foi transformada em objeto de experimentos científicos enquanto que as relações humanas existentes entre o louco, o médico e a sociedade foram relegadas ao segundo plano. Há, portanto, uma cisão no diálogo intersubjetivo entre o psiquiatra, que é o sujeito racional e detentor do poder, e o louco cujo acesso só pode ser alcançado quando ele encontra-se na qualidade de objeto da ciência, que deve ser observado.

No século XIX surgem algumas críticas às teorias científicas vigentes naquele momento. A alegação dessas críticas parte do argumento que o cientista ao explicar a realidade não está de modo algum sendo neutro ou imparcial, e sim que as ideias, teorias e conceitos estão atrelados à subjetividade do cientista. À vista disso, começa-se a questionar a infalibilidade da ciência e do poder atribuído a ela desde então.

Tendo como base esse pressuposto, percebe-se que no Brasil do século XIX, Machado de Assis escreveu algumas reflexões críticas acerca do conceito de loucura e de razão, do papel da psiquiatria como novo ramo da medicina e do poder e saber científicos, muitas vezes arbitrário, exercido pelos alienistas. Na França, na segunda metade do século XX, o filósofo francês Michel Foucault também fez algumas reflexões críticas acerca da racionalidade científica e do poder da ciência, em destaque, aquele utilizado pela psiquiatria. Em sua obra *Histoire de la folie à l'âge classique* Foucault demonstra que a história da loucura não é a história da psiquiatria, já que esta é parte de um momento determinado de uma trajetória mais ampla. Além disso, ele desmascara as imagens que dão à psiquiatria o mérito de ter possibilitado à loucura ser finalmente reconhecida e tratada segundo sua verdade mostrando o caminho que a história precisou seguir para que a psiquiatria tornasse o louco doente mental. Resguardando as devidas diferenças entre as duas linguagens – literária e filosófica -, a nossa proposta é a de analisar as críticas realizadas por esses dois autores com relação ao poder psiquiátrico, à racionalidade científica e, conseqüentemente, sobre o limite da razão e da loucura. Nas páginas subsequentes foi descrita uma breve sinopse dos capítulos que compõem este trabalho.

O primeiro capítulo expõe um panorama histórico da modernidade na Europa e no Brasil com a finalidade de mostrar as divergências de contexto histórico em ambos e as influências dele na maneira de desenvolver e efetivar a psiquiatria. Alguns pontos relevantes serão ressaltados principalmente no que concerne (1) ao Iluminismo que, na ótica de Foucault, foi um conjunto de acontecimentos em que houve elementos de transformações sociais, tipos de instituições políticas, formas de saber, projetos de racionalização dos conhecimentos e das práticas, mutações tecnológicas e (2) ao positivismo em que uma das teses considera a ciência como único conhecimento possível e o método dela como o único válido. Portanto, todo e qualquer princípio ou causa que não sejam acessíveis ao método da ciência não pode fornecer conhecimento. Tanto as idéias iluministas quanto o pensamento positivista embasaram as teorias psiquiátricas do final do século XVIII e século XIX na Europa e no Brasil.

Também abordamos um pouco da trajetória das instituições psiquiátricas na Europa, segundo os estudos de Foucault, desde a Idade Média até o surgimento dos asilos na Modernidade. No Brasil descrevemos a convivência da sociedade com relação aos loucos antes e depois da chegada da família Real e o que mudou com o surgimento da primeira *Casa de Orates* ou *Casa Verde*, segundo a linguagem literária de Machado de Assis, que era o Hospício de Pedro II na cidade do Rio de Janeiro.

No segundo capítulo trabalhamos a concepção foucaultiana da loucura que privilegia a época da Idade Clássica. Porém, antes de fazer esta apresentação e análise será feito um sucinto percurso ao longo dos séculos anteriores (Antiguidade e Idade Média) apresentando algumas visões sobre a loucura nesses períodos com o intuito apenas de mostrar que a loucura foi concebida e entendida ao longo da história das diferentes civilizações de maneira bem diversa. Foucault irá mostrar que no Renascimento a loucura fazia parte da razão; já na Idade Clássica, houve uma cisão entre razão e loucura e esta é apreendida do exterior como um objeto. Ademais, no período clássico houve uma mudança social no que concerne à moral e à ética e a loucura começa a fazer parte então do desrazoável, ou seja, de tudo aquilo que foge às normas sociais. Logo, o louco faz parte de toda aquela massa excluída socialmente que engloba os devassos, os libertinos, os homossexuais e os doentes venéreos e por isso mesmo recebe o mesmo tipo de tratamento nas casas de correção que na realidade não possuíam nenhum valor terapêutico. Ao longo do século XVIII, a loucura desvincilhou-se do antigo parentesco com a desrazão e a partir dessa cisão, ela recebeu o estatuto de doença mental. Neste momento, a loucura não é mais vista como um desarranjo moral e, por conseguinte, não mais receberá um tratamento de punição e de correção, mas passará a ser medicalizada já que se trata agora de uma patologia.

No terceiro capítulo abordamos a questão do poder e saber e a ligação destes com a psiquiatria. Para o filósofo, o poder é algo muito mais complexo que apenas proibição e repressão. Não existe em Foucault uma teoria geral do poder; não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas e em constante transformação. A análise que Foucault faz revela que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Rigorosamente falando o poder não existe; existem sim, práticas ou relações de poder, o que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. Esse caráter relacional do poder implica em que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder.

Foucault distingue dois tipos de poder: o poder de soberania e o poder disciplinar. O poder de soberania é um poder que vincula soberano e súdito e trata-se, assim, de um poder de obediência; o poder disciplinar por sua vez, é um poder não mais de obediência, mas de sujeição e de dominação. Contudo, não se trata nem de uma dominação global nem de uma dominação de um único indivíduo sobre os outros ou de um grupo sobre outro, mas de formas múltiplas de dominação. O poder psiquiátrico é caracterizado como um poder disciplinar cuja propriedade fundamental, do ponto de vista político e econômico, é tornar o homem útil e dócil.

No último capítulo serão apresentadas, resguardando as devidas diferenças presentes em uma obra filosófica e literária, algumas semelhanças no pensamento de Foucault e de Machado de Assis no que concerne à loucura, ao saber e ao poder psiquiátricos. Será feita, desse modo, uma possível leitura sobre a obra *O alienista* de Machado de Assis, já que o mundo da literatura nos permite inferir infinitas interpretações que, por mais que nos esforcemos, nunca abarcará o todo da obra, uma vez que sempre restará algum ponto a ser detalhado, examinado e descrito.

Machado de Assis, no século XIX, na obra supracitada, caricatura a figura do psiquiatra a partir da personagem Dr. Simão Bacamarte, que é o alienista da pequena cidade de Itaguaí. Bacamarte se sente no direito de dizer a verdade sobre o seu objeto de estudo - a loucura -, já que encarna o homem de ciência e consequentemente, é o detentor do poder, da racionalidade científica e da verdade inquestionável. Isto quer dizer que é o alienista Simão Bacamarte quem define o limite da loucura e da razão decretando, então, quem ficará confinado e quem ficará livre, visto que ele presumia saber a técnica de diagnóstico e de tratamento das doenças mentais o que lhe dava o poder de agir com as pessoas da cidade como objetos em que seriam experimentadas suas teorias. O conceito de loucura é nesse caso,

submetido ao arbítrio do psiquiatra. Tanto Foucault quanto Machado de Assis questionaram até que ponto a psiquiatria pode dizer a verdade sobre a loucura, pois a própria loucura pode resistir ao poder psiquiátrico ao utilizar o recurso da simulação. Isso ocorre quando a psiquiatria em sua posição de poder soberano e infalível vai manipular os sintomas daquilo que define e acredita ser a doença, e a loucura, por sua vez, mente, simulando a própria loucura. Destarte, nem sempre aquilo que a psiquiatria descreve como sintoma ou doença, é de fato sintoma ou doença, ou seja, é de fato loucura.

I RAZÃO E MODERNIDADE: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS

1.1 NA EUROPA... A PERSPECTIVA DOS VENCEDORES: A SUPREMACIA DA RAZÃO

Para que haja uma melhor compreensão nos capítulos subsequentes de como a loucura era abordada e entendida principalmente no período que compreende o advento da psiquiatria, será exposto, neste capítulo, um panorama histórico da modernidade na Europa e no Brasil para ressaltar alguns pontos relevantes. Ademais, serão apontadas algumas divergências de contexto histórico na Europa e no Brasil e as influências desse contexto na maneira de desenvolver e efetivar a psiquiatria.

Para muitos historiadores a Modernidade começou a despontar a partir de várias transformações que a Europa feudal, por volta do século XI, vinha passando. Essas transformações atingiram todas as esferas da vida pessoal: relações sociais, políticas, econômicas, religiosas e culturais (MORAES, 2003, p. 102).

Uma das grandes mudanças ocorreu no âmbito cultural com o advento das universidades, que retomaram os estudos greco-romanos e contribuíram para o desenvolvimento do Renascimento, cuja visão baseava-se no deslocamento de uma explicação do mundo mais voltada para o antropocentrismo e para a razão, ao invés de uma perspectiva mais transcendental do mundo como, aquela presente na cultura medieval (CACERES, 1996, p. 158).

Nesse quadro de transformações, outro acontecimento histórico de grande importância foi o Iluminismo que é tradicionalmente identificado como um movimento intelectual que se manifestou sobretudo, no campo da filosofia e posteriormente se refletiu na política, na economia e nas artes, cuja origem remete ao século XVII¹, embora alguns autores procurem-na no século XV, período marcado pelo Renascimento. O afã dos renascentistas em conhecer o homem e o mundo que o cercava trouxe novos valores, como o humanismo, o individualismo e o conhecimento baseado na razão, no método científico e no experimentalismo (FIGUEIRA, 2003, p. 201; MORAES, 2003, p. 178).

O movimento iluminista não foi homogêneo, e por isso não se pode falar de uma escola filosófica ou de um sistema de ideias plenamente organizado e acabado. Apesar das

¹ O desenvolvimento do Iluminismo ocorreu principalmente no século XVIII.

divergências, pode-se encontrar um cerne que identifique certas ideias como sendo iluministas, a saber, a crítica ao antigo regime, principalmente no que se refere a suas estruturas básicas: absolutismo, mercantilismo e privilégios da nobreza. Alguns pensadores do século XVII procuraram destacar a importância das iniciativas individuais e das leis naturais para o estabelecimento das relações sociais, políticas, econômicas e religiosas (FIGUEIRA, 2003, p. 202; MORAES, 2003, p. 178).

Foucault (2005, p. 346) menciona que as Luzes foram

um acontecimento ou um conjunto de acontecimentos e de processos históricos complexos que se situaram em determinado momento do desenvolvimento das sociedades européias. Esse conjunto inclui elementos de transformações sociais, tipos de instituições políticas, formas de saber, projetos de racionalização dos conhecimentos e das práticas, mutações tecnológicas [...].

Immanuel Kant (1724-1824) no opúsculo intitulado *Resposta à pergunta: o que é iluminismo?*, de 1784, nega ser este período histórico esclarecido e afirma que a época iluminista é “[...] a saída do homem da sua menoridade que ele próprio é culpado”. O filósofo explica que

a menoridade é a incapacidade de se servir do entendimento sem a orientação de outrem. Tal menoridade é *por culpa própria* se a sua causa não reside na falta de entendimento, mas na falta de decisão e de coragem em se servir de si mesmo sem a orientação de outrem. *Sapere aude!* Tem a coragem de te servires do teu próprio entendimento! Eis a palavra de ordem do Iluminismo (ca. 1980, p. 11, 17).

Apesar de Kant defender a importância de se desprender da menoridade, são poucos aqueles que conseguem realizar tal ação, uma vez que para a maioria ela se tornou quase uma natureza e por isso torna-se difícil se servir do seu próprio entendimento porque nunca se lhe permitiu fazer uma tal tentativa.

Para Foucault (2005, p. 337-8) o pensamento filosófico procura refletir o próprio presente, e até o século XVIII havia três formas principais: (1) pode-se representar o presente como certa época do mundo; (2) pode-se interrogar o presente como sendo um acontecimento do qual se percebe os sinais; (3) pode-se também analisar o presente como um ponto de transição na direção da aurora de uma realização, de um mundo novo. A maneira pela qual Kant coloca a questão do Iluminismo difere dessas três formas, pois ele não busca

compreender o presente a partir de uma totalidade ou de uma realização futura; ele busca uma diferença. Kant define o Iluminismo como uma *saída*, como uma *solução* que seria um processo que nos liberta do estado de menoridade. Para que isso aconteça, o homem só poderá sair do estado de menoridade, por que é responsável, por uma mudança que ele próprio operará em si mesmo. É importante considerar que nessa perspectiva o Iluminismo é ao mesmo tempo “um processo do qual os homens fazem parte coletivamente e um ato de coragem a realizar pessoalmente. Eles são simultaneamente elementos e agentes do mesmo processo. Podem ser seus atores à medida que fazem parte dele; e ele se produz à medida que os homens decidem ser seus atores voluntários”.

De acordo com Kant, a humanidade terá adquirido maioridade não quando não tiver mais que obedecer, mas quando continuar obedecendo e só assim poderá raciocinar o quanto quiser. Ou seja, continuar a pagar os impostos, mas raciocinar tanto quanto se queira sobre a fiscalização; se se é pastor, realizar os serviços da Igreja à qual pertence, mas raciocinar como se quiser sobre o tema dos dogmas religiosos. Observando essas referências de Kant, poder-se-ia concluir apressadamente que não há nada de novo e de diferente do que aquilo que se entendia por liberdade de consciência, um pensamento presente desde o século XVI cuja premissa era *o direito de se pensar como se queira desde que se obedeça*. Todavia, o filósofo alemão não fazia menção à liberdade de consciência; o que ele escreveu referia-se à distinção entre o uso privado e o uso público da razão (FOUCAULT, 2005, p. 338-9).

Kant anuncia que a razão deve ser livre em seu uso público e que deve ser submissa em seu uso privado. O homem faz uso privado da razão quando é uma peça de uma máquina, isto é, quando ele tem um papel a desempenhar na sociedade e funções a exercer. Como consequência, é um segmento particular da sociedade, ocupando uma posição definida (ser soldado, ser funcionário do governo, ter impostos a pagar etc.) em que deve aplicar regras e perseguir fins particulares. Contudo, Kant não afirma que se deva praticar uma obediência cega e tola, mas que se faça um uso da razão adaptado a essas circunstâncias determinadas e assim a razão deve submeter-se a esses fins particulares não havendo, portanto, o uso livre da razão no caso privado. Por outro lado, quando se usa a razão não mais como uma peça de máquina mas como membro da humanidade, então o uso da razão deve ser livre e público. Nota-se que o Iluminismo não é apenas o processo pelo qual os indivíduos procurariam garantir a liberdade pessoal de pensamento (*Ibid.*, p. 339-40).

A análise feita por Kant sobre o Iluminismo, definindo-o como sendo a passagem da humanidade para seu estado de maioridade, mostra simultaneamente a atualidade em relação a

esse movimento do conjunto e suas direções fundamentais e mostra que cada um é responsável de certa maneira por esse processo do conjunto (FOUCAULT, 2005, p. 341).

De acordo com Foucault (2005, p. 341-2) o texto de Kant refere-se à modernidade mais como uma atitude do que como um período da história já que tradicionalmente tenta-se situar a modernidade como uma época ou como um conjunto de traços característicos de uma época que seria precedida de um *pré* (pré-modernidade) e seguida de um *pós* (pós-modernidade). O filósofo francês entende por atitude “um modo de relação que concerne à atualidade; uma escolha voluntária que é feita por alguns; uma maneira de pensar e de sentir, uma maneira também de agir e de se conduzir [...]”; quase como um *ethos* grego.

O período situado entre meados do século XVI e final do século XVII foi também considerado de grande importância na modernidade, pois foi apontado como a revolução científica, uma vez que as concepções sobre o mundo e o universo foram revistas. Essas novas concepções criaram uma ciência fundamentada no racionalismo, no empirismo e no positivismo, que propiciou o desenvolvimento de um método científico baseado em observações, coleta de dados e criação de hipóteses que deveriam ser testadas por meio de experimentações (MORAES, 2003, p. 113).

O homem dessa nova época não busca a verdade em algo transcendente, pois a verdade significa, agora, adquirir uma representação objetiva do mundo. Essa representação é interna e isso indica que a verdade reside no homem. O sujeito do conhecimento (o homem) é tornado ele mesmo um elemento transcendente, e sendo assim é capaz de produzir um conhecimento do mundo. Há, deste modo, a instrumentalização do conhecimento, em contraposição à razão contemplativa. A instrumentalização leva-nos a conceber, como objeto da ciência, aquilo que é tecnicamente manipulável, testado, calculado e controlado, a fim de obter um conhecimento *seguro da verdade*.

Os campos filosófico e científico, surgidos na Modernidade, não poderiam ter como alicerce a visão de mundo medieval. Era preciso recomeçar, reinventar, encontrar novo ponto de partida e demarcar novo itinerário que conduzisse com segurança as certezas científicas e universais. As múltiplas e variadas opiniões existentes até então eram consideradas pelos modernos como caminhos inseguros, que não levam a qualquer meta definitiva e estável. Era necessário, por conseguinte, que se encontrasse não *um* caminho, mas *o* caminho certo, aquele que se impusesse a todos os demais como único e legítimo, capaz de escapar das incertezas e conduzir à verdade permanente e absoluta. Precisava-se encontrar *o* método para a ciência (PESSANHA, 1987, p. IX).

Todas essas mudanças generalizaram-se a partir do final do século XVI e vão caracterizar a investigação filosófica do século XVII e se estender até o século XIX. Três vertentes do pensamento moderno surgem nesse âmbito: a perspectiva empirista, a racionalista e a positivista.

O empirismo é o nome genérico de todas as doutrinas ou correntes filosóficas para as quais a experiência é o critério ou a norma da verdade. De um modo geral, o empirismo caracteriza-se por negar o caráter absoluto da verdade ou pelo menos da verdade acessível ao homem e caracteriza-se também pelo reconhecimento de que toda verdade pode e deve ser posta à prova e portanto deve ser eventualmente modificada. Diferentemente do que se pode imaginar, o empirismo não se opõe necessariamente à razão e tampouco a nega, a não ser segundo o ponto de vista psicológico. De acordo com essa visão, o empirismo opõe-se ao racionalismo inatista, que admite a existência no indivíduo de princípios de conhecimento evidentes. Segundo o enfoque gnosiológico, o empirismo é a doutrina que reconheceu ou não a existência de princípios inatos no indivíduo, não admite que o espírito tenha leis próprias que difiram das coisas conhecidas. Logo, baseia o conhecimento do verdadeiro apenas na experiência, fora da qual admite apenas definições ou hipóteses arbitrárias (ABBAGNANO, 2000, p. 326; LALANDE, 1993, p. 300).

Quanto ao racionalismo, o termo significa genericamente a atitude de quem confia nos procedimentos da razão para a determinação de crenças ou de técnicas em determinado campo. Essa acepção genérica é bastante vasta e, conseqüentemente, pode indicar as filosofias mais díspares. A palavra *racionalismo* foi usada a partir do século XVII para designar a atitude racional no campo religioso e seria, desse modo, a “doutrina segundo a qual só nos devemos fiar na razão e não admitir nos dogmas religiosos senão o que ela reconhece como lógico e satisfatório segundo a *luz natural*”. Em seu sentido metafísico seria a “doutrina segundo a qual nada existe que não tenha a sua razão de ser, de tal maneira que por direito, senão de fato, não há nada que não seja inteligível” (LALANDE, 1993, p. 910-11).

O termo *positivismo* foi empregado pela primeira vez por Saint-Simon (da religião saint-simonista, 1830) para designar o método exato e verdadeiro das ciências. Foi adotado por Auguste Comte (1798-1857) e, segundo alguns, a partir dele, na segunda metade do século XIX, passou a designar uma corrente filosófica cujas principais formas históricas são, entre outras: (1) o positivismo social - de Saint-Simon, Auguste Comte e John Stuart Mill -, que tem na ciência o fundamento de uma nova ordenação social e religiosa unitária; (2) o positivismo evolucionista de Herbert Spencer que utiliza o conceito de progresso e procura aplicá-lo a todos os ramos da ciência (ABBAGNANO, 2000, p. 776-7).

Uma das teses fundamentais do positivismo é considerar a ciência como único conhecimento possível, e o método dela como o único válido. Portanto, qualquer princípio ou causa que não sejam acessíveis ao método da ciência não pode fornecer conhecimento. Trata-se de um método puramente descritivo, no sentido de descrever e mostrar as relações constantes entre os fatos expressos pelas leis, cujo modelo de certeza é fornecido pelas ciências experimentais. Por ser o único método válido, toda a vida humana social ou individual deve ser guiada por ele (ABBAGNANO, 2000, p. 777; LALANDE, 1993, p. 825).

Foucault (2007a, p. 476-7) em *As palavras e as coisas* procura mostrar que antes da época moderna não poderia ter havido um saber sobre o homem (as ciências humanas), porquanto o homem não existia, e desse modo, o campo epistemológico que as ciências humanas percorreram não poderia ter sido prescrito de antemão. Logo, nenhuma filosofia, nenhuma opção política ou moral, nenhuma ciência empírica, nenhuma observação do corpo humano, nenhuma análise da sensação, da imaginação ou das paixões encontrou nos séculos XVII e XVIII algo como o homem. Destarte, não se pode afirmar que as ciências humanas surgiram quando sob o efeito de algum racionalismo premente, de algum problema científico não resolvido, de algum interesse prático; decidiu-se passar o homem para o campo dos objetos científicos. Tornar o homem um objeto da ciência é um acontecimento na ordem do saber. Esse acontecimento produziu-se a partir de uma redistribuição geral da *episteme*, ou seja, quando se abandona o espaço da representação e o homem torna-se aquilo a partir do qual todo o conhecimento pode ser constituído.

Segundo o filósofo, as ciências humanas não são uma análise do que o homem é por natureza, mas são antes uma análise que se estende entre o que o homem é em sua positividade - ou seja, um ser que vive (biologia), trabalha (economia) e fala (filologia) - e o que permite a esse ser saber ou buscar saber o que é a vida, em que consiste a essência do trabalho e suas leis, e de que modo ele pode falar (FOUCAULT, 2007a, p. 488).

As ciências humanas - antes mesmo de saber em que sentido e dentro de que limites podem ser denominadas ciências - têm relação com as matemáticas e, como qualquer outro domínio do saber, os resultados das ciências humanas podem ser formalizados. Foucault (2007a, p. 482-4) afirma que a aplicação das matemáticas às ciências humanas pode ter sido facilitada devido às modificações que ocorreram no começo do século XIX no saber ocidental. Seguindo essa lógica, observa-se que o homem não é mais visto em sua totalidade, mas é um objeto de manipulação que pode ser mensurado, calculado e testado. Essa maneira de conceber o homem aliada aos progressos alcançados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, juntamente com os desenvolvimentos tecnológicos foram cada vez mais

redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores a ponto de transformar o indivíduo a ser tratado em um objeto de estudo científico.

Diferentemente da concepção de saúde-doença presente na Grécia Antiga, onde de um modo geral essa relação fazia parte de um equilíbrio dinâmico da *physis*, a Modernidade concebe a doença quase como um estatuto ontológico, e a experiência de estar doente seria uma *luta* do organismo contra um ser estranho ou uma *luta* interna de forças que se afrontam. A técnica² médica visava conhecer a doença em seus pormenores a fim de dominá-la e assim poder restabelecer o estado normal. (CANGUILHEM, 2006, p. 11).

Foucault em sua obra *O nascimento da clínica* irá mostrar-nos as diferenças existentes entre a medicina clássica³ e a medicina moderna ou clínica. Na realidade, Foucault não oporá as duas vertentes da medicina, já que ele faz na obra supracitada uma arqueologia e dessa maneira, ele mostrará que o que mudou de uma para outra foi a própria positividade do saber com seus objetos, conceitos e métodos diferentes. Esse tipo de interpretação arqueológica difere daquele legado das histórias descritivas em que existe uma continuidade progressiva nos fatos e acontecimentos históricos, e por isso o presente pode julgar o passado sendo este último tido como anterior e inferior. Nas palavras de Foucault (2004, p. 1): “essa ordem do corpo sólido e visível [presente na medicina clássica] é, entretanto, apenas umas das maneiras de a medicina espacializar a doença. Nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental”.

Na interpretação do filósofo, a medicina clássica é classificatória e tem por modelo as ciências naturais, e consequentemente o conhecimento médico é taxonômico, pois estabelece identidades e diferenças entre as doenças, organiza um quadro classificatório e hierárquico em termos de classes, ordens, gêneros e espécies. Machado de Assis (2006, p. 256-7) n’*O alienista* ilustra bem esse quadro classificatório ao mencionar que “de todas as vilas e arraiais vizinhos afluíam loucos à Casa Verde. Eram furiosos, eram mansos, eram monomaniacos, era toda a família dos deserdados do espírito”. Havia aqueles classificados como “loucos por amor”, que também poderiam apresentar quadros de delírio como o caso de um louco que andava sempre à roda das salas ou do pátio, ao longo dos corredores à procura do fim do mundo. Isso ocorreu depois que matou a esposa e o amante com requintes de crueldade. Havia os que tinham “mania das grandezas”, como o filho de um algibebe que narrava às paredes (porque não olhava nunca para nenhuma pessoa) toda sua genealogia e depois de narrá-la,

² Na Antiguidade, os objetivos da ciência, entendida como *techné*, eram a sabedoria, a compreensão do *cosmos* e a vida em harmonia com a natureza. O surgimento da ciência-técnica (não mais compreendida como *techné*), entre os séculos XVI e XVII, transformou o objetivo da ciência que passou a ser um conhecimento voltado para o domínio e controle da natureza.

³ A Idade Clássica (séculos XVII e XVIII) é o período compreendido entre o Renascimento (por volta do século XVI) e a Modernidade (séculos XIX e XX) (MUCHAIL, 2004, p. 16).

dava uma pancada na testa, estalava os dedos e começava a narrar sua genealogia novamente. Também havia os casos de “monomania religiosa”, como era o caso de João de Deus que se considerava deus João e prometia o reino dos céus a quem o adorasse e as penas do inferno aos outros e ainda o caso do licenciado Garcia que não dizia uma só palavra porque imaginava que no dia em que proferisse uma só, todas as estrelas se despregariam do céu e abrasariam a terra, tamanho era o poder que recebera de Deus⁴.

Através dessa analogia da doença com a história natural, a primeira é considerada como um decalque do mundo da vida em que reinam as mesmas estruturas, as mesmas formas de repartição, a mesma ordenação. Assim como nas ciências naturais, que procuram ordenar a classificação das estruturas visíveis dos seres vivos, a medicina também guia sua classificação naquilo que aparece, no que é visível, uma vez que o sintoma, a verdade da doença, é algo manifesto e, por isso, torna-se praticamente impossível um conhecimento baseado no invisível, no oculto e no secreto do corpo. É como se na medicina clássica a doença tivesse um estatuto ontológico e existisse independentemente do corpo doente. Isso significa dizer que a doença é um espaço nosográfico, pura essência, e o doente é tido como algo accidental, é um elemento contingente (FOUCAULT, 2004, p. 6; MACHADO, 2006a, p. 88-90). Por conseguinte, para que o médico pudesse conhecer a verdade do fato patológico, ele teria de abstrair o doente: “[...] o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve torná-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses” (FOUCAULT, 2004, p. 7). Contudo, essa abstração é difícil de ser efetivada, pois o olhar médico se dirige ao que há de visível na doença, mas a partir do doente, que por sua vez oculta este visível. Assim, para conhecer a doença, o médico deve antes de tudo, reconhecer (*Ibid.*, p. 8).

Na medicina moderna ou clínica, por sua vez, a doença se encontra no corpo do doente; o espaço da doença é o próprio espaço do corpo. Esse tipo de medicina não se baseia mais na taxonomia da história natural, mas na anatomia da biologia. A doença que era uma espécie natural, baseada segundo o modelo botânico, passa com a anatomo-clínica a ser considerada como uma realidade articulada com a vida e que tem vida. O que a clínica fez foi tornar visível o que era invisível para a percepção da medicina clássica; aqui, desse modo, há uma espacialização da doença, pois esta agora se encontra no organismo. O acesso do olhar médico ao interior do corpo doente fez com que a doença deixasse de ser uma entidade nosológica e se tornasse uma realidade existente no corpo. A doença seria o próprio corpo

⁴ No tópico “4.2 Hipérbole da razão: Simão Bacamarte, o *Pinel* de Itaguai”, (quarto capítulo) será explicitada e exemplificada com maiores detalhes essa questão da classificação dos doentes.

tornado doente. Há uma mudança no conceito de doença: desaparece o ser da doença para dar lugar ao corpo doente (MACHADO, 2006a, p. 98, 105).

Depois de termos abordado o panorama histórico europeu (as transformações políticas, sociais, econômicas e conceituais), vamos relatar algumas mudanças ocorridas no Brasil durante o século XIX. Vale ressaltar que o início da psiquiatria no Brasil ocorreu em um momento de transição do período monárquico para o regime republicano. Portanto, faz-se necessário destacar alguns aspectos relevantes da nossa história que serviram de contexto para o surgimento dessa nova área médica.

1.2 NO BRASIL... DA REGÊNCIA À REPÚBLICA

Em 1831, o então imperador do Brasil D. Pedro I abdicou do trono e deixou como sucessor seu filho Pedro de Alcântara com então cinco anos de idade, marcando assim o fim do Primeiro Reinado, que significou o término da primeira etapa de constituição do Estado nacional. Os conflitos existentes continuaram, inclusive alguns de maneira mais radical, “demonstrando que a independência política não era suficiente para construir uma nação, organizar a sociedade e pôr fim aos conflitos de interesses existentes” (MORAES, 2003, p. 224).

O período que se sucedeu imediatamente à abdicação de D. Pedro I e que prolongou-se até a maioridade antecipada de D. Pedro II, em 1840, é conhecido como Regencial e que de acordo com muitos historiadores foi uma das épocas mais conturbadas da nossa história (*Ibid.*, p. 225).

Percebe-se que a abdicação de D. Pedro I não solucionou os antigos problemas políticos, sociais e econômicos porque estes ainda eram herança do período colonial. Grande parte desses conflitos era resultado da escravidão, do abandono em que viviam as populações do interior, das desigualdades entre ricos e pobres, da má distribuição da terra e do crescimento desordenado da população urbana que, por sua vez, vivia em estado precário. Para agravar ainda mais a situação desfavorável das classes populares as exportações estavam em baixa, e havia elevado custo de vida que acirrou as disputas existentes na elite política e aumentou os conflitos sociais (FIGUEIRA, 2003, p. 271; MORAES, 2003, p. 226).

Em suma, o quadro que se podia observar durante o período Regencial era o reflexo de um

[...] novo equilíbrio político surgido após a abdicação, confrontando setores da elite, grupos regionais, correntes que compunham o governo central e a alta burocracia do Estado. A tarefa de construção do Estado nacional permaneceu ainda muito viva nesse período, com os grupos disputando o poder por meio de armas ou mediante a conquista de maior autonomia regional em relação ao governo centralizado no Rio de Janeiro. Tanto a disputa pelos governos provinciais quanto a luta contra o poder central dividiram as camadas dirigentes regionais (MORAES, 2003, p. 225-6).

Ainda durante o período Regencial, vale ressaltar a relação entre o Estado e a sociedade. O Estado nessa época estava em formação e buscava nas ideias liberais europeias uma forte influência teórica. Todavia, a instauração de uma ordem liberal no Brasil, à semelhança da Europa, esbarrava em uma contradição: a escravidão. Roberto Schwarz (1981, p. 14-5) afirmou que a mera presença da escravidão indicava a impropriedade das ideias liberais, visto que o liberalismo europeu pregava a liberdade do trabalho e a igualdade perante a lei que diferia grandemente do processo produtivo proveniente da escravidão que se baseava na violência, na autoridade e na desigualdade. Diferentemente do que ocorria na Europa, o exercício da cidadania aqui no Brasil ficou relegado a segundo plano porquanto as estruturas provinciais ganharam autonomia e passaram a ser condicionadas pelo poder e pelos interesses das elites regionais. “Estas impuseram um tipo de relação entre o Estado e a sociedade diferente do europeu; no Brasil, esse vínculo baseou-se na troca de favores e no clientelismo” (*Ibid.*, p. 228).

Em 1834, houve a promoção da autonomia política e econômica aos governadores, por meio do Ato Adicional, que reforçou o poder regional manifestado na formação de oligarquias cujos poderes tornaram-se muito fortes. Firmava-se assim uma relação baseada no favor, pois as elites regionais conseguiam dominar os cargos e empregos públicos nomeando pessoas de interesse delas que ficavam, por sua vez, devendo uma retribuição pelo favor dado. O resultado disso foi uma mistura entre o universo privado e público.

A troca de favores também se estendia para além do campo das elites e isso era visto nos segmentos mais pobres da sociedade que eram formados pelos escravos e pelos homens tidos livres. Os homens livres não possuíam propriedade de terras. Ocupavam-se de tarefas marginais na produção agrícola e por não terem uma vida digna restava a alternativa de viver sob a proteção de um grande proprietário de terra ou da burocracia do Estado (MORAES, 2003, p. 228). Mais uma vez vemos funcionar a lógica do favor e a prática clientelista. Na análise de Roberto Schwarz (1981, p. 16), o homem livre, que na realidade é dependente, não é nem proprietário nem proletário (pois não é um trabalhador assalariado como aquele

existente na Europa); ele é um *agregado* porque depende materialmente do favor, indireto ou direto daqueles que detêm o poder⁵.

Tanto o escravismo quanto a situação do homem livre que depende do favor são incompatíveis com as ideias liberais. Para ir de encontro com o sistema feudal, a burguesia europeia postulou a autonomia da pessoa, a universalidade da lei, a cultura desinteressada, a remuneração objetiva, a ética do trabalho etc. No Brasil, por outro lado, o favor defende a dependência da pessoa, a exceção à regra, a cultura interessada, a remuneração e os serviços pessoais (SCHWARZ, 1981, p. 16). Partindo dessa reflexão, um ponto importante vale ser ressaltado: o Brasil não viveu o feudalismo e, destarte, não estava apto a absorver a importância das transformações realizadas na Europa naquele período de transição. O Brasil foi fruto de uma colonização oriunda do capital comercial que estava firmando-se como modo de produção. Há, por assim dizer, uma dissonância entre o nosso pensamento na tentativa de ser liberal ao modo europeu e a presença da escravidão e da prática do favor. John Gledson (2003, p. 297) ratifica a reflexão feita por Roberto Schwarz ao afirmar que “[...] a história brasileira simplesmente não era inteligível” por não ter um padrão básico de desenvolvimento histórico.

Para endossar ainda mais essa posição de, no Brasil àquela época (liberalismo x escravismo), *as ideias estarem fora do lugar*, Roberto Gomes em seu livro *Crítica da razão tupiniquim* faz uma análise da intelectualidade brasileira que, a seus olhos, ainda apresenta traços de imaturidade e por isso hesita em assumir um ponto de vista original ao permanecer dependente de outras culturas principalmente da europeia. Gomes (2001, p. 35-7) denominará esse tipo de conduta de *ecletismo* ou *o mito da imparcialidade* que já apresentava sinais de sua presença no Brasil na própria vitória de conciliação no plano político durante o Segundo Reinado. O ecletismo foi uma *corrente filosófica* cujo principal expoente foi o francês Victor Cousin (1792-1867), filósofo oficial de Luís Filipe na França.

As ideias de Cousin retratavam a autêntica ideologia da conciliação presente no espírito das elites dominantes. As principais características do ecletismo eram: (1) a desconfiança nos *sistemas* que seriam camisas-de-força do espírito; (2) a crença de que a *verdade* poderia ser o resultado de um mosaico montado a partir de inúmeros pensadores que, além de livrar-nos do *perigo* dos sistemas, permitiria um enriquecimento indefinido ao aproveitar de cada sistema o *melhor*; e (3) a crença de que assim agindo estar-se-ia dando mostras de um *espírito aberto, esclarecido, não dogmático* (GOMES, 2001, p. 36).

⁵ Machado de Assis em muitas obras descreve sobre o clientelismo, as relações de favor e a figura do agregado.

Eis o que se encontra no âmbito político, social, literário e filosófico do Brasil ao longo de sua construção histórica. Ainda segundo Gomes (2001, p. 39-41), o intelectual brasileiro tem medo de assumir uma posição e assim deixar de receber o reconhecimento e os aplausos da *grande mãe* Europa. Entretanto, para assumir uma posição, ou melhor, a nossa posição, é necessário que tenhamos memória histórica, que possamos recriar o passado, pois mesmo sendo passado está em aberto e pode ser visto sob várias perspectivas, e que admitamos a contingência, as contradições e as limitações inerentes ao processo de criação de um espírito brasileiro. Vale destacar que ao ostentar uma posição isso não significa um fechamento, um embotamento à realidade, pois a dúvida continua a existir, e há a conscientização de que todo pensamento e posicionamento são parciais, o que torna impossível pretender um conhecimento absoluto e imutável.

Embora Roberto Schwarz e Roberto Gomes afirmem que há muitas *ideias fora do lugar*, John Gledson (2003, p. 297-8) chama-nos a atenção quanto ao fato de embora muitos intelectuais brasileiros tentassem conciliar o inconciliável, dissolver oposições, fazer conviver contrastes, desproporções, anacronismos e contradições, outros, como no caso de Machado de Assis, tinham a consciência da limitação de haver uma história do Brasil sem uma clareza dos acontecimentos históricos, sendo assim permeada de fatos estrangeiros, que muitas vezes não condiziam com a nossa realidade social, política, econômica e cultural. Machado de Assis (2006, p. 772) sabia dessa *miopia histórica* ao escrever em *A semana* (11 de novembro de 1897 ou 1900) o que se segue⁶:

Eu gosto de catar o mínimo e o escondido. Onde ninguém mete o nariz, aí entra o meu, com a curiosidade estreita e aguda que descobre o encoberto. Daí vem que, enquanto o telégrafo nos dava notícias tão graves como a taxa francesa sobre a falta de filhos e o suicídio do chefe de polícia paraguaio, cousas que entram pelos olhos, eu apertei os meus para ver cousas miúdas, cousas que escapam ao maior número, cousas de míopes. A vantagem dos míopes é enxergar onde as grandes vistas não pegam.

Depois desse intervalo reflexivo, voltemos à contextualização histórica, mais precisamente aos acontecimentos referentes ao Segundo Reinado em que a posse de D. Pedro II como o novo imperador do Brasil representou para grande parte da população uma esperança de estabilidade já que o período Regencial abalou as estruturas do Estado nacional que estava se firmando. Os grupos dominantes puderam construir uma ordem política e social

⁶ Há outros escritos de Machado de Assis em que ele mostra esse desajuste das *ideias fora de lugar* como nos contos *A teoria do medalhão*, *Evolução* e *O alienista*.

fundada na supremacia do imperador sobre todos os outros poderes do Estado (FIGUEIRA, 2003, p. 275).

Houve significativas mudanças na economia durante esse novo período da nossa história, o Segundo Reinado, uma vez que a produção e a exportação do açúcar e do algodão estavam dando lugar a um novo produto tropical: o café. Contudo, não foi só na agricultura que ocorreram mudanças. O Brasil estava sofrendo pressões internacionais, principalmente por parte da Inglaterra, contra o trabalho escravo. Em meados do século XIX, houve a extinção do tráfico negreiro que conferiu aos cafeicultores a necessidade de encontrar uma fonte alternativa de mão-de-obra, obtida com a imigração europeia, para suas fazendas pois a mão-de-obra escrava havia se tornado cara. Ademais, a extinção do tráfico atrelado à exportação do café resultou numa soma considerável de capital que passou a ser investido na industrialização do país (FIGUEIRA, 2003, p. 278-9; MORAES, 2003, p. 260-1).

Na década de 1870, depois da guerra do Paraguai, começaram a aparecer os primeiros sinais da crise que assolou o Segundo Reinado. Uma das mudanças foi a redefinição demográfica da população brasileira cujo aumento se deu nas regiões sudeste e sul do país devido à intensa imigração de europeus que vinham trabalhar nas lavouras cafeeiras. Outro aspecto que contribuiu para a crise imperial foi o processo de urbanização e modernização dos principais centros urbanos do país que passou a contrastar com a lógica escravista. “Politicamente, alguns desses centros tornaram-se importantes núcleos do movimento republicano” (MORAES, 2003, p. 279-80).

Além dos aspectos já citados, outros dois foram decisivos para marcar o fim do período imperial: o movimento abolicionista e o republicano. O movimento abolicionista iniciou-se no fim da década de 1860 e início de 1870 e, após anos de pressão e conflitos, a abolição da escravidão no Brasil foi oficializada em 13 de maio de 1888. A abolição significou, entre outros motivos que afetaram os diversos setores da vida nacional, um abalo político, pois os cafeicultores paulistas deixaram de apoiar o regime vigente que por sua vez tornou-se mais vulnerável ao avanço do movimento republicano. As ideias republicanas ganharam maior definição a partir da década de 1870.

Observa-se então que ambos os movimentos (o abolicionista e o republicano) existiram paralelamente, porém não se confundiram. A sustentação e divulgação dessas ideias ocorreram principalmente entre os profissionais liberais e setores médios das cidades e apoiadas pelos cafeicultores paulistas e por militares. Esses últimos, influenciados pelas ideias positivistas, sentiram-se mais preparados que os civis para cuidar dos assuntos da nação e passaram a liderar o movimento em prol da proclamação da república, que ocorreu no dia 15

de novembro de 1889. Um fato interessante a ser destacado foi que apesar de tudo a população permaneceu distante dos fatos políticos, chegando inclusive a se surpreender com a parada militar sem tomar conhecimento do que de fato estava acontecendo! (FIGUEIRA, 2003, p. 287; MORAES, 2003, p. 280-3).

A associação entre todas essas transformações ocorridas no território brasileiro e a influência do pensamento europeu, principalmente o positivista, serviu de base para o desenvolvimento das primeiras teorias sobre os alienados e o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil. Será analisada adiante a maneira como a sociedade lidava com os loucos antes da vinda da família real para o Brasil, mais especificamente na cidade do Rio de Janeiro, e depois da chegada deles, além da grande influência do positivismo no pensamento alienista brasileiro e do surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos.

1.3 “ORDEM E PROGRESSO!”: DE COMO O RIO DE JANEIRO GANHOU UMA CASA DE ORATES⁷

A vereança de Itaguaí, entre outros pecados de que é argüida pelos cronistas, tinha o de não fazer caso dos dementes. Assim, é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua.

A partir desse pequeno fragmento da obra de Machado de Assis (2006, p. 254) pode-se vislumbrar como era o cotidiano dos loucos nas ruas do Rio de Janeiro em pleno século XIX.

No período da chegada da Família Real na referida cidade, em 1808, muitos loucos costumavam andar pelas ruas das principais cidades e vilas brasileiras. Alguns historiadores relatam que durante a época imperial havia certa aceitação da população em conviver com os doentes mentais uma vez que estes já faziam parte da paisagem urbana. Magali Gouveia Engel, baseada em documentos da época, relata em sua obra intitulada *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*, em seu primeiro capítulo, “A liberdade no espaço público: vivências e convivências”, alguns exemplos de loucos que eram encontrados na cidade do Rio. Alguns eram prontamente identificados, sobretudo pelas características físicas, como no caso de Picapau, que residia numa casa nobre da Rua de

⁷ *Orates* é uma palavra de origem espanhola que significa “loucos”, “doidos”. Daí, o termo Casa de Orates significar casa de loucos, casa de doidos. Disponível em: <<http://www.descubracuritiba.com.br/?s=teatro&ss=peca&id=875>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

Matacavalos e possuía um enorme nariz cuja ponta ultrapassava o lábio inferior; outro, conhecido por Castro Urso, era corcunda e chamava a atenção por sua maneira extravagante de vestir, pelos hábitos estranhos, pelos gestos, pelo delírio e pela fala incompreensível. A loucura não provocava necessariamente medo e inquietação. Não obstante, Bastos (2007, p. 154) descreve que apesar de haver essa presença significativa dos loucos nas ruas da cidade, as práticas de exclusão eram bastante frequentes e que na maioria das vezes eles eram ridicularizados ao andar pelas ruas e vilas.

Outros, por sua vez, que pertenciam a famílias mais abastadas, viviam da forma mais discreta possível: segregados em solitárias ou quartos-fortes nos fundos dos quintais das residências. Nesses casos, a família detinha a responsabilidade pela sobrevivência, tratamento e controle do louco. Tanto os loucos que se encontravam nas ruas quanto os que viviam reclusos nas casas de família poderiam ser internados nas Santas Casas de Misericórdia⁸ (ENGEL, 2001, p. 183-4).

As Santas Casas de Misericórdia foram inspiradas no modelo da Casa-Mãe de Lisboa fundada em 1498. Com a chegada da Irmandade Misericórdia ao Brasil em 1543, houve a fundação da primeira Santa Casa em Santos por Braz Cubas. A partir de então, houve a expansão dessas instituições em outras cidades e vilas brasileiras, o que consistiu na base assistencial hospitalar da colônia portuguesa, além de servir posteriormente como espaço de treinamento para a formação dos primeiros médicos brasileiros (FIGUEIREDO, 2000).

Os fundos para a sustentação das atividades sempre vieram de donativos sociais e subvenções do Estado. Mesmo sob várias críticas, no que diz respeito à forma dos cuidados oferecidos aos doentes mentais confinados ou encarcerados, as Santas Casas não tiveram, ao longo do século XIX, modelos assistenciais muito diferentes no resto do mundo nos quais pudessem se espelhar:

Os andares superiores eram destinados aos pacientes clínicos e cirúrgicos, enquanto que os “loucos” eram jogados nos porões infectos dos estabelecimentos, habitualmente situados abaixo dos pacientes portadores de cólera. Os mais agitados eram presos ao tronco e espancados pelos guardas. Há registros dessas ocorrências na Santa Casa de S. João Del Rei, em 1817, primeira referência histórica; no Hospital de São Cristóvão, na Bahia; no Hospital de São Pedro de Alcântara, em Recife; e na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, nas primeiras décadas do século XIX (BASTOS, 2007, p. 154).

⁸ É interessante perceber que de acordo com o Código criminal de 1830, os loucos não eram detidos e mandados para as prisões, mas para instituições para eles destinadas (Santas Casas de Misericórdia) ou para as famílias, salvo aqueles que tivessem cometido algum tipo de crime (ofensas à moral e aos bons costumes, vadiagem e mendicância, por exemplo) em um intervalo lúcido na loucura deles (ENGEL, 2001, p. 184-5).

Segundo algumas interpretações, a chegada da Família Real ao Brasil no início do século XIX promoveu várias mudanças sociais e econômicas com o intuito de ordenar o crescimento das cidades e das populações. As grandes imigrações para os centros urbanos no início do referido século acarretou vários problemas de saúde pública e de segurança. Para que o Brasil pudesse estar em harmonia com a modernidade europeia era necessário tomar certas medidas de controle (como a retirada dos mendigos, prostitutas e loucos das ruas) para que a *paz* e a *ordem social* fossem estabelecidas⁹ (PAVÃO, 2006; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Na década de 30 do século XIX, um grupo de médicos, criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, começou a pedir entre outras medidas de higiene pública que se construísse um hospício para os alienados. Como ainda não havia hospícios na cidade, os médicos enviavam os loucos aos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia, apesar de a loucura nessa época já ser considerada como uma doença especial. Os alienistas¹⁰ passaram a criticar a maneira pela qual os loucos eram abandonados nas ruas da cidade e também criticavam o tratamento que a eles era dado nos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia, onde eram confinados em celas insalubres e recebiam castigos corporais. Os loucos internados, que eram separados apenas entre os sexos¹¹, ocupavam uma parte do pavilhão inferior do edifício por onde passava um cano que conduzia os dejetos do Hospital. Além disso, as celas eram abertas dos dois lados do corredor cujas aberturas conduziam a um imenso pátio onde se situam a seção de dissecação e à porta interna do cemitério. Havia alguns quartos onde eram confinados os loucos furiosos, que ficavam deitados no chão presos a um tronco e passavam os dias e as noites debatendo-se contra o tronco no assoalho, causando-lhes ferimentos¹².

⁹ Apesar de as devidas diferenças, esse *episódio* ocorreu na Europa do século XVII, com o mesmo intuito: limpar as cidades.

¹⁰ O termo *alienista* significa um médico especializado no tratamento de doenças psíquicas, sendo o alienado a pessoa que perdeu a razão ou que tem as faculdades mentais perturbadas. O termo *alienado*, com essa acepção, encontra-se facilmente nos escritores do século XIX como Camilo Castelo Branco, Eça de Queirós ou Machado de Assis. Atualmente a palavra *alienado* quer dizer demente, louco, doido, maluco. Disponível em: <<http://temposcompostos.blogspot.com/2007/10/o-alienista.html>>. Acesso em: 26 nov. 2009. Segundo Lalande (1993, p. 44) o termo *alienação* significa de um modo geral “as perturbações profundas do espírito [...]”. Ainda de acordo com ele, “*alienado* não é um termo da linguagem médica, nem mesmo da linguagem científica; é um termo da linguagem popular, ou melhor, da linguagem da polícia: um alienado é um indivíduo que é perigoso para os outros ou para si mesmo sem ser legalmente responsável pelo perigo que cria [...]”.

¹¹ Esse critério de classificação foi condenado por alguns alienistas no Brasil, pois não distinguia entre idiotas, furiosos, melancólicos, convulsionários, nem as classes sociais (ENGEL, 2001, p. 193-4).

¹² Os ferimentos não eram causados apenas por se debaterem contra o tronco, mas também por pancadas provenientes de outros internos que, do mesmo modo, estavam confinados nesses mesmos quartos (*Ibid.*, p. 188-9).

Machado de Assis (2006, p. 254-5) ilustra bem esse episódio do questionamento dos alienistas em criar uma instituição destinada apenas para abrigar os loucos ao mencionar que

Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume [o de não fazer caso dos dementes deixando-os trancados em casa ou soltos à rua]; pediu licença à Câmara para agasalhar e tratar no edifício que ia construir todos os loucos de Itaguaí e das demais vilas e cidades [...]. Dali foi à Câmara, onde os vereadores debatiam a proposta, e defendeu-a com tanta eloquência, que a maioria resolveu autorizá-lo ao que pedira, votando ao mesmo tempo um imposto destinado a subsidiar o tratamento, alojamento e mantimento do doudos pobres. [...] Uma vez empossado da licença começou logo a construir a casa.

A loucura nesse sentido começa a receber um novo estatuto e não é mais tida como uma doença como outra qualquer - como visto anteriormente - mas como uma doença específica, no caso, uma doença mental e por isso necessitava de tratamentos mais adequados à sua condição particular. Os médicos, em sua maioria higienistas, defendiam portanto a necessidade de um asilo higiênico e arejado onde os loucos pudessem ser tratados segundo as concepções de tratamento físico e moral baseado nos princípios difundidos principalmente por Pinel, Esquirol, Ferrus e Morel. Outro ponto de crítica levantado pelos alienistas defensores da criação dos hospícios era a de que nas Santas Casas não havia médicos especializados para os alienados que ficavam sob os cuidados de médicos que tratavam de todos os tipos de moléstias. Embora essas críticas pudessem ter sido realizadas, vale ressaltar que os loucos eram comparados pelos médicos higienistas aos embriagados e aos animais ferozes “[...] cuja presença nos espaços públicos podia representar ameaça não apenas à ordem e à tranquilidade públicas, mas também à própria integridade física e moral da população urbana” (ENGEL, 2001, p. 186). A aproximação dos loucos com os embriagados devia-se ao fato de que ambos caracterizavam-se pela ausência de consciência dos atos praticados, enquanto que a associação com os animais ferozes referia-se ao estado de irracionalidade-animalidade que dava a impressão de ser alguém sem controle e que ameaçava as regras que presidiam a organização social (COSTA, 2007, p. 39-40; ENGEL, 2001, p. 192).

O mundo asilar representaria o isolamento do louco do convívio social baseado em duas argumentações: (1) proteger o louco contra os males que a convivência com as demais pessoas poderia ocasionar e (2) proteger a população contra o perigo representado pela loucura. Ademais, o isolamento também proporcionaria ao alienista maior autonomia sobre o louco em relação a outros tipos de poderes, tais como o familiar, o administrativo, o jurídico,

o policial etc. Contudo, mais do que exilar a loucura, a eficácia terapêutica dos hospícios deveria estar intimamente relacionada ao aprimoramento e à sofisticação da classificação dos doentes e da doença, visto que a organização espacial, por exemplo, não permitiria o contato entre os sexos nem entre as diferentes condições sociais (ENGEL, 2001, p. 194).

O hospício, na visão dos alienistas, representava uma conquista do saber científico, já que teria a função de alcançar a cura dos doentes mentais, além de servir de destino para os doentes crônicos incuráveis e um lugar de retorno para aqueles que depois de curados tivessem recaídas (*Ibid.*, p. 195).

Na perspectiva do médico especialista, o louco estaria protegido de sua própria loucura. Por conseguinte, “na tentativa de conquistar o poder absoluto sobre a loucura, o primeiro objetivo dos médicos seria retirar do próprio louco qualquer resíduo de poder sobre si mesmo e sobre a loucura que ele pudesse ter preservado”. Talvez seja compreensível então a perseguição obsessiva dos médicos à permanência dos loucos nas ruas, pois provavelmente esse fosse o único lugar onde os loucos tivessem podido manter algum tipo de poder sobre si mesmos e sobre sua loucura. O discurso médico enfatizava que os loucos encontravam-se abandonados a si mesmos e por isso, apresentariam uma ameaça à sociedade, além de serem inúteis ao progresso da sociedade. Outro fator positivo que os hospícios trariam seria diminuir o fardo das famílias em cuidar dos loucos. Isso reduziria o poder exercido pelas famílias e aumentaria o poder dos alienistas sobre os loucos (*Ibid.*, p. 195-7).

Esse contexto de *ordem e progresso* foi propício ao surgimento do primeiro hospício brasileiro, o Hospício de Pedro II¹³, inaugurado em 1852. A decisão da criação desse hospício, em 1841, esteve referendada no alienismo francês. Embora diferentemente da França, no Brasil a criação do hospício foi expressão das elites e do regime monárquico centralizador. Tratava-se de um projeto político que objetivava a normatização dos comportamentos urbanos da população com os padrões higiênicos e representava também uma alternativa aos valores e padrões culturais criados e difundidos pelos setores dominantes da sociedade. Toda a prática médica dessa época estava limitada pelo poder central monárquico aliado às instituições religiosas, uma vez que o funcionamento do Hospício de

¹³ O hospício de Pedro II tinha essencialmente as finalidades custodial e asilar na tentativa de isolar os loucos do convívio social. Além disso, a perspectiva inicial de atender à necessidade de todo território nacional, logo se mostrou inviável, pois a sua capacidade para os 350 pacientes esgotou-se pouco mais de um ano após sua inauguração (BASTOS, 2007, p. 154).

Pedro II estava associado às Santas Casas de Misericórdia¹⁴ (ENGEL, 2001, p. 197; VENANCIO, 2004).

Dois meses após a proclamação da República, em 1889, o Estado passou a assumir a assistência aos loucos, tendo como base o discurso positivista e científico proveniente da Europa, que começou a se erigir no país. A administração do Hospício de Pedro II foi substituída por uma gestão médica e não mais pelas irmandades religiosas. Foi transformado em um estabelecimento público e independente e foi renomeado como Hospício Nacional de Alienados. No ano seguinte deixou de ser administrado pela Santa Casa de Misericórdia, pelo decreto nº 206-A de 15/02/1890 e passou a ser dirigido pelo primeiro médico alienista brasileiro Teixeira Brandão (1854-1921)¹⁵.

Embora tivesse havido algumas reformas e modernização na passagem do Hospício de Pedro II (representante do Império) para o Hospital Nacional dos Alienados (representante da República), a experiência da loucura continuava sendo a mesma daquela encontrada na monarquia brasileira do século XIX. Os mesmos mecanismos de poder presentes no regime imperial, como a exclusão sob a justificação de recuperação e reintegração, estratégias de disciplinarização pautadas na coação e violência, permaneciam legitimando o saber e o poder psiquiátricos sobre a doença mental. Como enfatiza Engel (2001, p. 328), “da monarquia à república, do predomínio das relações escravistas à disseminação do trabalho juridicamente livre, descontinuidades profundas, sob a marca indelével, entretanto, de uma continuidade essencial: a sociedade permaneceria estruturada sobre as relações de dominação”. A partir do exposto, pode-se refletir até que ponto o governo monárquico diferenciar-se-ia das administrações republicanas quanto à imposição de estratégias e técnicas de controle social, distintas e disseminadas pelo escravismo.

Machado de Assis (2006, p. 637) em uma crônica datada de 02 de dezembro de 1894, *A semana*, questiona essa mudança de administração do Hospício, ao mesmo tempo em que critica a função asilar ao mencionar que

tem-se discutido de o Hospício Nacional de Alienados deve ficar com o Estado ou tornar à Santa Casa de Misericórdia. Consultei a este respeito um douto, que me declarou chamar-se Duque do Cáucaso e da Cracóvia, Conde Stellario, filho de Prometeu etc., e a sua resposta foi essa:

¹⁴ Em 1881 – ano de criação da cadeira intitulada *Doenças Nervosas e Mentais* –, a direção do Hospício de Pedro II foi assumida pelo médico generalista Nuno de Andrade (1851-1922), embora a direção continuasse sob a tutela da Santa Casa de Misericórdia (COSTA, 2007, p. 40).

¹⁵ Jurandir Freire Costa (2007, p. 40) afirma que Teixeira Brandão assume no ano de 1886.

- Se é verdade que o Hospício foi levantado com o dinheiro de loterias e de títulos nobiliários, que o José Clemente chamava impostos sobre a vaidade, é evidente que o Hospício deve ser entregue aos doudos, e eles que o administrem. O grande Erasmo (ó Deus!) escreveu que andar atrás da fortuna e das distinções é uma espécie de loucura mansa; logo, a instituição, fundada por doudos, deve ir aos doudos, - ao menos por experiência. É o que me parece! É o que parece ao grande príncipe Stellario, bispo, *episcopus*, *papam*... O seu a seu dono.

Assim como no período imperial, o republicano também visava transformar o Rio de Janeiro em uma cidade onde os conflitos sociais e as diferenças culturais fossem eliminadas, ou ao menos, minimizadas, a fim de ajustá-lo aos padrões de beleza e conforto da burguesia europeia (ENGEL, 2001, p. 331-2).

A partir do século XVIII, a cidade do Rio de Janeiro começou a se transformar num dos principais portos de escoação da produção mineira e a se desenvolver como centro político-administrativo. A transferência da corte portuguesa e a abertura dos portos em 1808 foram de grande importância para o crescimento do Rio de Janeiro. A cidade se consolidou como centro político, financeiro e administrativo devido à expansão cafeeira no Vale do Paraíba nos anos 30 do século XIX (*Ibid.*, p. 198).

É importante ressaltar que os hospícios existentes não conseguiram absorver a demanda de ex-escravos surgida devido à abolição da escravatura em 1888. Eles se encontravam em situação precária devido à forma como lhes foi dada a *liberdade* já que tal acontecimento “não foi acompanhado de alternativas para a inserção daquele contingente populacional nas relações de trabalho pós-escravatura”. Em consequência da abolição da escravatura, a mão-de-obra tornou-se escassa e os fazendeiros continuavam necessitando de trabalho. Na tentativa de solucionar essa situação, o Brasil recebeu em torno de 1,3 milhão de imigrantes estrangeiros entre os anos 1887 e 1897. Todavia, da mesma forma como ocorreu com os ex-escravos, o país não ofereceu condições adequadas de adaptação para uma demanda tão grande de imigrantes, o que acarretou na internação de parte desses estrangeiros nos hospícios brasileiros.

Essas mudanças evidenciaram uma tentativa de desligamento em relação ao regime monárquico. Nesse mesmo período nota-se outra dimensão na relação com a loucura, uma vez que esta não é mais vista como fazendo parte da paisagem urbana, mas passou a ser caracterizada como algo ameaçador e perigoso. Essa alteração já é percebida nos próprios discursos de alienistas brasileiros que transformaram a loucura em doença mental (PAVÃO, 2006; VENANCIO, 2004).

Para exemplificar essas diferenças de perspectiva e definição da loucura nos períodos imperial e republicano brasileiros, Sílvia Rodrigues Pavão (2006) realizou um trabalho intitulado *O louco e a ciência: a construção do discurso alienista no Rio de Janeiro do século XIX* ao analisar teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na época referida, tendo como objetivo mostrar o conceito que os alienistas brasileiros possuíam da loucura nos diferentes momentos históricos e as influências estrangeiras presentes em suas concepções. O resultado do trabalho mostrou que as teses dos alienistas da primeira metade do século XIX possuíam uma definição de loucura muito semelhante à do alienista francês Philippe Pinel, que postulou que na loucura a razão havia perdido seu rumo e para recuperar a razão o louco precisaria de um orientador que seria o alienista que, por sua vez, aplicaria o método do tratamento moral a fim de restabelecer ao louco o caminho do esclarecimento.

As teses do final do século XIX desvinculam-se da teoria de Pinel e passam a associar a loucura a desvios e desajustamentos na esfera social, conforme a teoria de Morel que definia as degenerescências, transmitidas hereditariamente, como desvios patológicos em relação ao tipo normal de indivíduo. Essa nova abordagem provavelmente está associada à fase inicial da República que já enfrentava graves problemas vinculados à desordem urbana das grandes cidades brasileiras, como o Rio de Janeiro. Houve, por conseguinte, uma integração entre o governo republicano, que precisava lidar de modo urgente com a administração do rápido crescimento urbano e industrial do país, e a teoria da degenerescência de Morel, que serviria como mecanismo eficaz de controle social (PAVÃO, 2006).

Outros pontos importantes a serem destacados são os diferentes posicionamentos no que se refere aos prognósticos e tratamento da loucura. Nas teses do início do século XIX, há relatos de cura, e algumas inclusive bem-sucedidas; em contrapartida, nas do final do século, não há relatos de cura, e há descrição de loucos que haviam falecido nas instituições psiquiátricas e que ainda se encontravam internados já há um bom tempo. Ademais, as teses influenciadas por Pinel no início do século atribuíam à loucura causas orgânicas, enquanto que as influenciadas por Morel no final do século atribuíam à degenerescência de caráter, causas hereditárias e por isso os loucos deveriam ser excluídos do convívio social (*Ibid.*).

Após essa exposição do que aconteceu no Brasil no século XIX, iremos abordar uma brevíssima análise da crítica machadiana às instituições psiquiátricas de acordo com a obra *O alienista* e também faremos um retorno à história e mostraremos segundo a perspectiva de Foucault as mudanças ocorridas nas instituições europeias desde a Idade Média até o surgimento dos asilos na modernidade.

1.3.1 Bastilha da razão: a Casa Verde

*Em toda a Itaguaí, repetia-se que a Casa Verde era um cárcere privado
(ASSIS, 2006, p. 265).*

A Casa Verde foi a instituição psiquiátrica construída por Simão Bacamarte para abrigar os alienados da vila de Itaguaí. Tratou-se de uma obra grandiosa visto que, em certo momento, quatro quintos da população foram encarcerados nela.

Segundo Machado de Assis, o nome da instituição deveu-se às cores das janelas que eram verdes. Saindo das linhas e entrando nas entrelinhas, pode-se interpretar o verde como sinal de esperança, ou seja, aqueles que ali fossem internados teriam a chance de curarem-se, já que estavam sob o olhar e os cuidados de alguém que, pelo menos teoricamente, julgava entender a loucura e a razão. Outra possível interpretação para tal nome seria a de que o verde poderia significar imaturidade. Daí, a relação do verde, neste último sentido, com as constantes mudanças teóricas do alienista, que ora julgava a loucura ser uma coisa, ora julgava-a, em outro momento, outra coisa completamente diferente. Todavia, independentemente do real significado da cor verde da instituição, o certo é que se tratava de um local de experiências e amadurecimentos (CHAUVIN, 2005, p. 23).

Outro fator interessante a ser observado é a localização da Casa Verde. Ela situava-se na Rua Nova que poderia ser uma alusão às novas ideias iluministas e cientificistas que procuravam desvendar racionalmente o enigma da loucura. A ciência foi bem recepcionada na Europa no período que compreende o fim da Idade Média e início da Modernidade do mesmo modo que também foi na cidade de Itaguaí através da figura do alienista, incorporação da racionalidade científica, que representava a possibilidade de trazer à pequena cidade “as luzes do intelecto humano capazes de dar solução concreta para o até então insolúvel problema da loucura” (SOUZA, 2004, p. 90).

Nas palavras de Chauvin (2005, p. 76)

Simão é ou pretende ser homem de virtudes e prova quão polêmica é a tarefa de se manter entre extremos, ora trancafiando cidadãos sem motivos facilmente comprováveis, ora meramente invertendo os critérios para a seleção não natural, mas artificial, baseada em razões da razão científica. A Casa Verde funciona como uma guilhotina gigante, abrandada porque desprovida de lâminas. Instituição em forma de ferramenta a auxiliar as tarefas do médico na sofrível distinção entre seres racionais [...].

Voltando alguns anos na história das instituições psiquiátricas, observa-se que muitas *Casas Verdes* foram construídas na Europa e no Brasil. Porém, antes de terem essa configuração como a conhecemos, houve uma longa trajetória que foi desde os leprosários, passando pelas casas de internamento até chegar enfim às atuais *Casas Verdes*: os asilos. Nas páginas a seguir, será relatado, tendo como base a pesquisa de Foucault, esse caminho tortuoso que levou ao surgimento dos primeiros asilos.

1.3.1.1 Dos leprosários aos asilos: uma trajetória

A partir da alta Idade Média, até o fim das Cruzadas, os leprosários haviam se multiplicado por toda a superfície da Europa. Contudo, a partir do século XV as coisas começam a modificar-se, pois alguns grandes leprosários esvaziam-se como o Saint-Lazare, na França, que nesse período possuía apenas um único leproso e o leprosário de Nancy, também situado na França, que figurava como um dos maiores da Europa e possuía apenas quatro doentes. Isso aconteceu porque a lepra havia praticamente desaparecido do mundo ocidental, ao fim do referido período (FOUCAULT, 2007b, p. 15-6).

O desaparecimento da lepra não se deveu às práticas médicas da época, porém foi o resultado da segregação e da ruptura com os focos de infecção oriental após o fim das Cruzadas. E mesmo depois que os leprosários se encontravam vazios, os valores relacionados aos leprosos e aos lugares onde habitavam permaneceu: o sentido da exclusão. A lepra desaparece, os leprosos somem praticamente da memória, mas as estruturas permanecem. Esses mesmos lugares, dois ou três séculos mais tarde, servirão de *palco* para um novo ato: a exclusão dos pobres, vagabundos, presidiários e alienados. Percebe-se que mesmo em uma cultura bem diferente e em um sentido completamente novo, as formas da exclusão social subsistem essencialmente (*Ibid.*, p. 18-9).

Ao final do século XV, as doenças venéreas sucederão a lepra de um modo tão intenso que se fez necessário construir outros estabelecimentos, além dos antigos leprosários, para comportar a demanda de doentes. Apesar disso, a doença venérea não ocupa o papel na época clássica que a lepra teve na cultura medieval. Diferentemente da lepra, as doenças venéreas participavam inteiramente do âmbito médico e por isso, requereram tratamento. Todavia, um fato interessante merece ser destacado: é sob a influência do mundo do internamento, tal qual era constituído no século XVII, que a doença venérea é separada, em certa medida, do

contexto médico que se encontra e passa a ser integrada ao lado da loucura num espaço moral de exclusão (FOUCAULT, 2007b, p. 19-21).

Para Foucault (2007b, p. 21) a verdadeira herança da lepra, ou seja, aquilo que irá ocupar o mesmo lugar e a mesma *importância* que a lepra ocupou na Idade Média, será a loucura. Mas nesse período em que as doenças venéreas tomam conta, a loucura encontra-se em latência e ficará assim por aproximadamente dois séculos. Nesse ínterim, antes de receber a mesma carga simbólica e ritualística que a lepra, ela esteve ligada a todas as experiências maiores da Renascença.

Na maior parte das cidades da Europa existiu, ao longo da Idade Média e da Renascença, um lugar de detenção reservado aos insanos. Percebe-se que os loucos não são sempre excluídos das cidades¹⁶. Pode-se supor que os habitantes das cidades apenas aceitassem os loucos que faziam parte daquela comunidade e expulsavam então, os loucos estrangeiros (*Ibid.*, p. 23).

Algumas cidades europeias, devido ao número excessivo de loucos, eram conhecidas como lugares de peregrinação em que navios de loucos partiam para diversos destinos longínquos. Essas peregrinações eram organizadas e subvencionadas pelas cidades e pelos hospitais. Outras cidades, que possuíam números muito maiores de loucos, situavam-nos e mantinham-nos através das despesas da cidade e por isso eles não eram bem tratados sendo jogados pura e simplesmente nas prisões (*Ibid.*, p. 23-4).

No século XVII, foram criadas muitas casas de internamento que foram os Hospitais Gerais¹⁷ que por sua vez, não eram estabelecimentos médicos; tratavam-se de instâncias de ordem monárquica e burguesa¹⁸. O Hospital Geral é uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que juntamente ao lado dos poderes já constituídos, julga, decide e executa, ou seja, é um poder real estabelecido entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão (*Ibid.*, p. 70-3).

É interessante perceber que muitas das novas casas de internamento são estabelecidas dentro dos próprios muros dos antigos leprosários e herdaram os bens destas através de decretos reais ou por decisões eclesiásticas, além de serem também sustentadas pelas finanças

¹⁶ Muitas vezes essa expulsão dos loucos das cidades era feita através da navegação, bem retratada na pintura *A Nau dos loucos* de Hieronymus Bosch (1450-1516). Foucault (2007b, p. 25-6) descreve essa expulsão pela água como possuindo um significado simbólico de uma passagem absoluta em que o louco partiria rumo ao desconhecido e lá ficaria, pois uma vez na barca, ele não voltaria mais; estaria entregue ao próprio destino.

¹⁷ Por toda a França abrem-se Hospitais Gerais: às vésperas da Revolução podem-se contar 32 cidades da província que os apresentam (FOUCAULT, 2007b, p. 74).

¹⁸ Apesar da organização e da administração dos Hospitais Gerais ficarem a cargo da monarquia e da burguesia, a Igreja também teve sua participação ao reformar suas instituições hospitalares e ao criar congregações que possuíam finalidades análogas aos Hospitais Gerais (*Ibid.*, p. 74).

públicas. Essas instituições são locais onde há uma mescla de privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa em colocar em ordem o mundo da miséria, o desejo de assistir e a necessidade de reprimir, o dever de caridade e a vontade de punir. A Idade Média inventou os leprosários que possuíam um sentido apenas médico, embora atrelado a este sentido houvesse outros como o do banimento. O classicismo inventou o internamento que não possuía um sentido médico, pois foi um fenômeno mais complexo que encerrava questões políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, significações próprias e essenciais do mundo clássico (FOUCAULT, 2007b, p. 76-7).

Em sua origem, a criação do Hospital Geral tinha como finalidade impedir a mendicância, a ociosidade e todas as formas de desordens¹⁹. O desempregado, portanto, será internado no Hospital Geral sob a seguinte condição: será alimentado, mas deverá aceitar a coação física e moral do internamento. Em toda a Europa o internamento teve o mesmo sentido, pelo menos no que diz respeito a sua origem. Foi uma resposta à crise que afetava o mundo ocidental como um todo: baixos salários, desemprego, escassez de moeda, dentre outros. A prática de internamento designou uma nova forma de conceber o homem e sua existência que a própria Idade Média não vivenciou. Foi um relacionamento do homem com aquilo que ele tem de mais inumano em sua existência: a pobreza e a miserabilidade (*Ibid.*, p. 92-3).

A pobreza no mundo medieval era vista como um sinal de Deus para suscitar a caridade no cristão e assim, promover-lhe a salvação. No Renascimento e, principalmente, no classicismo, a miséria já não possui essa conotação mística. O Protestantismo e o Catolicismo irão laicizar a pobreza que passará então a ter um estatuto de desordem e obstáculo à ordem que encerra uma culpabilidade e um pecado (*Ibid.*, p. 93).

Fora da crise, o internamento possui outro significado que não é mais o de prender os desempregados e sim de dar trabalho aos que foram presos. Nesse sentido, o internamento possui um duplo papel: servir de mão-de-obra barata nos tempos de emprego e de altos salários e de reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas no período de desemprego (*Ibid.*, p. 95).

O internamento na Idade Clássica serviu para agir sobre a mão-de-obra e os preços da produção. Com relação à mão-de-obra, as casas de internamento ao mesmo tempo em que absorviam os desempregados a fim de mascarar a miséria e evitar os inconvenientes sociais e políticos, não evitavam que o desemprego aumentasse nas regiões vizinhas devido aos

¹⁹ Só para exemplificar a situação em que se encontrava a cidade de Paris, por exemplo, no período de Henrique IV, ela possuía cerca de 100.000 habitantes dentre os quais 30.000 eram mendigos (FOUCAULT, 2007b, p. 91).

trabalhos nos ateliês obrigatórios. No que se refere aos preços, não se podia calcular o custo real se calculados de acordo com as despesas provocadas pelo próprio internamento (FOUCAULT, 2007b, p. 98).

Em aproximadamente cinquenta anos, desde seu surgimento, o internamento tornou-se um amálgama de elementos heterogêneos, visto que desde o começo os loucos tem um lugar reservado ao lado dos pobres e desempregados que, assim como estes, eram submetidos aos trabalhos obrigatórios. Até a Renascença, a loucura estava vinculada à presença de transcendências imaginárias, no entanto, a partir da Idade Clássica, ela é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e uma imanência social garantida pela comunidade de trabalho (*Ibid.*, p. 102).

O Hospital Geral possui um estatuto ético, já que não tem a função de abrigar anciãos e enfermos. De fato ele é encarregado antes de tudo de castigar e de corrigir certas *falhas* morais (*Ibid.*, p. 103).

A internação é uma criação institucional própria do século XVII e o vínculo que ela tem com a loucura está no momento em que a loucura é percebida sob o horizonte social da pobreza, da incapacidade ao trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo, ou seja, no momento em que ela é vista como problema à organização da cidade. Essa perspectiva da loucura vista sob a ótica clássica está vinculada, portanto, às novas significações dadas à pobreza, à importância dada às obrigações do trabalho e aos valores éticos emergentes e existentes nessa época (*Ibid.*, p. 108-9).

Durante toda a Idade Clássica houve apenas um único tipo de internamento: no mesmo ambiente encontravam-se aqueles que deveriam ser tratados e aqueles que deveriam ser condenados. Sob essa ótica, a loucura era conhecida como desrazão e não ainda como doença mental (*Ibid.*, p. 148-9).

O internamento não é um primeiro esforço para uma hospitalização da loucura. Trata-se de uma homologação dos alienados a todos os outros correccionais. O internamento é destinado a corrigir e o tempo que marca e limita o internamento é o das conversões e do arrependimento; é um tempo moral. Por conseguinte, a presença dos médicos nesses locais restringia-se meramente ao fato, não de cura, mas de evitar o contágio dos demais internos. Foucault (2007b, p. 153-6) observou que devido a esse fato correcional, as casas de internamento se assemelham às prisões. Era comum encontrar loucos nas prisões, assim como prisioneiros nos Hospitais Gerais todos misturados e sem distinção entre si e submetidos ao mesmo tipo de regime correcional.

A lei de 1790 previa a criação de grandes hospitais destinados aos insensatos, embora até 1793, nenhum deles existissem ainda. O próprio Bicêtre havia sido construído como *Casa dos pobres* e lá encontravam-se misturados indigentes, velhos, condenados, loucos e os presos políticos colocados pela Revolução. Durante esse período revolucionário, Bicêtre torna-se o principal centro de hospitalização para os insensatos e o local onde os alienados recebiam cuidados e também a cura (FOUCAULT, 2007b, p. 581-2).

Pela primeira vez na história do Hospital Geral, a função médica é introduzida de maneira clara e o médico adquire a função de lidar com as doenças do espírito, uma vez que a presença dos loucos nesses locais por si só já é um problema médico. Não se pode duvidar, no entanto, que esse fato não era apenas de um problema médico; era também político, já que inocentes e culpados, pessoas de razão e furiosos eram internados todos em um mesmo lugar. Nesse sentido, a loucura deve, portanto, ser desmascarada de modo que a verdade e a razão sejam restituídas aos seus devidos lugares (*Ibid.*, p. 583-4).

Desde o século XVIII, o certificado médico tinha-se tornado praticamente obrigatório para o internamento dos loucos. Cada vez mais o médico assume um lugar preponderante no interior do asilo, à medida que este se torna um espaço médico. Contudo, a intervenção médica não se faz em virtude de um saber ou de um poder médico, pois não é como cientista que o médico ganha autoridade no asilo, mas como sábio. A profissão médica existe como garantia jurídica e moral e não sob o título de ciência. Um homem de grandes conhecimentos, de virtude íntegra e que possui uma longa experiência no asilo poderia, sem sombra de dúvidas, substituir o médico em seu trabalho que não é mais que uma tarefa moral que deve ser realizada no asilo e que é a única que pode assegurar a cura do insensato. Desse modo, se o médico pode delimitar a loucura não é porque a conhece, mas porque a domina (*Ibid.*, p. 624, 626).

Ainda vale ressaltar que comparando a estrutura do internamento com a asilar, na primeira, criou-se um estado de alienação que só existia no exterior, ou seja, para aqueles que a internam e só reconhecem o interno como um estranho ou um animal; na segunda, por outro lado, houve a interiorização da alienação dentro do internamento. O asilo não era um livre domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; era um espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado e só consegue-se a libertação pelo arrependimento. A loucura foi e ainda é aprisionada em um mundo moral (*Ibid.*, p. 597, 623).

No Brasil, como o contexto histórico diferiu do da Europa no que concerne às certas épocas que não ocorreram aqui, a trajetória dos leprosários para os asilos não aconteceu. Mesmo assim, houve o surgimento das nossas *Casas Verdes*.

Dados históricos revelam que, em 1852, a construção do Hospício de Pedro II estava praticamente pronta, tendo sido benzido no dia 30 de novembro do mesmo ano e “inaugurado cinco dias depois com os discursos de José Clemente Pereira – Provedor da Santa Casa de Misericórdia -, do Dr. José Martins da Cruz Jobim – então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – e do Dr. Francisco de P. Cândido – membro da Academia de Medicina -, numa solenidade na qual a fé, a filantropia e a ciência confraternizavam-se, comemorando uma vitória comum” (ENGEL, 2001, p. 202).

O Hospício de Pedro II foi planejado pelos arquitetos Domingos Monteiro, José Maria Jacinto Rebelo e Joaquim Cândido Guillobel. O prédio era caracterizado por ser disposto em um grande retângulo que compreendia quatro grandes pátios internos, separados pelo corpo central da construção que garantia o distanciamento entre as alas masculinas e femininas do asilo. Segundo relatos, a instituição possuía enfermarias imensas, alas arejadas e claras, casas dispostas com segurança para banhos, moradias para os doidos furiosos, jardins e recreios. Havia apenas uma entrada localizada no bloco central que caracterizava a perspectiva de isolar o mundo do asilo do mundo exterior. Ainda que fosse necessária uma licença especial para visitar o interior do estabelecimento, o acesso às salas públicas e aos corredores era livre (*Ibid.*, p. 202-3).

Um fato curioso vale ser enfatizado: o Hospício de Pedro II foi construído em um dos locais considerados mais bonitos da cidade a tal ponto que acabaria transformando-se em uma opção para os passeios dominicais. A presença dos visitantes ordinários poderia ser interpretada, até certo ponto, como um estímulo ao sentimento de sociabilidade entre o louco recluso e os visitantes representantes do mundo exterior. Já a presença de parentes e amigos era vista pelos médicos como algo pernicioso, pois irritava os alienados e estimulava seus delírios (*Ibid.*, p. 204).

É interessante observar algumas semelhanças entre o Hospício de Pedro II e a descrição feita por Machado de Assis (2006, p. 255-6) da Casa Verde que foi construída “na Rua Nova, a mais bela rua de Itaguaí naquele tempo, tinha cinquenta janelas por lado, um pátio no centro, e numerosos cubículos para os hóspedes. [...] Não bastaram os primeiros cubículos; mandou-se anexar uma galeria de mais trinta e sete.” Ademais, também havia a semelhança no que diz respeito à associação entre caridade e ciência, pois o Hospício de Pedro II possuía sete estátuas de mármore de Carrara representando dentre elas a Ciência e a Caridade²⁰. Desse modo, o hospício sintetizaria uma rede de relações de saberes e poderes

²⁰ As outras eram do Imperador, de José Clemente Pereira (alienista brasileiro), de São Pedro de Alcântara, de Pinel e Esquirol (ambos alienistas franceses).

pertencentes a diferentes instâncias dominantes como a dos médicos, filantropos e religiosos (ENGEL, 2001, p. 209). A Casa Verde de Simão Bacamarte não possuía estátuas, mas no frontispício dela havia uma frase do Corão em que Maomé declarava veneráveis os *doudos* porque Alá lhes tirava o juízo para que não pecassem (como Bacamarte temia conflitos de ordem religiosa atribuiu esse pensamento ao papa Benedito VIII). Em um momento Dr. Simão menciona que a caridade entraria no procedimento como um tempero, como o sal das coisas porque “o principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal.” (ASSIS, 2006, p. 256).

Os loucos não seriam mais ameaça à população a partir do momento em que eles ficassem trancados nos asilos sob a vigilância constante dos médicos e dos enfermeiros. Mesmo que, arquitetonicamente o Hospício de Pedro II não se assemelhasse tanto ao Panóptico de Bentham, havia uma torre no centro do pátio dos alienados considerados agitados cuja finalidade era a de vigiá-los assiduamente a fim de manterem-nos sempre limpos e asseados e evitar que tenham ataques e distúrbios. Além dessa vigilância, havia outra que os proibia de receberem qualquer papel manuscrito ou impresso sem a prévia licença do médico e o impedimento de qualquer tipo de contato entre os alienados e as pessoas estranhas ao estabelecimento (ENGEL, 2001, p. 227).

Depois desse *passeio histórico* mostrando alguns conceitos que embasaram a psiquiatria, tanto na Europa quanto no Brasil, a trajetória percorrida dos leprosários aos asilos na Europa e o surgimento dos primeiros hospícios no Brasil e a convivência dos loucos antes e depois da vinda da Família Real e da construção dessas instituições, será visto no capítulo seguinte como a loucura foi vista ao longo da história principalmente tendo como destaque a Idade Clássica em que ocorreu a passagem da loucura como desrazão para doença mental.

II AS VÁRIAS FACES DA LOUCURA

A loucura foi concebida e entendida ao longo da história das diferentes civilizações de maneira bem diversa. Antes de adentrarmos na concepção foucaultiana da loucura, que privilegia a Idade Clássica, faz-se necessário realizar uma caminhada ao longo dos séculos anteriores e apresentar algumas visões sobre ela.

Alguns registros sobre a loucura na Antiguidade grega são encontrados nas obras de Homero²¹ (c. século VIII a.C.) e Hesíodo (c. século VIII a.C.) cuja conotação, de um modo geral, refere-se ao descontrole emocional e à perda do bom senso. Vale ressaltar que nas obras desses literatos a loucura está vinculada às divindades que conduzem todas as ações a terem um resultado a seu favor, decidindo de forma soberana o curso das coisas e dos homens. A divindade consegue manipular esses resultados ao roubar a razão dos homens²² (FANTINI, 2007, p. 11-2).

O tema da loucura também é bastante recorrente nas tragédias gregas, e embora haja essa frequência nenhum dos trágicos pretendeu, em sua obra poética, propor uma teoria da loucura; quiseram, entretanto, retratar a vida humana com seus dramas e aberrações. Na maioria das vezes, a loucura encontrada nessas obras apresenta-se como desequilíbrio, destempero e exacerbação (*Ibid.*, p. 17).

Hipócrates de Cós (V a.C.–IV a.C.) entendia a loucura como um desarranjo da natureza orgânica do homem. Os processos de perda da razão passam, destarte, a constituir *efeitos* de tal desarranjo, entendidos como resultantes de processos e condições orgânicas (*Ibid.*, p. 27).

O autor do tratado *Da doença sagrada*, que provavelmente teria sido algum discípulo de Hipócrates, descreve que tanto os prazeres, alegrias, risos e brincadeiras quanto os sofrimentos, as aflições, os dissabores e os prantos provêm do cérebro. É também por meio dele que pensamos, compreendemos, vemos, ouvimos, reconhecemos o que é feio e o que é belo, o que é ruim e o que é bom, o que é agradável e o que é desagradável e também enlouquecemos e deliramos. Para Hipócrates, o cérebro, lesado por desequilíbrios humorais, é considerado o órgão da loucura, e esta seria causada mais precisamente pela umidade do

²¹ Homero classifica a loucura em dois quadros distintos e opostos: a *mania*, que na epopeia homérica refere-se originalmente ao furor do guerreiro, e a *melancholia*, que seria uma forma triste da loucura (FANTINI, 2007, p. 13).

²² Machado de Assis (2006, p. 255) na obra *O alienista* faz uma referência à loucura divina ao gravar no frontispício da Casa Verde uma frase que “achou [n]o Corão que Maomé declara veneráveis os doudos, pela consideração de que Alá lhes tira o juízo para que não pequem”.

cérebro devido ao fleuma, sendo que diferentes formas de loucura correspondem a variações nesses processos de umidificação. Assim sendo, de acordo com essa teoria cerebral, para que a loucura ocorra, o cérebro sofreria alterações oriundas do fleuma e da bÍlis negra que, por serem dois elementos diferentes, geram também distintas formas de loucura. Os indivíduos que enlouquecem por causa do fleuma são pacÍficos e não gritam; já os que enlouquecem devido à bile caracterizam-se por serem furiosos e inquietos (FANTINI, 2007, p. 33-4).

Hipócrates e seus sucessores também realizaram estudos sobre a melancolia, que segundo eles não seria um estado da bÍlis normal (a amarela); ela seria proveniente da bÍlis negra, produzida no baço que possui cor escura, que por sua vez originaria o nome melancolia²³. Esta era descrita pelo médico de Cós como possuindo algumas características: abatimento, insônia, irritabilidade, inquietude, aversão ao alimento, preocupação ansiosa, medos indefinidos, humor tétrico, impulsos suicidas e expectativas funestas ou trágicas (*Ibid.*, p. 34).

A maneira como Hipócrates concebeu as ideias sobre a loucura como sendo uma doença orgânica influenciou o pensamento médico do século XVIII e XIX. Aos olhos de hoje, pode-se afirmar que ele criou uma concepção *médica* da loucura, como também instituiu um método clínico em medicina, baseando-se tanto nos quadros clÍnicos conhecidos e nas doutrinas como também na aguda e ampla observação dos sintomas e na composição, a partir deles, de quadros capazes de fundamentar a interferência diagnóstica (*Ibid.*, p. 35).

O filósofo Platão (428-347 a.C.) relata que os pensadores anteriores a sua época não consideravam a loucura uma vergonha nem uma desonra mas, pelo contrário, consideravam-na a mais bela das artes, capaz inclusive de interpretar o futuro. Além disso, ele complementa afirmando que, ainda segundo os antigos, a loucura é mais bela do que a sabedoria porque aquela vem dos deuses enquanto que esta é fruto dos homens. Sendo proveniente dos deuses, a loucura pode ser considerada uma libertação dos males presentes (*Ibid.*, p. 45).

Platão possui diferentes classificações para a loucura. Uma delas consiste em distinguir a loucura nascida das enfermidades humanas da provocada por um impulso divino, sendo esta dividida em quatro categorias: a inspiração mântica atribuída a Apolo; a mística, a Dionísio; a poética, às Musas; e o delÍrio amoroso, a Afrodite e a Eros.

Outro tipo de loucura é provocado pela reminiscência. Toda alma humana, por natureza, contemplou os seres verdadeiros quando estava no mundo suprassensÍvel. Ao virem para o mundo sensÍvel e habitarem um corpo esquecem-se daquilo que viram anteriormente.

²³ *Melaina* = negro; *Kolé* = bÍlis.

Apenas algumas almas conseguem contemplar através da reminiscência a verdadeira realidade das coisas. São justamente essas almas que podem ficar loucas, uma vez que ao verem uma imagem das realidades de além ficam perturbadas e já não sabem, no entanto, que sensação experimentam, por não conseguirem discerni-la convenientemente (FANTINI, 2007, p. 46).

Há ainda, segundo Platão, a loucura proveniente das doenças da alma que são genericamente chamadas de *demência*. Esta exerce um bloqueio na ação da alma racional que não consegue mais exercer domínio sobre a alma mortal. Para um melhor entendimento, faz-se necessário esclarecer que, de acordo com a teoria platônica, há dois tipos de alma: uma mortal, que se localiza na medula, e uma imortal, que é racional, que se encontra no encéfalo. Outra origem para a loucura reside na produção de humores deletérios, como no caso da bile e do fleuma que mesclam seus vapores aos movimentos da alma, produzindo formas de morosidade e desalento, audácia ou timidez, esquecimento ou preguiça mental (*Ibid.*, p. 48).

Na época latina, segundo as pesquisas realizadas por Foucault em sua obra *Histoire de la folie à l'âge classique* (2007b, p. 237-8), a consciência da loucura foi dividida segundo uma dupla apreensão: uma moral, sob o fundo do razoável, e outra objetiva e médica, sob o fundo racional. Por exemplo, Cícero evoca o paradoxo das doenças da alma e a cura delas: quando o corpo está doente, a alma pode reconhecer este corpo doente; mas quando é a alma que está doente, o corpo não poderá nos dizer nada sobre este fato. Ainda nesse período, há duas formas de loucura: a *insânia*, cuja acepção é demasiado ampla. Ela opõe-se ao razoável e por isso não pode atingir o sábio. E o *furor*, doença mais grave que pode atingir os sábios, já que se trata de um acontecimento da alma e do corpo que a razão é capaz de reconstituir no conhecimento.

Avançando mais um pouco nos séculos, percebe-se que a Idade Média atribuiu um lugar à loucura na hierarquia dos vícios. Ela participa das doze dualidades que dividem a soberania da alma humana: fé e idolatria, esperança e desespero, caridade e avareza, castidade e luxúria, prudência e loucura, paciência e cólera, suavidade e dureza, concórdia e discórdia, obediência e rebelião, perseverança e inconstância. Na Renascença, a loucura sai desse lugar modesto e vem ocupar o primeiro. É nesse período que há a experiência trágica da loucura em que a razão não limita a loucura, mas é a loucura que ameaça os limites estabelecidos em uma ordem racional (FOUCAULT, 2007b, p. 39-40; GROS, 2004, p. 47).

No começo do Renascimento, há um embate entre a consciência crítica e a experiência trágica da loucura. Menos de cem anos mais tarde, a consciência crítica ganhou um destaque ao sobressair-se em relação à experiência trágica. Isso ocorreu porque esta última foi

mascarada, ocultada pelos privilégios de uma consciência crítica. A percepção clássica da loucura surge justamente no momento em que há a supremacia da consciência crítica sobre a experiência trágica da loucura. Embora haja essa supremacia da consciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médicas, a consciência trágica ainda existe mesmo que abafada (FOUCAULT, 2007b, p. 46-7; NALLI, 2001, p. 4).

A experiência trágica da loucura foi dissipada pelo privilégio da reflexão crítica quando (1) a loucura torna-se uma forma relativa à razão, ou seja, loucura e razão entram em uma relação perpetuamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e a controla, e toda razão sua loucura em que ela encontra sua verdade irrisória. Nesse aspecto, há um movimento em que ambas fundamentam-se e, simultaneamente, recusam-se e (2) a loucura torna-se uma das próprias formas da razão. Aquela se integra nesta, constituindo seja uma de suas forças secretas, seja um dos momentos de sua manifestação, seja uma forma paradoxal em que ela pode tomar consciência de si mesma. De qualquer forma, a loucura só tem sentido e valor no próprio campo da razão. Sob esse ponto de vista, não há como distinguir entre loucura e razão, pois no ápice da manifestação da razão, que seria a sabedoria, a loucura está presente, assim como no auge da loucura a razão se manifesta. A loucura é para a razão sua força viva e secreta (FOUCAULT, 2007b, p. 48-9, 53, 55).

A percepção que se tem da loucura no século XVIII é que ela é a razão, que é o positivo, associada a uma camada negativa que é a desrazão. Na Idade Clássica, a razão reconhece a negatividade do louco no desrazoável, simultaneamente reconhece-se no conteúdo de toda a loucura. O louco está investido inteiramente pela razão e dominado por ela, uma vez que ela o habita. Contudo, concomitantemente isso acontece, a razão o mantém fora de si mesma. E se ela toma-o para si, é do exterior, como um objeto. Ainda nesse século a loucura é entendida não como uma múltipla experiência dos loucos, mas como um domínio lógico e natural da doença no campo da racionalidade. Ou seja, quando o Classicismo pergunta “O que é a loucura?”, a resposta será obtida a partir da análise da doença, e não da experiência dos loucos (*Ibid.*, p. 240-1).

O que Foucault pretende mostrar com a análise da loucura no Renascimento e essa passagem da experiência trágica para uma consciência crítica é o início de um processo de dominação da loucura pela razão. Significa, portanto, o encobrimento da loucura como saber que expressa a experiência trágica do homem no mundo em detrimento de um saber racional centrado na questão da verdade e da moral. Percebe-se que a relação entre loucura e razão no Renascimento é conflituosa e ambígua, porquanto a dominação da loucura pela razão é ao mesmo tempo abolição e integração de uma ordem da razão (MACHADO, 2006a, p. 54-5).

Para Foucault, a dominação da loucura pela razão vai tomar proporções muito maiores no Classicismo, tendo como um dos motivos balizadores o pensamento de Descartes. No decorrer de suas *Meditações*, Descartes procedeu de modo a duvidar de tudo, inclusive de tudo aquilo que já era tido como verdadeiro. Somente assim ele poderia descobrir se havia uma certeza fundamental sobre a qual nenhuma dúvida pudesse ser possível. E se tal certeza pudesse ser alcançada, logo o verdadeiro sistema filosófico poderia ser construído a partir daí. Descartes não pode enganar-se em pensar que ele não existe, se de fato ele não existisse. Seria contraditório, portanto, dizer que ele é nada, ou seja, que não existe, se ele está pensando! Então, o filósofo francês concluiu que é uma substância pensante a partir da afirmação *Cogito ergo sum*, uma vez que o único fato de que ele não pode duvidar é o de que ele pensa, e por estar pensando, consequentemente existe (BOYNE, 2001, p. 37-9).

Tomando como base essa reflexão, Descartes (2000, p. 31-2) na *Primeira* de suas *Meditações metafísicas* ratifica o pensamento clássico, que considera a loucura como ameaça ao conhecimento da verdade ao afirmar que

[...] ainda que os sentidos nos enganem algumas vezes no tocante às coisas pouco sensíveis e muito distantes, talvez se encontrem muitas outras, das quais não se pode razoavelmente duvidar, conquanto as conheçamos por meio deles: por exemplo, que estou aqui, sentado perto do fogo, vestido com um roupão, com este papel entre as mãos, e outras coisas dessa natureza. E como é que eu poderia negar que estas mãos e este corpo sejam meus? A não ser, talvez, que me compare com aqueles insensatos cujo cérebro é de tal maneira perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bília, que estão vestidos com ouro e púrpura, quando estão todos nus, ou imaginam ser cântaros, ou ter um corpo de vidro. Mas quê? São loucos, e eu não seria menos extravagante se me regrasse por seus exemplos.

Segundo a interpretação foucaultiana, Descartes ao sustentar o *Cogito ergo sum* inaugura a cisão entre razão e loucura, visto que o louco passa a ser considerado como aquele que não pensa nem tem consciência de que existe e, portanto, não percebe a verdade; enquanto que a substância pensante não se equivoca nem duvida. Isso significa dizer que no caso da loucura a questão está não na natureza do objeto do pensamento, pois certos tipos de pensamento, como aqueles que ocorrem nos sonhos e quando nossos sentidos nos enganam, podem ser verdadeiros, já que em ambos os casos os objetos pensados referem-se a objetos efetivos. Portanto, a preservação da possibilidade da certeza da verdade é alcançada pela análise do objeto do pensamento. Diferentemente, no que se refere à loucura, o foco é outro: o que vai ser levado em consideração é o sujeito do pensamento, e não mais o objeto. Vale

ressaltar que não se deve entender esse sujeito como um corpo, mas como um intelecto, um pensamento, que seria, por conseguinte, um sujeito racional (BOYNE, 2001, p. 46-7; MARTINS, 2001, p. 3-5).

Além do destaque dado à consciência crítica em detrimento da experiência trágica, outro acontecimento marcou a percepção clássica da loucura, a saber, a fundação, no ano de 1656, do Hospital Geral em Paris por Luís XIV. Nesse âmbito de transformações, a loucura perdeu seu significado simbólico, ou seja, mítico-religioso, e ganhou um significado moral (NALLI, 2001, p. 4). Frédéric Gros (2004, p. 53) interpreta, à luz dos estudos de Foucault, a desrazão clássica como o ajustamento de práticas sociais negativas (internação, eliminação, dominação) sobre os elementos negativos (desordem, falta, contra-natureza). Isso significa dizer que a separação entre razão e desrazão realiza-se em práticas sociais, em gestos concretos de segregação, como a criação das casas de internação e os tratamentos especiais reservados aos loucos nesses espaços.

No período do internamento, a loucura fazia parte da desrazão e aproximou-se, por conseguinte, de outros *desvios morais*. Para que essa aproximação pudesse ser realizada, houve uma mudança na reorganização do mundo ético, pois a desrazão começa a ser medida segundo certo distanciamento da norma social e, conseqüentemente, houve a destituição de certos significados que outrora concebiam-se como sendo pertencentes a um determinado tipo de conduta. No período clássico, todavia, a moral e a ética serão vistas sob outra perspectiva, e devido a isso os *desvios morais* foram agrupados e exilados no mundo do internamento. Foucault (2007b, p. 105, 115-6, 141, 143, 145-7) resumiu esses *desvios morais* em três domínios: o da sexualidade, o da profanação e o da libertinagem. Todos eles ocuparam o mesmo espaço da loucura e passaram a formar juntamente com ela o mundo da desrazão. Ao anexar a loucura no mundo da desrazão o Classicismo formou uma experiência moral que serviu posteriormente de solo para o conhecimento *científico* da doença mental. Foi assim que no século XIX houve a transformação da loucura em ciência positiva que não mais seria considerada desrazão, mas seria vista como doença mental, como patologia.

O primeiro domínio que o filósofo enumera é o da sexualidade. Ele menciona que durante cento e cinquenta anos os doentes venéreos e os loucos são postos dividindo o mesmo espaço de internação. Os primeiros são aqueles que contraíram a doença fora de casa e são mais portadores de impurezas do que propriamente de doença; merecem, antes, castigo do que remédio. Ao inventar o espaço geométrico e moral do internamento, a época clássica trouxe um lugar de redenção comum aos pecados contra a carne e as faltas contra a razão (FOUCAULT, 2007b, p. 119-20; MACHADO, 2005, p. 17).

Essa aproximação entre a loucura e o pecado irá se estender até fins do século XVIII. É interessante perceber que em plena época do racionalismo e em meio à psiquiatria fundada no positivismo científico foi justamente nesse âmbito que houve a confusão entre o castigo e o remédio, ou seja, uma quase-identidade entre um gesto que pune e um gesto que cura. O internamento promove, por sua vez, os *remédios morais*, que têm eficácia através da repressão, uma vez que esta cura os corpos ao mesmo tempo em que purifica as almas. Vale ressaltar que esse tipo de atividade terapêutica será bastante utilizado no século XIX (FOUCAULT, 2007b, p. 120-1).

No Renascimento, encontra-se uma maneira mais livre e mais isenta de restrições no que se refere à sexualidade, enquanto que no classicismo a sexualidade situa-se na linha divisória com a desrazão. Essa mudança deveu-se em grande parte à família burguesa e aos valores e princípios atrelados a ela. É a partir da família que muitos indivíduos serão internados, e as justificativas mais frequentes para tais internações diziam respeito a tudo aquilo que pudesse pôr em perigo o patrimônio familiar e que pudesse causar vergonha à estrutura moral, como no caso da devassidão, da prodigalidade, do casamento vergonhoso etc. Um fato interessante a ser considerado é que durante todo o período do internamento a relação familiar esteve ligada à ordem pública; toda a cidade interessava-se pelo rigor da estrutura familiar, diferentemente do que aconteceu no século XIX em que o conflito familiar era um assunto particular (*Ibid.*, p. 122-6).

O outro domínio é o da profanação que engloba a blasfêmia, o suicídio e o conjunto de feitiçaria, magia e alquimia. Todas essas condutas, até antes da época clássica, estavam vinculadas às questões religiosas, e assim as pessoas que praticavam esses atos eram julgadas e condenadas. Contudo, esses atos passaram de uma condição sagrada para uma condição moral. Logo, a maneira de julgar e condenar mudou. Foucault resalta que a condenação no período clássico não é mais a fogueira, mas a coação e a repressão moral presentes nas casas de internação (*Ibid.*, p. 127-34).

O último domínio que Foucault enumera é o da libertinagem, que não se trata de um crime, mas de uma falta e por isso quem fosse libertino estaria sujeito a ser internado.

A libertinagem no século XVII vivia da proximidade entre razão e desrazão, mas no século XVIII esse tipo de libertinagem desapareceu e ela foi transformada em duas formas estranhas uma à outra: por um lado, o esforço da razão para se formular em um racionalismo em que toda desrazão toma o aspecto do irracional; por outro lado, uma desrazão do coração que dobra os discursos da razão à lógica da desrazão. A iluminação e a libertinagem são justapostas no século XVIII, mas sem confundirem-se. Elas não se confundiam por causa do

internamento que dificultava a comunicação entre elas. A libertinagem à época do triunfo das luzes possuía uma existência obscura, traída e acuada. O internamento possui, portanto, um sentido preciso de conduzir à verdade através da coação moral e também é a expressão institucional da grande cisão entre razão e desrazão que ocorreu no século XVII. Ademais, ele é a resposta como punição à desrazão, porquanto uma das percepções clássicas da loucura é ética, e as casas de internação respondem a essa necessidade ética (FOUCAULT, 2007b, p. 135-7; NALLI, 2001, p. 5).

A loucura, apesar de participar da desrazão, é tratada de uma maneira singular. Percebe-se, portanto, um paradoxo: ao mesmo tempo em que a loucura faz parte da desrazão, esta é ocultada a fim de evitar o escândalo e a vergonha, enquanto que aquela se mostra, mesmo que seja à distância, através das grades. Essa particularidade da loucura deve-se ao fato de na Idade Clássica a loucura ser vista como uma animalidade. Ao transformar o louco em um animal, ele está mais distante daquilo que o identifica como ser humano; mais ainda, o ser homem é praticamente aniquilado. Por conseguinte, o louco sequer pode ser considerado um doente. Nesse aspecto, a loucura dependerá quase nada da medicina e menos ainda do mundo correcional, pois se trata de uma animalidade (FOUCAULT, 2007b, p. 199-201).

Durante toda a Idade Clássica, a experiência da loucura foi vivida de duas formas diferentes: em uma delas a desrazão vincula-se ao sujeito de direito que é cercado pelo reconhecimento jurídico da irresponsabilidade e da incapacidade pelo decreto da interdição e pela definição de doença. Na outra, a desrazão refere-se ao homem social que é cercado pela consciência do escândalo e pela prática do internamento. Essas duas formas diferentes de loucura deveram-se ao fato de, nessa época, além dos Hospitais Gerais, haver também os hospitais comuns. Em ambos os locais, havia o internamento dos loucos, mas com intenções diferentes: nos hospitais comuns, os loucos eram internados com a perspectiva de cura e recebiam nesses estabelecimentos um estatuto de *sujeito juridicamente incapaz* e, portanto, eram eximidos das responsabilidades sociais; já nos Hospitais Gerais, a perspectiva era de correção, castigo e repressão, e os loucos recebiam o estatuto de *sujeito social* e, neste caso, teriam responsabilidades sociais a cumprir (FOUCAULT, 2007b, p. 177; MUCHAIL, 2004, p. 46-7).

Um ponto importante destacado por Foucault, não obstante, foi o esforço de síntese que ocorreu no século XVIII entre as duas experiências anteriormente citadas: a noção jurídica de sujeito de direito e a experiência contemporânea do homem social. Esse legado iluminista influenciou a medicina positivista do século XIX que estabelece que a alienação mental do sujeito de direito pode e deve coincidir com a loucura do homem social em uma

unidade e realidade patológica. Consequentemente, o internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico faz com que pela primeira vez o homem alienado seja reconhecido ao mesmo tempo como incapaz e como louco. Além disso, essa superposição entre sujeito de direito e sujeito social fez surgir o conceito de doença mental. O espaço de internamento é transformado, então, em um local terapêutico que visa curar a doença (FOUCAULT, 2007b, p. 174-5, 178; MUCHAIL, 2004, p. 47-8).

Através da supremacia da consciência crítica em detrimento da experiência trágica, Foucault mostra que do Renascimento ao Classicismo a razão foi ganhando um lugar de destaque e que a loucura passou a ser considerada como tudo aquilo que pertence à desrazão. Na segunda metade do século XVIII, todavia, a loucura desvincular-se-á da desrazão e receberá um novo estatuto: o de doença mental.

2.1 DA DESRAZÃO À DOENÇA MENTAL

Na Idade Média havia um grande medo que era suscitado na população por causa da lepra e de outras doenças infecto-contagiosas. Daí, para que fosse evitada uma epidemia, criaram-se os leprosários, que eram situados em locais distantes das residências. Em meados do século XVIII, houve um retorno desse grande medo, tratava-se de um medo simbólico do impuro; um medo que se formula em termos médicos, porém animado ao fundo por um mito moral. Era um mal misterioso que surgia a partir dos espaços fechados das casas de internamento. É como se houvesse nesses locais espécies de vapores fermentados e contaminados que contagiavam não só o corpo como também a alma. Seria um tipo de ar viciado que não está em consonância com a pureza de sua natureza. Essa atmosfera de vapores maléficos tendia a espalhar-se pelas cidades vizinhas às casas de internamento, impregnando lentamente seus habitantes (FOUCAULT, 2007b, p. 445-7).

É neste âmbito do medo imaginário e fantástico que a desrazão aproxima-se cada vez mais do estatuto de doença e não, como se pensa, do rigor do pensamento médico. A figura do médico, aliás, não foi convocada no mundo do internamento como árbitro para fazer a separação entre o que era crime e loucura, entre o mal e a doença, mas sim como um guardião que teria como função proteger os outros dos perigos que pairavam através dos muros do internamento. O médico fora chamado, por sua vez, por causa do medo, ou seja, por causa da

estranha química que fermentava entre os muros do internamento e que ameaçava propagar-se (FOUCAULT, 2007b, p. 448-9).

Na segunda metade do século XVIII, houve um movimento de *esterilização*, se assim se pode chamar, que visava reduzir a contaminação, destruir as impurezas e os vapores e impedir que o mal viciasse o ar ao espalhar o contágio pela atmosfera das cidades. Referia-se, portanto, a deixar confinadas essas impurezas no próprio ambiente dos asilos (*Ibid.*, p. 450-1).

Na época clássica, a consciência da loucura e a consciência da desrazão não se encontravam separadas uma da outra. A experiência da desrazão que guiou toda a prática do internamento desenvolveu-se de tal forma que envolveu a experiência da loucura. Apesar disso, na segunda metade do século XVIII, o medo da loucura e da desrazão crescem ao mesmo tempo. No entanto, o medo ou o espanto da desrazão é mais afetivo e vinculado às questões da imaginação, enquanto que o medo da loucura é muito mais livre. Ademais, a consciência da desrazão renova-se a ela mesma para além do tempo, e a consciência da loucura por outro lado acompanha-se de certa análise da modernidade que a situa em um quadro temporal, histórico e social. Foucault enuncia, assim, que a separação entre loucura e desrazão começa apresentar sinais na segunda metade do século XVIII e tem como origem tanto o nível de produção teórica, que seria o aparecimento da consciência histórica da loucura, quanto a prática do enclausuramento (FOUCAULT, 2007b, p. 455; MACHADO, 2006a, p. 65).

Foucault (2007b, p. 465-72, 474-5) afirma que, de acordo com a concepção que se tinha no século XVII, a loucura estava vinculada com a existência natural, ou seja, o homem fazia parte da natureza, e a irrupção da loucura pertencia a este ciclo natural da imanência animal. No século XVIII, a manifestação da loucura não está relacionada à natureza, mas só se tornou possível em virtude de tudo aquilo que o meio pôde reprimir. E daí pode-se afirmar que ela está vinculada a certa forma de devir do homem que vai sendo constituído a partir do meio que o cerca. Assim, rompe-se o ciclo natural em detrimento do tempo e da história, já que o homem diferentemente do animal possui uma história.

O mundo como meio histórico e social afastou o homem da natureza, tornando possível a loucura que passa a ser não mais ausência de razão, mas perda da natureza própria do homem, pois alterou sua sensibilidade, seus desejos e sua imaginação. Isso significa dizer que ao deixar de ser desrazão a loucura, relacionada à sociedade e considerada perda da natureza, antes de ser doença mental é alienação. Trata-se de uma alienação com relação a ela mesma, já que ela recebe o estatuto de objeto. Se antes a loucura era algo desconhecido e obscuro, ao ser transformada em objeto torna-se transparente, o que não significa dizer que

tenha ficado inteiramente clara ao saber, mas que a partir dela e do estatuto de objeto que o homem a designa, pelo menos teoricamente, deve ser inteiramente transparente ao conhecimento objetivo. A junção entre estar louco e a possibilidade de ser objeto fez nascer os postulados da psiquiatria positiva e os temas de uma ciência objetiva do homem (FOUCAULT, 2007b, p. 553, 574-5; MACHADO, 2006a, p. 65).

Como visto anteriormente, ainda no século XVIII, foram abertas várias casas destinadas a receber exclusivamente os insensatos. Esses novos locais não são diferentes no que concerne às estruturas daqueles existentes nos séculos anteriores. Embora sejam destinados aos insensatos, esses novos hospitais não dão tanto lugar à medicina. O que se desenvolveu naquele século não foi necessariamente a reforma ou a renovação das instituições, mas a criação de locais destinados exclusivamente aos loucos. A loucura não rompeu o círculo do internamento; foi um novo internamento dentro do antigo. Esse isolamento foi necessário para que a loucura separasse-se da desrazão, a que até então estava atrelada, e comesse a ser autônoma (FOUCAULT, 2007b, p. 483-4).

No período da Renascença, a individualidade vivida pela época medieval²⁴ viu-se reorganizada. Os loucos são reconhecidos e reagrupados de outro modo, segundo uma nova unidade específica: uma prática ambígua que o isola do mundo sem dar-lhe exatamente um estatuto médico. Depois de séculos de individualização, o louco, no Classicismo, é absorvido por uma massa indiferenciada, pois a loucura é dissipada em uma apreensão geral da desrazão e, sendo assim, o louco é encerrado juntamente com os devassos, os libertinos, os homossexuais e os doentes venéreos. O que ocorreu entre o fim da Renascença e o apogeu da era clássica foi uma mudança de consciência da loucura. O fato de encontrarem-se loucos nas casas de correção e não nos hospitais não é um sinal de progresso que vai do encarceramento à terapêutica. Pelo contrário, esse fato designa um estado de coisas superado que vai da Idade Média à Renascença, em que o louco era reconhecido como tal e isolado, mesmo sem um estatuto médico. No Classicismo, os hospitais destinados apenas aos loucos passaram a receber também os que não o eram, perderam seu estatuto, e não se percebia mais a diferença entre eles e as casas de correção (FOUCAULT, 2007b, p. 159-61, 164-5).

É interessante perceber que diferentemente do que ocorria no século XV, em que a verdade sobre a loucura estava sob o jugo médico, a estrutura da prática do internamento não

²⁴ Na Idade Média, os loucos possuíam uma individualidade e provavelmente essa individualidade foi influenciada pelo pensamento árabe. No Oriente Médio desde o século VII havia hospitais reservados aos loucos. Nesses locais existia a prática da cura através da música, da dança, dos espetáculos e das recitações de fábulas. São os médicos que dirigem a cura e decidem interrompê-la quando a consideram bem sucedida (FOUCAULT, 2007b, p. 159).

se ordena a uma decisão médica, pois existe outra consciência da loucura. A interdição, por conseguinte, é feita sem nenhum exame médico; ela é realizada pelos familiares e até por vizinhos através das cartas régias e pelas autoridades judiciais. Trata-se de uma *socialização* do poder de decisão sobre a loucura que deve reconhecê-la onde quer que ela esteja (FOUCAULT, 2007b, p. 166-8, 171).

No século XVIII, sob a coação do internamento, a desrazão perde-se no indiferenciado e na uniformidade: as pessoas são internadas sob o rótulo de libertinos. A loucura, diferentemente, tende a especificar-se. Aparecem, então, algumas categorias como o furor, a imbecilidade, o insensato, o alienado e o irado. Essas noções, embora pareçam bem precárias, passaram um bom tempo sem a penetração da influência médica. Enquanto a percepção asilar enriquece-se, a medicina permanece estranha e quase marginal. A classe médica não é uma classe de internamento, ela pode no máximo desenvolver um papel descritivo ou, mais raramente ainda, um papel diagnóstico (*Ibid.* p. 485, 491-2).

Atribui-se ao século XIX ter sido o primeiro a libertar o louco de uma confusão com os condenados ou demais *espécies* de internos. Mas vale ressaltar que já desde a primeira metade do século XVIII protestos de cunho político surgiram com essa finalidade, embora se possa perceber que de um século para o outro os mesmos protestos não tinham o mesmo fundo de valor: no início do século XIX, por exemplo, fica-se indignado porque os loucos não são melhor tratados que os condenados de direito comum ou os prisioneiros do Estado; no século XVIII, em contraposição, reclama-se que os internos deveriam ter melhores condições que os loucos. Ademais, ainda no século XVIII, a polêmica maior refere-se à mistura que se opera entre os loucos e as pessoas de razão, e não ao relacionamento fundamental entre os loucos e o internamento. O isolamento dos loucos dos demais não se deve ao progresso médico ou a uma abordagem humanitária, mas à própria lógica do internamento. São os próprios internos que protestam e que não querem ser reconhecidos nem confundidos com os loucos. A presença do médico, então, não ocorre com um cunho terapêutico, mas com a finalidade de defender os demais internos dos loucos (*Ibid.*, p. 495-9).

Além do fator político, também atrelam-se ao internamento fatores sociais e econômicos. Muitas crises de ordem econômica e social atingem a Europa como um todo, como o desaparecimento das terras comunais que ocorreu na segunda metade do século XVIII, antes da Revolução Francesa. Os grandes proprietários de terra beneficiam-se com essa medida e, concomitantemente, a população rural encontra-se desprovida da terra e exposta ao desemprego. A partir de então, a indigência e o desemprego, que antes eram problemas apenas urbanos, passam a fazer parte do cenário rural também. O desemprego e a

mendicância nesse período eram vistos como consequências de alguma falta ou erro moral, e a fim de solucionar o problema dos indigentes, mendigos e desempregados houve a abertura de depósitos cuja estrutura era a mesma dos Hospitais Gerais, para abrigar essa população específica. Muitos desses depósitos tiveram uma vida útil enquanto durou a crise, e alguns anos depois a própria prática de internamento assim como estava ocorrendo é posta em questão, uma vez que a miséria não tem mais como causa questões morais e sim fatores de ordem econômica. Assim, o pensamento econômico elabora um novo olhar sobre a pobreza. A abstração do internamento afastou o pobre e o confundiu com outras figuras (FOUCAULT, 2007b, p. 504, 507-9).

O século XVIII descobriu que *o pobre* não existe como realidade concreta e última. A própria pobreza é parte inerente da sociedade e é uma condição indispensável ao Estado e por isso não deve ser suprimida. O lado pobre é necessário porque torna possível a riqueza. O internamento, por conseguinte, não cabe nesse novo sentido que o século XVIII deu à pobreza; deve-se, ao contrário, deixá-la em plena liberdade do espaço social, pois será absorvida por si própria à medida que formará uma mão-de-obra barata (*Ibid.*, p. 510-1, 514).

Embora o século XVIII refira-se à pobreza de um modo geral, ela não é entendida sempre como um conceito único. Esse período resgatou a distinção antiga, que servia apenas como princípio de classificação no interior do internamento, entre *pobres válidos* e *pobres doentes*. Esse século deu um rigor a essa distinção ao afirmar que a diferença entre *pobre válido* e *pobre doente* não é somente um grau de miséria, mas de natureza no miserável. O *pobre válido* é considerado um elemento positivo na sociedade porque pode trabalhar; já o *pobre doente* é um elemento passivo, inerte e negativo porque não pode contribuir com sua força de trabalho e intervém na sociedade apenas a título de consumidor (*Ibid.*, p. 515-6).

Como visto anteriormente, ao longo do século XVIII a loucura desvencilhou-se do antigo parentesco com a desrazão e viu-se então isolada embora ocupasse o mesmo espaço nas casas de internamento. Isso gerou um problema em saber qual seria a função das casas de internamento, se elas deveriam ser extintas e qual o lugar social que a loucura iria ocupar a partir de então: a prisão, o hospital ou a família. Na época próxima à da Revolução, vários decretos surgiram a fim de encontrar uma solução para tal problema. Primeiramente, tentou-se reduzir ao máximo possível a prática do internamento no que concerne às faltas morais, aos conflitos familiares e aos aspectos benignos da libertinagem. Alguns defendiam que a presença dos loucos juntamente com as demais formas de desrazão transformava-as em uma condição indigna e degradante de humanidade. Por isso fazia-se necessário conceder uma

assistência especial à loucura para proteger os demais internos dos perigos que ela oferecia.²⁵ (FOUCAULT, 2007b, p. 526-7).

Nesse espaço social inteiramente modificado, a natureza do confinamento ainda não foi determinada, uma vez que não se sabe se ela está mais próxima da correção ou da hospitalização. Mas aos poucos, ao longo da era clássica, as casas de internamento começam a transformarem-se em asilos, ou seja, passam de locais meramente de exclusão e de correção para se tornarem locais terapêuticos (*Ibid.*, p. 534-5, 545-6).

A designação da loucura como doença mental não foi o resultado de um progresso do conhecimento. Sua condição de possibilidade encontra-se no internamento nos Hospitais Gerais quando ela é segregada, isolada da vida social, e não só, quando é separada da desrazão e transformada em objeto de conhecimento e posteriormente em doença mental. Contudo, concebida como doença mental, a loucura não consegue ser apreendida em sua totalidade pela razão médica.

Percebe-se, à vista disso, que a doença mental não é um fato natural porque se assim o fosse ela teria sido descoberta, e não criada, segundo mostrou Foucault em sua pesquisa. Outrossim, considerar a doença mental como fato natural implica não ter percebido a loucura por tantos séculos, só sendo essa percepção possível no apogeu do racionalismo e positivismo, entre o fim do século XVIII e início do século XIX.

Quando a loucura ganha esse estatuto de doença mental, algumas correntes de pensamento surgem para tentar explicar, quiçá entender e curar os loucos e sua loucura. Serão destacadas a seguir duas correntes de pensamento entre os séculos XVIII e XIX: o tratamento moral de Pinel, que em suma consistia em corrigir e reajustar o louco ao contexto social, e a doutrina organicista, que buscava explicar a loucura através de causas orgânicas. Ademais, serão ressaltadas as influências desses pensamentos nos estudos dos alienistas brasileiros do século XIX.

²⁵ Os loucos foram mandados aos Hospitais Gerais porque naquela época não havia hospitais destinados especificamente a eles. Porém, nas províncias mais afastadas nem para os Hospitais eles eram mandados; eles eram mantidos nas prisões (FOUCAULT, 2007b, p. 529-31).

2.2 EIS QUE SURGE A PSIQUIATRIA E OS ALIENISTAS...

No século das luzes, há a valorização do pensamento científico, e em meio a esse contexto ocorre o surgimento do hospital que posteriormente ganha a função de espaço terapêutico. Para sustentar o funcionamento do modelo hospitalar era necessário a instauração de medidas disciplinares que viessem garantir a nova ordem. Assim, surge uma arte de delimitação desse espaço físico, onde são fundamentais os princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma que nenhum detalhe escape a esse saber. Dentro desse espaço esquadrinhado, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo interno de suas relações exteriores. O discurso que alimenta esse sistema percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua *doença*, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e concomitantemente delega-o a um médico especialista (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

O modelo alienista surgido nessa época era repressivo-tutelar e assistencial: ele garantia uma proteção espacial para essas pessoas ao mesmo tempo em que, por serem classificadas como doentes e por estarem abrigadas lá, passaram a ser condenadas a um destino institucional quase obrigatório e por vezes definitivo. Esse aspecto que conserva concomitantemente o aspecto assistencial e repressivo fica evidenciado no tratamento adotado por Philippe Pinel (1745–1826).

Havia uma prevalência da moral no tratamento que Pinel oferecia. Ele propunha que a essência da loucura seria um desarranjo das funções mentais e considerava que diversos sintomas poderiam estar associados a algum tipo de lesão da vontade ou do juízo. O tratamento proposto era eminentemente correccional, e a pedagogia severa tinha por objetivo reajustar o louco ao contexto social. Essa tentativa de remodelar o comportamento inadequado dentro dos padrões morais e éticos mostra-se fundamentalmente repressivo (RIBEIRO, 2006, p. 48).

Pinel ficou conhecido na história como aquele que libertou os loucos das correntes. Tal decisão pautou-se no rigor médico em definir o diagnóstico e o tratamento *corretos* da loucura, que deveriam ser guiados pela razão e pela observação dos casos em seu estado natural, sem distorções impostas pelo desconforto e pela violência das administrações dos antigos hospícios (PESSOTTI, 1996, p. 163).

Antes da atuação de Pinel, os doentes eram todos amontoados sem diferenciação, sem diagnóstico, análise ou exame do estado singular de cada caso. Alguns médicos iam ao asilo, mas apenas para cuidar de alguma doença física e, às vezes, traçavam algumas considerações sobre o estado psíquico do louco naquele momento, mas depois, elas não eram confrontadas com o estado dele em outras ocasiões. Adotado o sistema pineliano, os primeiros resultados começaram a aparecer: alguns problemas e sintomas que antes não eram notados quando os loucos eram amontoados todos juntos sem qualquer distinção. Outro ponto a destacar-se foi a percepção de problemas de ordem administrativa e de relacionamento com os loucos que antes eram despercebidos ou mascarados pelo regime de contenção violenta (PESSOTTI, 1996, p. 163-4).

A concepção que Pinel possuía da loucura diferia das demais de sua época e, portanto, requeria outro tipo de tratamento. Para ele, as doenças mentais eram ocasionadas por tensões sociais e psicológicas excessivas que podiam ter causas hereditárias ou serem provenientes de acidentes físicos; desprezava, assim, a tese de possessão demoníaca.

Apesar de todas as mudanças decorrentes do método de Pinel, acredita-se que ele não rompeu com as práticas do internamento, pois mesmo tendo procurado *humanizar* o tratamento, no que se refere à libertação das amarras físicas, o aprisionamento mental continuava, uma vez que para alguns casos considerados irredutíveis, o método convencional não se enquadrava, restava apenas a opção de confinar o louco definitivamente nos hospitais psiquiátricos (FANTINI, 2007, p. 30-1).

Embora presentes nas concepções médicas anteriores, as ideias de Pinel anunciaram nova forma de experiência da loucura ao assumir novo significado quanto à classificação do espaço institucional, ao arranjo nosográfico das doenças mentais e à imposição de uma relação específica de poder entre o médico e o doente (ENGEL, 2001, p. 118).

Uma leitura possível da libertação das correntes realizada por Pinel é que ele, de fato, não desejava devolver a liberdade aos loucos, uma vez que era, segundo alguns, defensor irrestrito da coerção psiquiátrica, mas acreditava que em um hospício corretamente administrado, os pacientes ficariam tão impressionados com o poder e a autoridade dos responsáveis que os métodos mais duros utilizados até então seriam desnecessários (SZASZ, 1978, p. 178).

Foucault (2006c, p. 261; 266) critica a história tradicional no que concerne ao título concedido à Pinel de libertador dos loucos. Para o filósofo francês, Pinel apenas libertou os outros desrazoados, a saber, os velhos, os ociosos, os desempregados, as prostitutas e os libertinos, enquanto que os loucos permaneceram encerrados nos estabelecimentos. Isso se

deveu ao fato de que a partir do século XVII, com advento da industrialização, a existência de tais pessoas no âmbito social não podia ser mais tolerada porque não atendiam às exigências da sociedade industrial. Os que não trabalhavam, sendo capazes de trabalhar, saíam dos estabelecimentos. Porém os loucos eram considerados aqueles que não possuíam capacidade de trabalhar e, devido a isso deveriam permanecer excluídos sob o estatuto de doentes.

Entre o final do século XVIII e início do século XIX, uma nova corrente de pensamento da psiquiatria surge: a doutrina organicista que buscava causas orgânicas da loucura, desenvolvendo desse modo métodos terapêuticos físicos e medicamentosos. Baseadas nessa concepção organicista, eram justificáveis algumas intervenções por mais fisicamente cruéis que fossem, porquanto tinham como objetivo a cura que o saber psiquiátrico tanto almejava. A doutrina organicista admitia que toda loucura era doença do corpo, e não da mente, ou mais precisamente que ela era uma função cerebral que se traduz por outra lesão no nível do intelecto. A concepção organicista da loucura abordava a questão da origem da loucura a partir de um ângulo positivista em oposição à concepção romântica que destacava o conhecimento dos aspectos da vida interior ou da personalidade dos indivíduos. Alguns organicistas defendiam que independentemente das manifestações a loucura seria o resultado dos desarranjos orgânicos, cerebrais ou não; outros, por sua vez, acreditavam que seria o resultado de alguma lesão estrutural do encéfalo (PESSOTTI, 1996, p. 244, 247-9).

A concepção que opõe razão e loucura tanto retirava do louco a condição de ser humano, uma vez que era a razão que dava o traço essencial que diferia o homem das outras espécies animais, quanto situava a loucura como ameaça que poderia atingir todas as pessoas indistintamente, desde aqueles que possuíam elevada condição social quanto os menos favorecidos. Em ambos os casos, ressaltava-se a importância da intervenção de alguém competente o suficiente cuja finalidade era identificar, diagnosticar, tratar e, quiçá, curar o louco, além de contribuir para a ordem social. Esse alguém incumbido de tal tarefa seria o alienista (ENGEL, 2001, p. 121).

É importante frisar que as primeiras concepções acerca da loucura formuladas pelos primeiros alienistas estavam bastante marcadas pelas noções estabelecidas e disseminadas por saberes não especializados e, portanto, não científicos, a saber, o senso comum. Os saberes populares ganhavam estatuto científico quando eram apropriados às observações e aos discursos médicos que por sua vez tendiam a desqualificar os saberes leigos e geravam, simultaneamente, um distanciamento entre o *erro do senso comum* e a *verdade da ciência*.

Os alienistas brasileiros da década de 30 do século XIX, baseados nas classificações nosográficas dos alienistas franceses do início do referido século, procuravam transformar a loucura em objeto multifacetado com a finalidade de que o reconhecimento dela só fosse possível por aqueles que tivessem acesso ao instrumental produzido por um saber científico especializado. Apesar de haver influência francesa nos estudos dos médicos brasileiros naquela década, a consolidação do alienismo francês ganharia maior expressão e profundidade pelos médicos brasileiros com a criação de uma área médica especializada no estudo da alienação mental nas faculdades de medicina do Império entre os anos 70 e 80 do mesmo século. A importância da criação dessa especialidade médica é vista como um “meio de se consolidar a exclusividade da autoridade médica na avaliação da presença (ou da ausência) da alienação mental, na medida em que o saber especializado viabilizaria o aprimoramento da capacidade de diagnosticar a loucura por mais escondida que estivesse”. A relevância da psiquiatria estava também vinculada à perspectiva de definir o território demarcado pela associação entre loucura e criminalidade e afirmar e legitimar a intervenção do médico sobre o espaço urbano que se tornava, devido aos conflitos sociais, um local cada vez mais perigoso²⁶ (ENGEL, 2001, p. 122-5, 133-4).

Para completar este capítulo, veremos no tópico subsequente algumas considerações mais críticas, a partir do próprio Foucault e de comentadores. Serão abordadas as análises arqueológicas no que se refere à loucura e à psiquiatria.

2.3 FOUCAULT E A LOUCURA

Foucault em *Histoire de la folie à l'âge classique* faz análises históricas, mas não são análises feitas de maneira tradicional, como costumam fazer os historiadores; tratam-se de análises arqueológicas. Isso significa dizer que o objeto dessas análises é estabelecer relações entre os saberes – cada um considerado como possuindo uma positividade específica, ou seja, a positividade do que foi efetivamente dito e deve ser aceito como tal e não julgado a partir de um saber posterior e superior – para que dessas relações surjam, em uma mesma época ou em épocas diferentes, compatibilidades e incompatibilidades que não sancionem ou invalidem,

²⁶ Esse perigo estava vinculado à presença da doença nos centros urbanos.

mas estabeleçam regularidades, permitam individualizar formações discursivas (MACHADO, 2006b, p. VI–VIII).

Sendo assim, percebe-se que Foucault critica a história continuísta que descreveria o caminho da psiquiatria como uma passagem linear de uma percepção social a um conhecimento científico da loucura. Não obstante, vale ressaltar que embora a arqueologia prime pela descontinuidade histórica, não há uma ruptura absoluta entre as diversas épocas históricas, visto que as teorias e as práticas de uma época dependem das que passaram. A análise feita por Foucault leva-nos a fazer uma releitura da história, pois aquilo que considerávamos como certo, sólido e familiar, pode ser transgredido na medida em que impede outro modo de pensar, impede os sujeitos modelarem por si mesmos sua própria existência (GARCÍA, 1995, p. 25; MACHADO, 2006a, p. 78-80).

As pesquisas arqueológicas também mostram a posição crítica adotada por Foucault perante a razão ocidental; uma razão que se consolidou como hegemônica e como único caminho para a verdade da ciência e que, por isso, silenciou a loucura no período clássico. Ao refletir sobre a experiência da loucura no contexto em que a razão ocidental foi concebida como privilégio de uma consciência crítica e que paulatinamente a loucura foi situada fora desses limites da racionalidade, Foucault demonstra que esse processo histórico culmina tanto no internamento dos loucos em asilos quanto na conceituação da loucura como doença mental (MARTINS, 2007, p. 2-3, 9).

Logo, percebe-se que a história da loucura não é uma história da psiquiatria, já que esta é, ao mesmo tempo, um momento determinado de uma trajetória mais ampla cujas rupturas no nível do saber permitem isolar diferentes períodos ou épocas. Foucault mostra que a psiquiatria é uma *ciência* recente – a doença mental tem pouco mais que 200 anos – e que a intervenção da medicina em relação ao louco é datada historicamente. *Histoire de la folie à l'âge classique* analisa as características, as dimensões e a importância dessa ruptura de tal modo que, depois dela, não é mais possível falar rigorosamente de doença mental antes do final do século XVIII, momento em que se inicia o processo de patologização do louco. A partir da pesquisa feita por Foucault, a história da loucura deixa de ser a história da psiquiatria (MACHADO, 2006a, p. 52).

Foucault pôde mostrar como a psiquiatria, em vez de ser quem descobriu a loucura e a libertou, foi a radicalização de um processo de dominação do louco que começou muito antes dela. De fato, as condições de possibilidade da história da psiquiatria são mais institucionais que teóricas. Não se tem o objetivo de reconstruir a história dos conceitos e teorias psiquiátricas, mas de descrever como se constituiu uma experiência social da loucura que a

identifica com a doença mental, que por sinal não consegue dar conta da magnitude e do entendimento do que seria a loucura. Além disso, o filósofo mostra que o nascimento das teorias psiquiátricas é só um aspecto a mais dessa experiência. Se a concepção psiquiátrica da loucura como doença mental é uma novidade conceitual que assinala uma ruptura com a teoria clássica, a prática asilar é muito mais importante para dar conta da constituição da psiquiatria. O louco foi individualizado, isolado e patologizado por motivos econômicos, políticos e assistenciais, e não por exame médico. Diante disso pode-se afirmar que a passagem da desrazão para a doença mental é institucional, antes de ser teórica (GARCÍA, 1995, p. 31, 49, 51; MACHADO, 2006b, p. VIII; MACHADO, 2006a, p. 81).

Uma pergunta que o filósofo faz remete ao presente, e não ao passado: que tipo particular de racionalidade torna aceitável que se encerre os loucos para curá-los, ou que identifique a loucura com a enfermidade mental? Não se trata nem de uma história social das instituições, porque ele não narra a gênese das instituições manicomiais nas sociedades ocidentais e tampouco faz uma valoração epistemológica da psiquiatria, rechaçando ou admitindo seu caráter científico e reconstruindo historicamente seus conceitos e teorias, nem de uma história das ciências, mas de uma história da verdade e da razão. Não se refere, a descrever a gênese ou as distintas representações da loucura, por exemplo, mas a mostrar como se construiu as formas múltiplas de subjetividade (GARCÍA, 1995, p. 22-3).

Foucault vai destacar a questão institucional no que se refere ao surgimento e desenvolvimento da psiquiatria ao analisar a investigação das organizações e o funcionamento dos asilos. Os procedimentos utilizados nesses locais como curativos são efetivamente técnicas de controle, relações de forças unilaterais formuladas em termos de autoridade e dominação. No fundo, parece que a ação do psiquiatra é mais moral e social que científica, uma vez que a medicina mental é uma terapêutica e uma educação moral, e o louco não é mais um desrazoado, como na época clássica, mas um doente e, portanto, alguém sujeito a ações terapêuticas e passível de recuperação (MACHADO, 2006a, p. 72-3).

A loucura descrita por Foucault na obra em questão não está mais vinculada com a fenomenologia e a psiquiatria existencial alemã; o cerne do assunto está no âmbito material e contingente de uma experiência historicamente constituída por práticas institucionais, processos socioeconômicos, formas de discursos de cuja confluência surgirá a figura cultural da enfermidade mental (GARCÍA, 1995, p. 26).

O filósofo francês não reduz a razão a um processo geral ou a um *logos* universal, bem característico da cultura ocidental, todavia aborda regionalmente o problema da história da razão, de uma maneira que consiste em especificar suas formas distintas seus tipos múltiplos e

singulares e seus limites em cada caso, uma vez que as determinações da razão variam segundo o campo de experiência em que esta se emprega (GARCÍA, 1995, p. 31, 49, 51).

Foucault (2006c, p. 163) ao descrever a loucura quis descrever a modificação de uma estrutura social, isto é, a estrutura da exclusão. Na Idade Média, a exclusão atinge o leproso e o herético que são confinados nos leprosários ou queimados nas fogueiras da Inquisição; já na Idade Clássica, ela exclui os desrazoados a partir do internamento. Para o filósofo, a loucura só existe em uma sociedade, não existindo fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. Na Idade Média e no Renascimento, a loucura está presente na sociedade como um fato estético e cotidiano. No período da internação, a partir do século XVII, ela é excluída e silenciada.

Ele faz uma interessante reflexão ao mencionar que em todas as sociedades sempre há aqueles que são excluídos por possuírem um comportamento diferente do das outras pessoas e que escapam às regras comumente definidas em certos domínios da sociedade que ele dividiu em quatro categorias, a saber: produção econômica (trabalho), reprodução da sociedade (sexualidade), linguagem e atividades lúdicas. Nesse caso, alguns indivíduos são excluídos em relação a um domínio ou outro, mas o louco é aquele que é excluído de todos os domínios (FOUCAULT, 2006c, p. 260-1).

O nascimento da psiquiatria como categoria social é caracterizado tanto pela cisão entre desrazão e loucura, e a transformação desta em doença mental que se torna objeto da medicina, quanto pela modificação do estabelecimento de internação em espaço terapêutico cuja finalidade era internar os que não tinham condições de trabalhar por razões físicas e internar aqueles que não podiam trabalhar por razões não corporais (FOUCAULT, 2006c, p. 266; MACHADO, 2006a, p. 65).

Foucault não considera a psiquiatria uma ciência e por isso ele não faz epistemologia. Para diferenciar a história epistemológica da arqueológica, o filósofo baseia-se na distinção entre conhecimento e percepção²⁷. Para a epistemologia, só a ciência produz conhecimento e este é utilizado em termos mais gerais de uma teoria sistemática sobre a loucura que seria, por conseguinte, uma objetivação da loucura por um discurso científico, ou que tem a pretensão de parecer como tal, como é o caso das teorias médicas e psiquiátricas. Ele procura mostrar a insuficiência desses discursos científicos que não dão conta da abrangência da loucura porque a própria psiquiatria, ao contrário do que pensam os epistemólogos, não é capaz de definir a

²⁷ A arqueologia ocupa um lugar aquém do conhecimento, no sentido de não só ser anterior como também prioritário, pois serve de base para desvendar a verdade e os objetivos do conhecimento (MACHADO, 2006a, p. 77).

loucura e também porque é preciso situar a análise em outro nível, o da percepção, que é o da relação teoria-prática estabelecida com o louco em uma situação de exclusão institucional (MACHADO, 2006a, p. 74-6).

É interessante perceber que pouco antes de sua morte, em 1984, em uma entrevista cedida ao *L'Express*, Foucault (1990, p. 101-2), após anos de análises e discussões, afirmou que nos estudos que realizou sobre a loucura o cerne da questão refere-se sobretudo ao *que é o poder*. E mais especificamente, de como ele é exercido, o que exatamente acontece quando pessoas exercem o poder sobre as outras. Para o filósofo, o poder é algo muito mais complexo que apenas proibição e repressão. Essas questões sobre o poder (e também sobre o saber) serão melhor explicitadas no próximo capítulo deste trabalho.

III SABER E PODER

Não existe em Foucault uma teoria geral do poder. Não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas e em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa, todavia é uma prática social e, como tal, constituída historicamente. Para Foucault, nem a arqueologia nem a genealogia têm por objetivo fundar uma ciência, construir uma teoria ou constituir-se como sistema; o que elas realizam são análises fragmentárias e transformáveis. Isso se dá porque segundo o filósofo toda teoria é provisória, acidental, dependente de um estado de desenvolvimento da pesquisa que aceita seus limites, seu inacabado, sua parcialidade, formulando conceitos que clarificam os dados – organizando-os, explicitando suas interrelações, desenvolvimento e implicações –, mas que em seguida são revistos, reformulados, substituídos a partir de um novo material trabalhado (MACHADO, 2006b, p. X-XI).

Foucault, a partir de suas pesquisas sobre o nascimento das instituições carcerárias e da constituição do dispositivo de sexualidade, percebeu que não há sinonímia entre o Estado e o poder. Isso quer dizer que existem poderes periféricos e moleculares que não foram absorvidos pelo aparelho de Estado, nem são necessariamente criados por ele nem nasceram fora dele; foram inevitavelmente reduzidos a uma forma ou manifestação do aparelho central. Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social, e o complexo dos micropoderes existe integrado ou não ao Estado. Mudanças que ocorrem no âmbito do Estado não influenciam necessariamente transformações no poder periférico. Isso ocorre porque há, nesses poderes periféricos, certa autonomia e independência (*Ibid.*, p. XII).

A análise do filósofo propõe que o poder não é uma dominação global e centralizada que pluraliza e se difunde em outros setores da vida social de modo homogêneo, porém possui uma existência própria e formas específicas. O Estado não é o ponto de partida necessário, o foco absoluto que estaria na origem de todo tipo de poder social e do qual também se devia partir para explicar a constituição dos saberes nas sociedades capitalistas. Foi muitas vezes fora do poder do Estado que se instituíram as relações de poder, essenciais para se situar a genealogia dos saberes (*Ibid.*, p. XIII-XIV).

O interessante da análise é justamente que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder; o que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. Esse caráter relacional do poder implica que as próprias

lutas contra seu exercício não possam ser feitas do exterior, de outro lugar, já que nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder. Não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social (MACHADO, 2006b, p. XIV).

Foucault explica que o poder não se funda necessariamente no direito, na lei, nem na repressão, coerção ou violência. Um exemplo que o filósofo menciona é o do capitalismo que não conseguiria manter-se se fosse exclusivamente baseado na repressão. Ele segue dizendo que não se aplica inteiramente o poder quando se procura caracterizá-lo por sua função repressiva. Existe um lado positivo do poder que produz, e o objetivo desse poder de produção é econômico e político, visto que torna os homens força de trabalho, dando-lhes uma utilidade econômica máxima e uma diminuição de sua capacidade de revolta e neutraliza os efeitos de contra-poder, isto é, torna os homens dóceis politicamente. Seria então, o aumento da força econômica e a redução da força política (*Ibid.*, p. XVI).

Foucault (2006b, p. 53-4) distingue dois tipos de poder: o poder de soberania e o poder disciplinar. O primeiro é um poder que vincula soberano e súdito, isso significa dizer que é um poder de obediência. Ele esclarece que para que haja relação de soberania é preciso que exista um direito divino, uma conquista, uma vitória, um ato de submissão, um juramento de fidelidade, um ato firmado entre o soberano que concede privilégios, ajuda, proteção, e alguém que em compensação retribui esses favores com empenho e trabalho. A relação de soberania, na visão de Foucault, é frágil e tende à ruptura. Consequentemente, uma maneira de manter a relação *funcionando* é a existência do que ele denomina de reatualização, que seriam rituais e cerimônias, tais como gestos, hábitos, obrigações de cumprimento, sinais de respeito, brasões etc. Além disso, não se trata de uma relação isotópica, ou seja, que não constitui um quadro hierárquico unitário, mas de relações heterogêneas umas em relação às outras, como a relação do senhor e do escravo que difere da do senhor feudal com o suserano que já difere da do padre com relação ao leigo. À vista disso, todas essas relações não podem ser integradas no interior de um sistema verdadeiramente único.

Nos séculos XVII e XVIII, ocorre a invenção de uma nova mecânica de poder com procedimentos específicos, instrumentos novos e aparelhos diferentes. É um tipo de poder que é exercido muito mais nos corpos que sobre a terra e seus produtos: é o poder disciplinar que foi um instrumento fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente. Refere-se, destarte, a um poder não mais de obediência, e sim de sujeição e de dominação; também não é um poder de dominação global, mas de formas múltiplas de dominação, ou seja, não é uma dominação de um único indivíduo sobre os outros

nem de um grupo sobre outro. Do ponto de vista político e econômico, o poder disciplinar torna o homem útil e dócil.

Algumas características básicas do poder disciplinar são: *a organização do espaço* que seria uma técnica de distribuição e isolamento dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório, fechado, esquadrinhado e hierarquizado, fazendo-o desempenhar funções diferentes segundo o objetivo específico que dele se exige. *O controle do tempo*, que seria a sujeição do corpo ao tempo com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. *A vigilância*, que precisa ser percebida como contínua, perpétua, permanente e sem limites pelos indivíduos que a ela estão expostos. Ela penetra nos lugares mais recônditos e está presente em toda a extensão do espaço, mesmo que ela, de fato, não se exerça assim. Um exemplo de vigilância é o Panóptico de Bentham²⁸. A última característica é o *registro contínuo*, que seriam anotações feitas a partir da observação do comportamento dos indivíduos, e os registros são transmitidos hierarquicamente até chegar ao ponto mais alto da hierarquia (MACHADO, 2006b, p. XVII-XVIII).

O poder disciplinar deveria ter causado o desaparecimento do poder de soberania, contudo este continuou existindo como uma ideologia e como princípio organizador dos grandes códigos jurídicos. Por conseguinte, os dois tipos de poderes exercem-se e ambos fazem parte dos mecanismos gerais de poder de nossa sociedade, por isso não adianta opor ou chocar um com o outro com o intuito de limitar os poderes de cada um deles (FOUCAULT, 2006b, p. 188-9).

Foucault (2006b, p. 182-3) enumera alguns pontos relevantes para assinalar a mudança da concepção do poder de soberania para o poder disciplinar. Ele procura primeiramente analisar o poder não a partir de sua centralidade, e sim a partir de suas ramificações: é o poder em sua forma de instituição local e regional. Em vez de tentar entender onde e como o direito de punir fundamenta-se na soberania tal como esta é apresentada pelo direito monárquico ou do direito democrático, o filósofo procurou examinar como a punição e o poder de punir materializavam-se em instituições locais, regionais e materiais, quer trate-se do suplício ou do encarceramento, no âmbito institucional, físico, regulamentar e violento dos aparelhos de punição. Ele também propõe que ao invés de perguntarmos por que alguns querem dominar, qual a estratégia global, o que procuram, como o soberano aparece no topo, deveríamos tentar saber como foram constituídos, pouco a pouco, real e materialmente os súditos, a partir da

²⁸ A lógica de funcionamento e a interpretação filosófica de Foucault para o Panóptico de Bentham serão explicitadas mais adiante neste capítulo.

multiplicidade dos corpos, das forças, das energias, das matérias, dos desejos, dos pensamentos etc; saber como funcionam as coisas no nível do processo de sujeição ou dos processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos etc.

Foucault (2006b, p. 183-4) insiste em afirmar que o poder não é um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras. Deve-se ter sempre presente que o poder não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder funciona e exerce-se em rede e deve ser analisado como algo que circula e que funciona em cadeia. Ele nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. Nas malhas do poder, os indivíduos não só circulam como também estão sempre em posição de exercer esse poder e de sofrer sua ação. Eles nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, pois são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, porém passa por eles. O indivíduo não é concebido como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou estraçalhando-os. Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos do poder. Em suma, o indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão.

Machado de Assis (2006, p. 268-70, 272, 278-9) ilustra bem em algumas passagens d'*O alienista* que o poder circula e pode ser exercido por vários indivíduos pertencentes a diferentes partes da sociedade. Isso significa dizer que os indivíduos (ou grupos de indivíduos) podem tanto sofrer quanto exercer o poder. Há duas personagens que manifestam esse jogo do poder: uma delas é o Dr. Bacamarte e a outra é o barbeiro Porfírio. Sobre o primeiro, o autor descreve “o grau máximo da influência de Simão Bacamarte” ao enunciar que ele recolheu à Casa Verde, além de tantas outras pessoas, inclusive sua esposa e um amigo próximo, o boticário Crispim, um vereador acusado de “extraordinária inconsistência das opiniões” e o presidente da Câmara que segundo o alienista padecia da “demência dos touros”. A outra personagem, o barbeiro Porfírio, rebelou-se contra a tirania científica de Bacamarte, uma vez que “Itaguaí não podia continuar a servir de cadáver aos estudos e experiências de um déspota [...]”. Ele resolveu formar uma rebelião para capturar e deportar Dr. Simão e derrubar a Casa Verde. Ao almejar isso, “o barbeiro sentiu despontar em si a ambição do governo; pareceu-lhe então que, demolindo a Casa Verde, e derrocando a

influência do alienista, chegaria a apoderar-se da Câmara, dominar as demais autoridades e constituir-se senhor de Itaguaí”. Esse jogo de poder continua ao longo do conto novela até que Porfírio é recolhido à Casa Verde.

Foucault (2006b, p. 184) afirma que não é a dominação global que se pluraliza e repercute até embaixo, até elementos moleculares da sociedade. A análise ascendente do poder é analisar a maneira como os fenômenos, as técnicas e os procedimentos de poder atuam nos níveis mais baixos; como esses procedimentos deslocam-se, expandem-se, modificam-se; sobretudo como são investidos e anexados por fenômenos mais globais; como poderes mais gerais ou lucros econômicos podem inserir-se no jogo dessas tecnologias de poder que são, ao mesmo tempo, relativamente autônomas e infinitesimais.

É interessante perceber que esse jogo de poder teve algumas consequências: os que solicitavam as ordens de prisão (familiares, vizinhos etc) foram perdendo o poder familiar, se se pode chamá-lo assim, em detrimento do poder administrativo; enquanto este, por ter metido-se em tantos ódios e intrigas, tornou-se detestável. Embora Foucault tenha mencionado que esse sistema tenha ocorrido apenas na França, pode-se observar que algumas famílias brasileiras procediam do mesmo modo ao denunciar aos médicos psiquiatras e à polícia o comportamento de algum de seus membros a fim de que fossem internados ou detidos. Alguns exemplos ilustrando esse fato serão descritos posteriormente com maior detalhe no capítulo IV deste trabalho.

No próximo tópico serão apontadas as particularidades do poder disciplinar no século XVIII e a relação desse poder com o corpo, tornando-o igualmente dócil e útil.

3.1 O PODER DISCIPLINAR E O CORPO

Na época clássica, o corpo foi tido como objeto e alvo de poder; corpo que se manipula, se modela, se treina, se obedece, responde, se torna hábil e cujas forças multiplicam-se. Durante esse período, dois registros distintos do Homem-máquina foram escritos: (1) o *anátomo-metafísico*, que era um registro de submissão e utilização do corpo, corpo útil cujas primeiras páginas foram escritas por Descartes e continuadas pelos médicos e filósofos; e (2) o *técnico-político*, constituído por um conjunto de regulamentos militares, escolares, hospitalares e por processos empíricos e refletidos para controlar ou corrigir as operações do corpo. Nesse registro, o corpo é considerado como algo passível de explicação e

de funcionamento: é o corpo inteligível. O que une esses dois tipos divergentes de registros é a noção de docilidade. “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2008, p. 118).

Ao longo da história, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. Entretanto, o século XVIII possui uma particularidade em relação aos demais períodos históricos no que se refere ao esquema da docilidade do corpo. A particularidade consiste em novas técnicas e novos métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade. É o que Foucault chama de disciplina. As disciplinas já existiam há muito tempo nos conventos, nos exércitos, nas oficinas, contudo o que a vai diferenciar no decorrer dos séculos XVII e XVIII é que as disciplinas tornaram-se fórmulas gerais de dominação, embora fosse uma dominação diferente da escravidão já que não se fundamenta numa relação de apropriação dos corpos. É diferente também da domesticidade, que é uma relação de dominação constante, global, maciça, não analítica, ilimitada e estabelecida sob a vontade singular do patrão. É diferente da vassalagem, que é uma relação de submissão altamente codificada, mas longínqua e que se realiza menos sobre as operações do corpo que sobre os produtos do trabalho e sobre as marcas rituais da obediência e é diferente ainda do ascetismo ou das disciplinas de tipo monástico, que têm por função realizar renúncias mais do que aumentos de utilidade e que, se implicam obediência a outrem, têm como fim principal um aumento do domínio de cada um sobre seu próprio corpo. Já o período histórico compreendido entre os séculos XVII e XVIII é o momento em que as disciplinas são vistas de outra maneira, já que nasce uma arte do corpo humano que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas à formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente (*Ibid.*, p. 118-9).

Nasce nesse âmbito da disciplina o que Foucault chama de anatomia política, que é também uma mecânica do poder. Ele a denomina assim por tratar-se de uma política das coerções sobre o corpo que é por sua vez esquadrihado, desarticulado e recomposto pelo poder. A anatomia política

define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e excitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui

essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita (FOUCAULT, 2008, p. 119).

Essa nova anatomia política não deve ser entendida como uma descoberta súbita, mas como uma microfísica do poder, uma multiplicidade de processos muitas vezes mínimos, de origens diferentes, de localizações esparças, que se recordam, se repetem, ou se imitam, se apoiam uns sobre os outros, se distinguem segundo seu campo de aplicação, entram em convergência e esboçam aos poucos a fachada de um método geral (*Ibid.*, p. 119).

A disciplina procede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço. Primeiramente, a disciplina trabalha com a cerca ou a clausura que seria a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo. Esse modelo podia ser encontrado nos colégios, nos quartéis, nas fábricas, nos hospitais e nos próprios conventos. Em segundo lugar, a disciplina organiza um espaço analítico que consiste em uma localização imediata ou em um quadriculamento em que cada indivíduo tem seu lugar e cada lugar tem seu indivíduo. “O espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quando corpos ou elementos há de se repartir”. Isso ocorre para que haja a decomposição do coletivo, para que se evite as distribuições por grupos. O importante é saber onde e como encontrar os indivíduos, vigiar, a cada instante, o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir qualidades ou méritos e estabelecer comunicações úteis e interromper as consideradas perigosas. A localização imediata ou quadriculamento vai ganhando, na arquitetura das instituições disciplinares, espaços determinados que se definem não só para satisfazer à necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, como também para criar espaços úteis. Isso é bem evidente nos hospitais, principalmente militares e marítimos. Foucault (2008, p. 122-3) mostra-nos essa situação ao dar um exemplo de um hospital marítimo situado em Rochefort na França. Esse hospital está localizado em uma área portuária que, por sua vez, é um local onde há circulação incessante de mercadorias, pessoas, doenças, deserções, contágios e contrabandos. O hospital marítimo além de ser um local de vigilância das doenças e dos contágios serve também para outras formas de controle, como o militar sobre os desertores, o fiscal sobre as mercadorias, o administrativo sobre os remédios, as rações, os desaparecidos, as curas, as mortes, as simulações. É interessante perceber que em Rochefort as distribuições da vigilância fiscal e econômica precedem as técnicas de observação médica, isso porque as medidas tomadas no referido lugar destinavam-se mais às coisas que aos

homens, mais às mercadorias que aos doentes. Só posteriormente é que se estabelecem nesse tipo de hospital

[...] um sistema para verificar o número real dos doentes, sua identidade, as unidades de onde procedem; depois regulamentam-se suas idas e vindas, são obrigados a ficar em suas salas; a cada leito é preso o nome de quem se encontra nele; todo indivíduo tratado é inscrito num registro que o médico deve consultar durante a visita; mais tarde virão o isolamento dos contagiosos, os leitos separados. Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico (FOUCAULT, 2008, p. 124).

Em suma, pode-se dizer que as disciplinas criam espaços complexos ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação, marcam lugares e indicam valores, garantem a obediência dos indivíduos e também a economia do tempo e dos gestos. Os espaços disciplinares são mistos, visto que são concomitantemente reais, uma vez que regem a disposição de edifícios, de salas, de móveis e ideais, pois projetam-se sobre essa organização caracterizações, estimativas e hierarquias. As disciplinas transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas que Foucault (2008, p. 126-7) considera como a primeira das grandes operações da disciplina: o quadro vivo. “O quadro, no século XVIII, é ao mesmo tempo uma técnica de poder e um processo de saber. Trata-se de organizar o múltiplo, de se obter um instrumento para percorrê-lo e dominá-lo; trata-se de lhe impor uma ‘ordem’”.

Foucault (2008, p. 127-31) menciona um elemento que compõe o poder disciplinar: o *controle da atividade* que por sua vez é caracterizado pelo *horário* que é uma herança dos tempos monásticos que, na modernidade, foi aplicado à disciplina dos colégios, das oficinas e dos hospitais. Os três grandes processos do horário são: estabelecer censuras, obrigar a ocupações determinadas e regulamentar os ciclos de repetição. As virtudes fundamentais do tempo disciplinar são a exatidão e a aplicação. Outra característica do controle da atividade é a *elaboração temporal* do ato em que o tempo penetra no corpo. Nesse sentido, ele não é mais um horário, algo vindo do exterior; o tempo aqui foi incorporado de tal modo que ele elabora e controla o próprio ato: a posição do corpo, dos membros, das articulações e para cada movimento ao determinar uma direção, uma amplitude, uma duração. Há também a característica que diz respeito à *correlação entre o corpo e os gestos*. Isso significa dizer que o controle disciplinar não consiste simplesmente em ensinar ou impor uma série de gestos

definidos, mais impor a melhor relação entre um gesto e a atitude global do corpo. No bom emprego do corpo que permite um bom emprego do tempo, nada deve ficar ocioso ou inútil. Um corpo disciplinado é a base de um gesto eficiente. Outra característica presente no controle da atividade é a *articulação do corpo-objeto*. A disciplina define cada uma das relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula. Ela estabelece cuidadosa engrenagem entre um e outro. A codificação instrumental do corpo seria a decomposição do gesto global em duas séries paralelas: a dos elementos do corpo que serão postos em jogo e a dos elementos do objeto manipulado. Ambos os elementos (do corpo e do objeto manipulado) são colocados em correlação uns com os outros segundo certo número de gestos simples e depois é fixada uma ordem canônica em que cada uma dessas correlações ocupa um lugar determinado. Sobre toda a superfície de contato entre o corpo e o objeto que o manipula, o poder vem introduzir-se, amarra-os um ao outro. Além de todas essas características citadas anteriormente existe mais uma denominada de *utilização exaustiva* que é o princípio da utilização teoricamente crescente do tempo; é extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e de cada instante sempre mais forças úteis. Isso significa que se deve procurar intensificar o uso do mínimo instante, como se o tempo, em seu próprio fracionamento, fosse inesgotável. E quanto mais decompõe-se o tempo e as subdivisões dele, mais se pode acelerar uma operação.

O sucesso do poder disciplinar atrelado ao *controle da atividade* juntamente com outros elementos, tais como a *organização das gêneses* e a *composição das forças*²⁹, deve-se ao uso de instrumentos simples como a *vigilância hierárquica*, a *sanção normalizadora* e o *exame*.

Na época clássica, foram desenvolvidas estratégias arquitetônicas que permitiram o jogo do olhar, da *vigilância*. A arquitetura não é mais feita para ser vista, como no caso dos palácios reais, ou para vigiar um espaço exterior, como no caso das fortalezas, mas para permitir um controle interior, articulado e detalhado, isto é, para tornar visíveis aqueles que nela se encontram. Além disso, é de uma arquitetura que também serviria para a transformação dos indivíduos: dos corpos e dos comportamentos. Os hospitais nesse período, por exemplo, devem permitir que se possam observar bem os doentes, para melhor coordenar os cuidados; há a separação dos doentes, impedindo que haja assim o contágio. As instituições

²⁹ No século XVIII, Foucault (2008, p. 136, 138) mostra que existe a gênese dos indivíduos, que são as técnicas disciplinares que fazem emergir séries individuais em que os procedimentos disciplinares revelam um tempo linear cujos momentos integram-se uns nos outros, e que se orienta para um ponto terminal e estável. No que se refere à composição das forças, o filósofo afirma que a disciplina não é mais simplesmente uma arte de repartir corpos, de extrair e acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um aparelho eficiente.

disciplinares produziram uma maquinaria de controle que funcionou como um microscópio do comportamento: as divisões tênues e analíticas em torno dos homens formaram um aparelho de observação, de registro e de treinamento. O aparelho disciplinar perfeito permite com um único olhar ver tudo permanentemente (FOUCAULT, 2008, p. 145-6).

O poder disciplinar devido à vigilância hierarquizada torna-se um sistema integrado, ligado do interior à economia e aos fins do dispositivo onde é exercido. Organiza-se como um poder múltiplo, automático e anônimo, uma vez que se é verdade que a vigilância repousa sobre os indivíduos, seu funcionamento é de uma rede de relações de alto a baixo, assim como de baixo para cima e também lateralmente. O poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade. O poder disciplinar é concomitantemente indiscreto e discreto: é indiscreto porque está em toda parte e sempre alerta e controla continuamente, inclusive os que estão encarregados de controlar. É discreto porque funciona permanentemente e em grande parte em silêncio, pelo jogo ininterrupto dos olhares calculados (*Ibid.*, p. 148).

Foucault (2008, p. 165-6) ilustra bem a questão da vigilância hierárquica quando analisa o Panóptico de Jeremy Bentham³⁰ (1748–1832) que é uma construção em anel onde no centro há uma torre vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel. A construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção. Elas possuem duas janelas: uma para o interior que corresponde às janelas da torre e a outra dá para o exterior que permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Para o funcionamento do Panóptico, basta colocar um louco, um condenado, um operário ou um escolar e na torre central alguém que funcionasse como vigia. Aquele que ficasse na torre teria a visibilidade, através do efeito de contraluz, das silhuetas cativas nas celas da periferia. Percebe-se que o princípio do Panóptico é oposto ao da masmorra da Idade Média, já que neste as funções essenciais eram trancar, privar de luz e esconder, enquanto que naquele só se conserva a primeira que é trancar, as outras são suprimidas e substituídas pela luz e pelo olhar. Nesse caso, a visibilidade é uma armadilha.

³⁰ A ideia do Panóptico é anterior a Bentham, pois registros do século XVIII revelam que já havia instituições, como o dormitório da escola militar de Paris, que aplicavam essa visibilidade isolante. O próprio Bentham contou que foi seu irmão que ao visitar essa Escola Militar teve a ideia do panóptico. Porém, mesmo que a ideia do Panóptico tenha sido anterior a Bentham, foi ele quem a formulou. Ele não imaginou uma figura arquitetural destinada a resolver um problema específico, como o da prisão, o da escola ou o dos hospitais, no entanto ele descobriu uma tecnologia de poder para resolver o problema da vigilância, embora seja falso afirmar que o princípio da visibilidade comanda toda a tecnologia do poder desde o século XIX, uma vez que os procedimentos de poder colocados em prática na sociedade são bem mais numerosos, diversos e ricos. Bentham coloca o tema da visibilidade, contudo de uma visibilidade organizada inteiramente em torno de um olhar dominador e vigilante (FOUCAULT, 2006a, p. 210-11).

O efeito mais importante do Panóptico é induzir no cativo um estado consciente e permanente de visibilidade que por sua vez assegura o funcionamento automático do poder. Trata-se de um funcionamento automático porque a vigilância é permanente em seus efeitos, mesmo que descontínua em sua ação. Além disso, o sistema arquitetural permite o sustento do poder independente daquele que o exerce. Percebe-se que é de um poder visível e inverificável. É visível porque o cativo observará a torre de onde é espionado e é inverificável porque o cativo nunca saberá se está sendo ou não observado, mas deve ter sempre a certeza de poder sê-lo. O Panóptico é uma máquina de dissociar o par *ver-ser visto*, pois quem está no anel periférico é visto sem nunca ver e quem está na torre central vê tudo, sem nunca ser visto (FOUCAULT, 2008, p. 167).

Pouco importa, conseqüentemente, quem exerce o poder. Um indivíduo qualquer, quase tomado ao acaso, pode fazer funcionar a máquina: na falta do diretor, sua família, os que os cercam, seus amigos, suas visitas, até seus criados. Do mesmo modo que é indiferente o motivo que o anima: a curiosidade de um indiscreto, a malícia de uma criança, o apetite de saber de um filósofo que quer percorrer esse museu da natureza humana, ou a maldade daqueles que têm o prazer em espionar e em punir. Quanto mais numerosos esses observadores anônimos e passageiros, tanto mais aumentam para o prisioneiro o risco de ser surpreendido e a consciência inquieta de ser observado. O Panóptico é uma máquina maravilhosa que, a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder (FOUCAULT, 2008, p. 167).

Pode-se afirmar que em relação às outras instituições existentes até então as instituições panópticas seriam mais leves no sentido de não possuírem mais grades, correntes e fechaduras pesadas. Um efeito interessante decorrente da atividade do Panóptico é que aquele que está submetido ao olhar, à vigilância, entroniza o poder de tal modo que se torna princípio de sua própria sujeição à proporção que esse indivíduo desempenha simultaneamente os dois papéis: o de observador e o de observado porque ele mesmo vai se submeter a um determinado tipo de conduta, mesmo que não haja ninguém observando-o. O cerne é que ele nunca vai poder saber se de fato há ou não alguém a observar, então ele mesmo submete-se aos dois papéis. Note-se que na lógica do Panóptico há um afastamento do defrontamento físico bastante presente em outras instituições e que o poder externo tende ao incorpóreo e quanto mais se aproxima desse limite, mais esses efeitos são constantes e contínuos (*Ibid.*, p. 167-8).

O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder; um local onde se torna possível a experiência com os homens a fim de analisar as transformações que se pode

obter neles. Essas transformações podem ser obtidas a partir dos mecanismos de observação sobre o comportamento deles:

experimental remédios e verificar seus efeitos. Tentar diversas punições sobre os prisioneiros, segundo seus crimes e temperamento, e procurar as mais eficazes. Ensinar simultaneamente diversas técnicas aos operários, estabelecer qual é a melhor. Tentar experiências pedagógicas – e particularmente abordar o famoso problema da educação reclusa, usando crianças; ver-se-ia o que acontece quando aos dezesseis anos ou dezoito anos rapazes e moças se encontram; poder-se-ia verificar se, como pensa Helvetius, qualquer pessoa pode aprender qualquer coisa; poder-se-ia acompanhar a “genealogia de qualquer idéia observável”; criar diversas crianças em diversos sistemas de pensamento, fazer algumas acreditarem que dois e dois não são igual a quatro e que a lua é um queijo, depois juntá-los todos quando tivessem vinte ou vinte cinco anos; haveria então discussões que valeriam bem os sermões ou as conferências para as quais se gasta tanto dinheiro; haveria pelo menos ocasião de fazer descobertas no campo da metafísica (FOUCAULT, 2008, p. 168-9).

O esquema do Panóptico pode ser considerado um novo instrumento de governo, já que é capaz de dar força a qualquer instituição a que seja aplicado. Destarte, é um intensificador para qualquer aparelho de poder, porquanto assegura a economia, assegura a eficácia por seu caráter preventivo, seu funcionamento contínuo e seus mecanismos automáticos. O dispositivo Panóptico não é um local de troca entre o mecanismo de poder e uma função, mas é uma maneira de fazer funcionar relações de poder em uma função, e uma função para essas relações de poder. Esse sistema está destinado a difundir-se no corpo social, uma vez que é um dispositivo disciplinar controlado democraticamente, ou seja, por qualquer pessoa da sociedade que queira observar, vigiar. Desse modo, percebe-se que o exercício do poder é controlável pela sociedade inteira (*Ibid.*, p. 170-1).

Economicamente falando, essa técnica do olhar exige pouca despesa em relação às técnicas empregadas pelo regime monárquico cuja justiça atuava de forma violenta e prendia um número pequeno de pessoas que serviriam de exemplo. Os teóricos do século XIX alegavam que se refere a um poder muito oneroso e pouco eficaz: “fazem-se grandes despesas de violência que tem pouco valor de exemplo; fica-se mesmo obrigado a multiplicar as violências e, assim multiplicam-se as revoltas”, já que se a violência for grande, há o risco de provocar revoltas. Já o olhar não necessita de armas, violências físicas, coações materiais. É um olhar que vigia, e que cada um que é vigiado interioriza essa vigilância que finda na vigilância sobre e contra si mesmo (FOUCAULT, 2006a, p. 217-8).

Na monarquia, era preciso confiar no rei; na modernidade, com o advento do Panóptico, cada um, de acordo com seu lugar, é vigiado por todos ou por alguns outros. Trata-se, assim, de um aparelho de desconfiança (FOUCAULT, 2006a, p. 220-1).

Na essência de todos os sistemas disciplinares, funciona um pequeno mecanismo penal com suas próprias leis, seus delitos especificados, suas formas particulares de *sanção*, suas instâncias de julgamento. As disciplinas quadriculam o espaço vazio deixado pelas leis, visto que qualificam e reprimem um conjunto de comportamentos que escapava aos grandes sistemas de castigo por sua relativa indiferença. A disciplina possui uma maneira específica de punir que na realidade é um modelo reduzido do tribunal, pois o que pertence ao âmbito da penalidade disciplinar é tudo aquilo que está inadequado à regra, tudo que se afasta dela, tudo o que é desvio (FOUCAULT, 2008, p. 149).

Diferentemente das punições aplicadas no modelo judiciário (multas, açoites, masmorra), as dos sistemas disciplinares privilegiam aquelas da ordem do exercício (aprendizado intensificado e muitas vezes repetido). No sistema da disciplina, existe um sistema de classificação que funciona duplamente: para hierarquizar as qualidades, as competências e as aptidões e também para recompensar, através das promoções que permitem hierarquias e lugares, e castigar, através do rebaixamento e da degradação (*Ibid.*, p. 150-1).

A arte de punir no poder disciplinar não visa nem à expiação nem à repressão, ela normaliza, uma vez que põe em funcionamento cinco operações bem distintas: (1) a comparação que relaciona os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto; (2) a diferenciação que diferencia os indivíduos em relação uns aos outros e em função dessa regra de conjunto que deve funcionar como base mínima, como média a respeitar ou ainda como ótimo que se deve chegar próximo; (3) a hierarquização que consiste em hierarquizar em termos de valor as capacidades, o nível, a “natureza” dos indivíduos; (4) a homogeneização que seria fazer valer uma conformidade (homogeneização) a partir da medida “valorizadora” da hierarquia; e (5) a exclusão que seria traçar o limite que define a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira do anormal (*Ibid.*, 152-3).

O *exame* combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. Tem como objetivo um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir, já que estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. O exame difunde-se no espaço institucional como uma micropenalidade, pois há todo um sistema de prêmios e castigos que atua sobre as condutas e permite qualificá-las, definir a *natureza* ou os tipos de sujeitos e fixar a gradação hierárquica. Muchail (2004, p. 61-2) menciona que nas sociedades disciplinares o exame é o modelo

prioritário de estabelecimento da verdade porque é pelo exame que o poder não se exerce somente de forma negativa e repressiva, mas sobretudo como adestramento e como produção positiva de comportamentos que definem o indivíduo ou o que deve sê-lo segundo o padrão de normalidade (FOUCAULT, 2008, 154; GARCÍA, 1995, p. 120-2).

Foucault (2008, p. 154-5) faz uma curiosa análise sobre a relação entre o exame e a liberação epistemológica da medicina no final do século XVIII. O médico no século XVII era um agente externo e por isso não participava da gestão cotidiana do hospital, ficando esta a cargo dos religiosos. A visita médica, que no referido século era descontínua e rápida, tornou-se pouco a pouco, ao longo dos anos, mais regular, rigorosa e extensa, colocando o doente em situação de exame quase perpétuo. O hospital também sofreu processos de transformação: antes ele era um local de assistência, posteriormente tornar-se um local de formação e aperfeiçoamento científico.

No exame, encontra-se uma superposição das relações de saber e poder, já que liga certo tipo de formação do saber a certa forma de exercício de poder. O exame é a técnica pela qual o poder ao invés de emitir os sinais de seu poderio, em vez de impor sua marca a seus súditos, capta-os em um mecanismo de objetivação. Isso quer dizer que o poder disciplinar, que faz uso do exame, diferencia-se do poder *tradicional*. Este último caracteriza-se por aquilo que se vê, que se mostra, que se manifesta. Ademais, aqueles sobre o qual ele é exercido podem ficar esquecidos. Já o poder disciplinar exerce-se tornando-se invisível, em compensação impõe aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória (FOUCAULT, 2008, p. 156).

O exame também situa os indivíduos em um campo documentário. Isso ocorre porque os indivíduos são colocados pelo exame a uma vigilância constante e contínua e a partir desta ocorrem registros intensos que são acumulados em forma de documentos. O uso desses registros tornou-se necessário nos hospitais, por exemplo, onde era preciso reconhecer os doentes, expulsar os simuladores, acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir os casos análogos e os começos de epidemias.

Os hospitais do século XVIII foram particularmente grandes laboratórios para os métodos escriturários e documentários. A manutenção dos registros, sua especificação, os modos de transcrição de uns para os outros, sua circulação durante as visitas, sua confrontação durante as reuniões regulares dos médicos e dos administradores, a transmissão de seus dados a organismos de centralização (ou no hospital ou no escritório central dos serviços hospitalares), a contabilidade das doenças, das curas, dos falecimentos ao nível de um hospital de uma cidade e até da nação inteira

fizeram parte integrante do processo pelo qual os hospitais foram submetidos ao regime disciplinar. [...] é preciso incluir os processos de escrita que permitem integrar, mas sem que se percam, os dados individuais em sistemas cumulativos; fazer de maneira que a partir de qualquer registro geral se possa encontrar um indivíduo e que inversamente cada dado do exame individual possa repercutir nos cálculos de conjunto (FOUCAULT, 2008, p. 158).

Vale ressaltar, porém, que existem dois pontos correlatos e importantes trazidos pelo exame acompanhado desse aparelho de escrita: um deles é perceber o indivíduo como objeto descritível, analisável, sem contudo reduzi-lo a traços, por assim dizer, específicos, como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos. Consiste então em mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente. Por outro lado, juntamente com essa constituição individual há um sistema comparativo que permite a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição em uma população (*Ibid.*, p. 158).

“O exame, cercado de todas as técnicas documentárias, faz de cada indivíduo um ‘caso’”. Essa assertiva de Foucault (2008, p. 159) indica que o *caso* nesse sentido não é entendido como na casuística ou na jurisprudência ao significar um conjunto de circunstâncias que qualificam um ato e que podem modificar a aplicação de uma regra. No poder disciplinar, a palavra *caso* significa o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e tudo isso em sua própria individualidade; é também o indivíduo que tem de ser treinado, retreinado, classificado, normalizado e excluído.

As disciplinas marcam, então, o momento em que se efetua a troca do eixo político da individualização, já que no regime feudal a individualização era a marca de detenção de poder ou de privilégios. Foi uma individualização ascendente em oposição ao regime disciplinar cuja individualização é descendente à medida que o poder torna-se mais anônimo e mais funcional.

Num sistema de disciplina, a criança é mais individualizada que o adulto, o doente o é antes do homem são, o louco e delinquente mais que o normal e o não-delinquente. É em direção aos primeiros, em todo caso, que se voltam em nossa civilização todos os mecanismos individualizantes; e quando se quer individualizar o adulto são, normal e legalista, agora é sempre perguntando-lhe o que ainda há nele de criança, que loucura secreta o habita, que regime fundamental ele quis cometer (FOUCAULT, 2008, p. 160).

Após essa explicação mais geral do poder disciplinar, será descrito, nas páginas subsequentes, como funciona o poder disciplinar na psiquiatria e também como é exercido o poder pelos alienistas no período entre o final do século XVIII e início do século XIX.

3.2 “PRESO POR TER CÃO, PRESO POR NÃO TER CÃO!”: O PODER DISCIPLINAR NA PSIQUIATRIA

Uma das personagens d’*O alienista* de Machado de Assis (2006, p. 269-70), chamada Porfírio, barbeiro da cidade, comandou uma rebelião contra as experiências, nas palavras dele, “de um déspota”, uma vez que “muitas pessoas estimáveis, algumas distintas, outras humildes mas dignas de apreço, jaziam nos cubículos da Casa Verde [...]”. Depois de alguns mortos e vários feridos durante a revolta, o barbeiro é levado à Casa Verde e é analisado pelo alienista como sendo um lindo caso de doença cerebral com sintomas de “duplicidade e descaramento”. Dentro de alguns dias Porfírio é recluso na instituição psiquiátrica.

Quando Simão Bacamarte decide rever sua teoria científica acerca da loucura, que por sua vez é bem oposta à primeira, o barbeiro é posto em liberdade, mas pouco tempo depois, o alienista percebe que Porfírio possui características que se enquadram bem à nova teoria e decide então recolhê-lo novamente. E o barbeiro desolado exclama: “preso por ter cão, preso por não ter cão!” (ASSIS, 2006, p. 277, 284).

Essas palavras de Porfírio exprimem bem a realidade do comportamento dos alienistas: os médicos consideravam-se detentores da verdade sobre a loucura, embora se possa cogitar que esta possa ser resultado de um jogo de poderes e necessidades criados pelos próprios alienistas e pelo sistema psiquiátrico.

Foucault (2006b, p. 52, 69) acreditava que o funcionamento da psiquiatria estaria relacionado ao poder disciplinar e não necessariamente ao funcionamento da instituição asilar nem a partir do funcionamento supostamente verdadeiro da psiquiatria. Segundo o filósofo, a propriedade fundamental do poder disciplinar é fabricar corpos sujeitados porque ajusta a função-sujeito à singularidade somática através, dentre outros fatores, de um sistema de escrita, de vigilância constante e da isotopia (hierarquia e divisão normal-anormal).

Para que o poder disciplinar seja global e contínuo o uso da escrita torna-se necessário. Percebe-se que começa a surgir, a partir dos séculos XVII e XVIII, uma nova relação, direta e contínua, da *escrita* com o corpo. Em instituições, como as escolas e os asilos, existirão

peças (no caso, professores e enfermeiros) que ocuparão cargos cuja função será a de vigiar. O trabalho de *vigilância* consistirá em anotar o comportamento dos alunos e dos loucos e essas anotações serão inscritas em registros que serão conservados e transmitidos hierarquicamente até chegar a um poder central. Vê-se então constituir-se em torno do comportamento do aluno e do louco certa rede de escrita que vai codificar todo seu comportamento em função de anotações determinadas de antemão; depois a elaboração de um esquema a partir do resultado obtido pelas anotações dos comportamentos observados e a transmissão a um ponto de centralização que vai, por sua vez, definir a aptidão ou inaptidão, a pertença ou não a um determinado grupo. Nota-se, enfim, uma importante característica do poder disciplinar: uma extrema prontidão desse poder que é assegurada pela escrita e pela contínua e perpétua visualização (FOUCAULT, 2006b, p. 62-3).

Um ponto interessante dessa análise sobre o poder disciplinar é que ele gera um sistema de hierarquia em que cada indivíduo terá um lugar determinado a ocupar. A essa característica, Foucault chamará de *isotopia*. A partir do momento em que ocorre essa hierarquização, essa distribuição e classificação, haverá concomitante e necessariamente o surgimento daquilo (ou daqueles) que Foucault denominará de *resíduo*, de inclassificável, aqueles que escapam à vigilância, os que não podem entrar no sistema de distribuição. Um exemplo desse resíduo é o doente mental que para Foucault (2006b, p. 67), seria “[...] o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas [...]”. Tem-se, desse modo, um problema: como a característica própria da isotopia dos sistemas disciplinares é a existência necessária do resíduo, isso acarretará em sistemas disciplinares suplementares cuja função é recuperar os indivíduos que são inclassificáveis. Só que o surgimento desses sistemas disciplinares suplementares ocorrerá ao infinito, uma vez que sempre haverá aquele que não se enquadrará a esses novos sistemas disciplinares e serão necessários, portanto, a criação de sistemas disciplinares suplementares dos suplementares para englobar os resíduos dos resíduos e assim sucessivamente.

Durante esse primeiro período da história do poder psiquiátrico, o que cura no hospital é o próprio hospital, visto que tudo seria e teria um valor terapêutico: as disposições arquitetônicas, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, a maneira como se circula por ele, a maneira como se olha e se é olhado por ele. Para Foucault (2006b, p. 127), o próprio discurso da verdade ou a emergência da verdade também seria efeito dessa disposição espacial do hospital psiquiátrico. O hospital é uma máquina de curar não porque reproduz a família, mas porque é uma máquina panóptica, porquanto exerce o poder de vigilância.

A arquitetura dos asilos até o final do século XIX possuía uma semelhança com o Panóptico de Bentham não pela sua disposição circular, mas por poder permitir ao médico uma vigilância constante. Diferentemente da arquitetura circular do Panóptico, a arquitetura asilar adotou um sistema que proporcionou uma visibilidade igualmente grande: ela era pavilhionar e permitia que o louco ficasse sempre na posição de estar sob um olhar possível. A arquitetura do asilo foi calculada de tal modo que o corpo do psiquiatra fazia-se presente em toda a parte, mesmo que virtualmente. O psiquiatra podia ver tudo em um só passeio que desse no asilo. E aquilo que ele próprio não pudesse ver seria, então, relatado pelos vigilantes. Desse modo, ele permaneceria a todo instante onipresente. Daí, a importância da comunicação direta entre o psiquiatra e as demais partes administrativas que compõem o asilo (FOUCAULT, 2006b, p. 128, 227-8).

Foucault (2006b, p. 182-4) menciona que existe a *desequilíbrio do poder* que foi utilizada como terapia por François Leuret (1797-1851). A *desequilíbrio do poder* consiste em passar o mais rápido possível o poder para um só lado, o lado do médico. O primeiro contato é chamado pelo filósofo de *ritual geral do asilo*, que seria uma demonstração de força por parte do médico e do enfermeiro ao mostrar ao doente que é posto no asilo que ele é *desequilibrado*, que não há compartilhamento, reciprocidade, troca. É preciso que logo de saída esteja-se em um mundo diferencial, um mundo de ruptura, de *desequilíbrio* entre o médico e o doente. E é a partir dessa diferença de altura, de potencial, absolutamente estatutária que se vai poder desenvolver o processo de terapia. Trata-se do princípio da vontade alheia, já que toda a realidade está concentrada em uma vontade de outrem que é a vontade onipotente do médico que por sua vez é o elemento portador de toda a realidade que vai ser imposta ao doente e que se terá por tarefa agir sobre a doença. O suporte dessa realidade deve ser a vontade do médico como vontade alheia à do doente e como vontade do médico estatutariamente superior, inacessível, por conseguinte, a qualquer relação de troca, de reciprocidade, de igualdade. Esse princípio tem essencialmente dois objetivos:

- a) a *docilidade*, que seria o doente aceitar, por exemplo, as prescrições que o médico vai fazer;
- b) a *onipotência da loucura*, que significa dizer que em toda loucura, qualquer que seja seu conteúdo, sempre existe certa afirmação de onipotência e é isso que é visado por esse ritual inicial da afirmação de uma vontade alheia e absolutamente superior.

A onipotência da loucura, na psiquiatria da época, poderia manifestar-se de duas maneiras.

- 1) Em certos números de casos ela vai exprimir-se no interior do delírio sob a forma, por exemplo, de ideias de grandeza: a pessoa acreditar ser rei, ou que é sexualmente superior a todo gênero humano, que é o único homem e todos os outros são mulheres. Todas essas afirmações que ocorrem no interior do delírio são uma espécie de soberania ou onipotência.
- 2) Quando no conteúdo do delírio não aparecem ideias de grandeza, como quando a pessoa se crê perseguida, o fato de exercer seu delírio, isto é, recusar tudo o que seja discussão, raciocínio, prova, é em si mesmo certa afirmação de onipotência, e é algo absolutamente coextensivo a toda loucura (FOUCAULT, 2006b, p. 184).

Alguns médicos considerarão que a marcação do poder do médico deve ser feita de tempo em tempo sob a forma de violência; outros vão considerar que o poder do médico deve agir sob a forma do pedido de estima e de confiança, sob a forma de uma espécie de pacto imposto ao doente, sob o modo de um acomodamento; outros ainda considerarão que o poder do médico deve ser exercido em todos os casos sob a forma do temor, da violência e da ameaça; uns médicos vão considerar que a marca do poder do médico e consequentemente o desequilíbrio do poder é assegurado pelo próprio sistema do asilo, com o conjunto da vigilância, a hierarquia que existe no interior dele, a disposição dos prédios e os próprios muros. Outros psiquiatras considerarão, ao contrário, que a própria pessoa do médico, seu prestígio, sua postura, sua agressividade, seu vigor polêmico, é tudo que vai dar essa marca (*Ibid.*, p. 185).

Há nessa época o estabelecimento de um sistema de tratamento psiquiátrico que no fundo refere-se a instituir um estado de carência cuidadosamente mantido para o doente. A grande carência que talvez tenha sido organizada pela disciplina asilar é simplesmente a carência de liberdade. A teoria do isolamento da primeira metade do século XIX muda pouco a pouco e aprofunda-se e completa-se. Essa teoria era essencialmente comandada pela obrigação de estabelecer ruptura entre o ambiente terapêutico e a família do doente, o meio no qual a doença se havia desenvolvido; depois nasce a ideia de que o isolamento tem uma vantagem suplementar: não apenas ele protege a família, mas provoca no doente uma nova necessidade que ele não conhecia antes e que é a necessidade de liberdade. E é sobre o fundo dessa necessidade criada assim artificialmente que a terapia vai poder desenvolver-se (*Ibid.*, p. 193-4).

O poder psiquiátrico, nessa forma asilar, é, consequentemente, nessa época, criador de necessidades e gestor das carências que ele estabelece. Isso se dá através do jogo das necessidades, do jogo da carência que vai impor-se a realidade daquilo de que se necessita e da oposição entre o mundo da não penúria (mundo exterior que é real) e da penúria (mundo

do asilo): através da penúria asilar vai desenhar-se a realidade de um mundo exterior que a onipotência da loucura tendia até então a negar, realidade que, para além dos muros do asilo, vai impor-se cada vez mais como realidade inacessível, mas apenas durante o tempo da loucura.

Antes de ser uma terapia ou uma intervenção terapêutica, o poder psiquiátrico é certa maneira de gerir, de administrar. É ao mesmo tempo regime (de isolamento, de regularidade, de emprego de tempo, de sistema de carências medidas, de obrigação de trabalho etc.) e diante disso, espera-se dele certos números de efeitos terapêuticos e uma luta contra a loucura que no século XIX é concebida também como vontade em crer no delírio, vontade de afirmação desse delírio. Foucault resume o poder psiquiátrico como uma *noção de direção*, e o psiquiatra seria alguém que dirige os indivíduos e o funcionamento do hospital. Essa noção de direção primeiramente significa dar à realidade um poder coativo, ou seja, dar à realidade um poder que permite alcançar a loucura através dos indivíduos que dela fogem ou dela se desviam. É também ao mesmo tempo validar o poder que se exerce no interior do asilo como sendo simplesmente o poder da própria realidade. O asilo é desse modo tanto a reprodução da própria realidade quanto um poder absoluto, pois deve funcionar como um meio fechado, absolutamente independente de todas as pressões com as famílias: “as edificações têm de parecer o mais possível com as moradias comuns; as relações entre as pessoas no interior do asilo têm de se parecer com as relações dos cidadãos entre si; no interior do asilo, a obrigação do trabalho tem de estar representada, o sistema das necessidades e da economia tem de ser reativado” (FOUCAULT, 2006b, p. 217-9).

Foucault (2006b, p. 219-23) enuncia quatro tipos ou formas de realidade em que se funda o poder psiquiátrico e que são os pontos em que o regime asilar se articula: (1) *a vontade do outro*, a vontade do louco deve ser subjugada pela vontade do outro, sendo este outro o psiquiatra que detém um poder superior ao do louco; (2) *identidade de si*, seria obrigar o louco, sob ameaças, a confessar o nome dele, a identidade, o passado, a biografia; (3) *submissão do louco à verdade de sua loucura*, mostrar ao louco que ele está louco, que ele está de fato doente, mas ao mesmo tempo mostrar-lhe que a loucura é o resultado não de uma doença, mas de defeito, de maldade, de falta de atenção, de presunção; (4) *a inserção da necessidade de um sistema econômico*, obrigação de prover as necessidades do louco, dinheiro, sistema de troca, trabalho etc. A cura do louco, sob o ponto de vista desses quatro elementos, dá-se quando essa quádrupla realidade é admitida pelo louco.

Como dito no segundo capítulo, até o fim do século XVIII, na Europa, nenhum lugar em que os loucos eram postos era lugar especificamente médico, embora houvesse médicos

lá, mas eles não eram especialistas em cuidar das alienações. Esse quadro irá sofrer alterações no fim do século XVIII e início do século XIX quando ocorre um desenvolvimento das nosografias, das etiologias e das pesquisas anatomopatológicas das doenças mentais e também a afirmação de que o que os loucos necessitam é de uma direção, de um regime, que paradoxalmente não está necessariamente nas mãos de um pessoal médico. Isso se deve ao fato de que havia uma distorção entre a teoria médica e a prática asilar no que se refere à relação que havia entre os alienados e os médicos como aqueles que possuem certo saber e que podem aplicá-lo nos doentes. Um exemplo que Foucault (2006b, p. 224-6) traz para endossar o fato acima citado refere-se à maneira pela qual os doentes eram distribuídos nos asilos naquela época: a distribuição não tinha rigorosamente nada a ver com os quadros nosográficos presentes nos tratados médicos. Outro exemplo dessa incoerência teórico-prática está no fato de reutilizarem-se métodos inicialmente prescritos para certas concepções de etiologia da doença mental ou das suas correlações orgânicas no sistema diretivo com a finalidade punitiva, uma vez que muitos desses métodos eram desagradáveis para o doente. Nesse aspecto, o banho do doente passava de uma perspectiva teórica que visava à melhor circulação sanguínea, para uma perspectiva prática do regime asilar que era garantir a calma no interior do asilo.

Foucault (2006b, p. 227-8) põe-nos uma questão interessante: será que o médico é realmente necessário? Já que “[...] os quadros que ele estabeleceu, as descrições que ele deu, as medicações que ele definiu a partir desse saber não são aplicados, não são nem mesmo aplicados por ele?” A resposta é a presença física do médico no espaço asilar. O próprio asilo é a extensão do corpo do médico ou, mais ainda, que o corpo do médico é o próprio asilo. Isso significa dizer que toda terapêutica começa pelo surgimento do psiquiatra em pessoa, seja presente no dia da chegada do paciente, seja no dia do tratamento ou em outra situação qualquer.

O filósofo francês continua o questionamento ao perguntar “por que tem de ser precisamente um médico? E por que um diretor qualquer não pode desempenhar esse papel? Por que esse corpo individual que se torna o poder, esse corpo pelo qual passa toda a realidade, tem de ser o corpo de um médico?” Uma possível resposta, mas não necessariamente satisfatória, dada no século XIX como justificativa está na afirmação de que se não fosse um médico que estivesse na direção do asilo, este não teria a função terapêutica. Entretanto essa situação gerou uma inquietação por parte dos médicos, uma vez que instaurou-se um conflito entre os divergentes papéis desempenhados pelo médico: o médico com função terapêutica e o médico com funções administrativas e que no fundo, são a mesma

pessoa. Mesmo assim, nos hospitais franceses, o poder administrativo é dado ao médico e não a um gestor. Machado de Assis (2006, p. 257) também relata na obra *O alienista* esta questão sobre a função terapêutica e o poder administrativo. Só que diferentemente do que ocorreu nos hospitais franceses, na obra ficcional de Machado de Assis, Simão Bacamarte decide desonerar-se da administração da Casa Verde para poder dedicar-se exclusivamente à classificação dos doentes.

A pergunta ainda continua lá: por que o médico? Foucault responde que é devido à *marca do saber* independente do conteúdo desse saber, visto que o saber psiquiátrico nem sempre é efetivamente aplicado no regime asilar. É só a partir desse jogo das marcas que o poder médico funcionará no interior do asilo, como poder necessariamente médico. Foucault (2006b, p. 228-32) enumera algumas dessas marcas do saber psiquiátrico: (1) o médico deve estar bem informado sobre a biografia do paciente e para isso ele buscou informações na família, no círculo de amizades para que no momento em que ele interrogar o alienado o médico sempre saiba mais sobre o alienado do que ele mesmo ou, pelo menos, saiba mais do que o alienado imagina; (2) o interrogatório é uma maneira de substituir discretamente as informações tiradas do doente que proporcione ao médico uma ascendência sobre o doente. A discrição consiste em fazer com que o alienado não perceba que o psiquiatra depende dele para obter certas informações e assim o interrogatório deve ser feito de tal modo que o paciente não diga o que quiser, mas responda às perguntas; (3) deve haver também um sistema completo de levantamento de dados e de anotações sobre o alienado, uma espécie de dossiê permanente em que o alienado é constantemente vigiado, dando ao médico todas as informações necessárias sobre o louco (o que ele fez, o que ele disse na véspera etc.) a fim de proporcionar ao médico funcionar como médico; (4) outro jogo da marca do saber é o da punição-medicação. A punição será aplicada quando se quiser reprimir o doente por algo que ele cometeu, mas deve-se explicar que a punição funciona como remédio, ou seja, que ela é terapêuticamente útil. Inversamente a isso, o remédio quando é aplicado deve ser explicitado que é na intenção de incomodá-lo ou puni-lo, embora seja para o próprio bem do paciente. Esse duplo jogo punição-remédio é essencial para o funcionamento do asilo e só pode ser estabelecido se houver alguém que se apresente como detentor da verdade: o médico; (5) há também o jogo da clínica em que o médico exerce um duplo papel: o de médico, aquele que examina o doente e o de mestre, aquele que ensina aos estudantes.

Em suma, são essas marcas de saber, e não necessariamente o conteúdo de uma ciência, que vão permitir que o alienista funcione como médico no interior do asilo porque são elas que lhe darão um sobrepoder absoluto e são elas também que vão permitir constituir

o asilo como um corpo médico. Foucault (2006b, p. 234-6) denomina o jogo entre o corpo do louco e o corpo do psiquiatra que o domina, que o sobrepuja e concomitantemente o absorve, de *microfísica do poder psiquiátrico*.

Todas as técnicas e procedimentos efetuados no asilo do século XIX tinham por função fazer do médico um *mestre da loucura*, ou seja, ser aquele que a faz manifestar-se em sua verdade quando ela se esconde e aquele que a acalma e a domina. O médico do asilo é ao mesmo tempo aquele que pode dizer algo sobre a verdade da loucura pelo poder que dela tem e aquele que pode produzir a doença e controlá-la pelo poder que exerce sobre o doente. Essa exaltação do poder médico nesse período está vinculada às garantias e justificações dos privilégios do conhecimento e à detenção de um saber científico. Devido a isso, o médico, assim como o químico e o biólogo, é alguém que conhece as doenças e os doentes e que intervém e decide sobre eles (FOUCAULT, 2006a, p. 122-3).

O saber psiquiátrico no século XIX procurou constituir-se com base no modelo da medicina-constatação, de inquérito e da demonstração. Também procurou constituir um saber fundado na sintomatologia e na descrição das diferentes doenças. Mas o saber psiquiátrico situava-se em outro ponto: no da decisão. Decidir entre realidade e mentira, entre realidade ou simulação. Para resolver esse dilema da decisão, foi preciso ser criada ou inventada uma nova crise, diferente daquela encontrada na medicina do século XVIII que era uma crise da verdade, o jogo entre as forças da doença e da natureza. A crise da psiquiatria do século XIX pode ser chamada de crise da realidade que é o jogo entre o louco e o poder que o interna, ou seja, o poder-saber psiquiátrico em que o psiquiatra exerce uma função de árbitro em relação à questão da realidade e da não realidade da loucura (FOUCAULT, 2006b, p. 322-3).

Foucault faz uma interessante análise sobre o poder psiquiátrico. A análise que ele faz diverge da crítica institucional que censura o hospital psiquiátrico por fabricar loucos como pessoas que se pretende curar. Para o filósofo, essa crítica é insuficiente, pois essa fabricação da loucura não está estritamente relacionada à instituição, mas ao poder psiquiátrico, uma vez que este tem por função realizar a loucura seja no espaço institucional ou não. Além disso, existe um duplo funcionamento de duas instâncias que funcionam concomitantemente, embora de forma contrária: a *instituição asilar*, que por ser uma instituição disciplinar tem por função suprimir não a loucura, mas seus sintomas ao aplinar e eliminar suas manifestações e suas crises, e o *poder psiquiátrico*, que tem por função realizar a loucura nesse tipo de instituição (*Ibid.*, p. 323).

Nota-se, portanto, a diferença existente entre a ordem médica e a ordem psiquiátrica. Na ordem psiquiátrica, o problema central do diagnóstico da loucura não está no leque das

espécies nosográficas, não está em saber qual a classificação e os tipos de loucura. Apesar de isso existir, trata-se de algo secundário. A questão primordial é saber o que é e o que não é loucura. A psiquiatria funciona, de acordo com Foucault (2006b, p. 345-8), segundo o modelo do diagnóstico absoluto e não do diagnóstico diferencial, presente na medicina. Outro ponto referente à diferença entre a medicina e a psiquiatria está no fato de que a psiquiatria não se preocupa em saber se determinado comportamento, determinada maneira de falar, determinado tipo de alusão, determinada categoria de alucinação se referem a esta ou àquela forma de lesão, mas o problema consiste em saber dizer determinada coisa, comportar-se de determinada maneira, ouvir determinada voz etc, se isso era ou não loucura.

Após termos percorrido o panorama histórico e as concepções de loucura, saber e poder de acordo com a ótica de Foucault, o nosso último capítulo tratará de apresentar algumas semelhanças no pensamento filosófico de Foucault e literário de Machado de Assis no que se refere à maneira crítica de abordar os conceitos acima citados.

IV O BRUXO DO COSME VELHO³¹ E O ALIENISTA

A cidade do Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX podia ser considerada uma “cidade maravilhosa” no que concernia a suas paisagens naturais: baías, morros, praias e áreas verdes. Não obstante, apesar da prodigalidade natural, a cidade construída não era tão maravilhosa assim, pois foi adaptada à modernização apenas no essencial para que a corte portuguesa, ali instalada, não ficasse totalmente privada dos confortos europeus. Via-se, então, uma pequena cidade de hábitos provincianos simultaneamente com ar de metrópole, de ruas sem calçamento, feias e sujas, de casarões velhos e sóbrios pertencentes aos senhores de engenho contrastando com casas humildes da população mais pobre (LAJOLO, 1980, p. 94; PAIVA, 1989, p. 32).

A cidade destacava-se socialmente por meio dos bailes, das festas, dos saraus e nos teatros líricos onde havia apresentações de óperas com atrizes provenientes da Europa. Nesses lugares, era evidente a influência da moda e da cultura europeia, desde a maneira de vestir-se (fraques, coletes, chapéus altos, vestidos elegantes dos mais finos tecidos) aos discursos políticos, filosóficos e literários, uma vez que os filhos das famílias mais abastadas eram educados nas universidades europeias. Por volta dos anos 80 do mesmo século, o Rio de Janeiro modernizou-se: surgiu a luz elétrica, o cinema, a primeira estrada de ferro, o telégrafo, o bonde (e depois o bonde elétrico), o telefone, o automóvel, além da fotografia e da multiplicação de jornais e revistas devido ao avanço da impressão gráfica (LAJOLO, 1980, p. 96; PIZA, 2008, p. 12-3).

Entre meados e final do século XIX, o Rio de Janeiro consolidou-se como um centro político, administrativo, comercial, financeiro e cultural chamando a atenção de estrangeiros e indivíduos livres provenientes de várias regiões do país que iam àquela cidade em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Embora com todas essas transformações, a capacidade de absorção desses contingentes de mão-de-obra livre nos setores urbanos revelava-se bastante restrita em relação à oferta que por sua vez tendia a crescer cada dia. Outro fator importante a ser ressaltado era que nas décadas de 40 e 50 do referido século havia a presença da mão-de-obra escrava nas atividades urbanas, o que reduzia bastante as oportunidades de emprego para os segmentos compostos por indivíduos livres ou libertos,

³¹ O bairro do Cosme Velho no Rio de Janeiro foi o último destino residencial de Machado de Assis. Ele se instalou por lá, por volta do ano de 1884 onde residiu na casa de número 18 na rua do Cosme Velho (CASTELLO, 2008, p. 10).

fazendo com que eles viessem a sobreviver através de atividades ligadas à prestação de serviços, ao artesanato, ao pequeno comércio etc. Vale ressaltar que muitas dessas atividades estavam situadas nas fronteiras entre a legalidade e a ilegalidade. Desse modo, a cidade do Rio de Janeiro era marcada por uma paisagem composta de vendedores, ambulantes, prostitutas, capoeiras, pedintes de esmolas, coristas, dançarinas, cantoras, atrizes e atores, pintores, músicos, dentre outros que muitas vezes eram retratados pelos viajantes e cronistas da época (ENGEL, 2001, p. 237).

Em suma, pode-se afirmar que

o universo urbano caracterizava-se, então, pela presença de hábitos, crenças, atitudes, atividades de sobrevivência profundamente diversificados, repletos de tensões, solidariedades e conflitos. Um conjunto de valores, comportamentos e relações sociais que escapavam cada vez mais aos instrumentos e às estratégias de disciplinarização criados e difundidos pelo poder senhorial e pelo poder do Estado monárquico na sociedade escravista. A cidade, de modo geral e, particularmente, a cidade do Rio de Janeiro transformava-se, dia a dia, num espaço cada vez mais “caótico” e “perigoso” para os setores dirigentes e proprietários. Na construção das imagens da “ameaça” representada pelas misturas sociais, étnicas, culturais presentes nas ruas e nas casas da cidade – frequentemente expressas pelas oposições, tais como “barbárie” *versus* “civilização”; “atraso” *versus* “progresso”; “não trabalho” *versus* “trabalho”; “doença” *versus* “saúde” – os médicos e os higienistas, aqui, como na Europa, desempenhariam papel fundamental (ENGEL, 2001, p. 238).

Em meio a esse cenário repleto de contrastes e conflitos, a medicina social, no centro da qual a psiquiatria começava a ganhar contornos de uma especialidade autônoma, desenvolvia uma ação fundamental na formulação das estratégias na intervenção sobre o espaço urbano (*Ibid.*, p. 238).

Como visto no primeiro capítulo, enquanto o Brasil do século XIX estava vivenciando a proclamação da República e a abolição da escravatura, praticamente sem a participação popular, a Europa desenvolvia-se à luz da Revolução Francesa, da revolução científica e do Iluminismo com grande apoio da população. Consequentemente, a literatura, assim como outras expressões artísticas, passou a retratar essas transformações e exaltou o depois do “felizes para sempre”: o adultério e não mais o amor romântico, ambientes hostis ao invés dos salões nobres, a miséria da vida operária e sua luta, o poder da burguesia como classe dominante. As obras literárias desse período não eram mais somente para puro e simples divertimento, mas um instrumento de reivindicação, causando, no mínimo, uma inquietação no leitor. Foi esse legado que chegou ao Brasil e influenciou os autores e suas ideias, mesmo

que algumas delas retratassem uma realidade divergente da vivida no Brasil. Foi nesse contexto de revoluções e influências das mais diversas e divergentes que Joaquim Maria Machado de Assis (1839-1908) nutriu-se e desenvolveu suas obras.

Na cidade do Rio de Janeiro, mais especificamente no morro do Livramento, havia uma casa grande e uma senzala que faziam parte da propriedade de uma senhora rica que possuía muitos escravos e agregados, dentre eles Francisco José de Assis e Inácia Maria Rosa que se casaram e tiveram um filho batizado com o mesmo nome do pai (COSTA, 2001, p. 50).

Do outro lado do Oceano Atlântico, na ilha de Açores, a viúva Maria Rosa da Câmara casa-se com Estevão José Machado que dentre outros filhos nasceu uma menina chamada Maria. Quando Maria era jovem, estava ocorrendo uma mudança nas relações do tráfico de escravos, visto que a Inglaterra estava impedindo que navios negreiros partissem da África levando escravos com destino ao Brasil. Contudo os traficantes de escravos descobriram outra forma de continuar sua renda nesse tipo de comércio: levavam para o Brasil os trabalhadores da ilha de Açores, e foi assim que Maria veio parar nas terras brasileiras. Diferentemente do que acontecia com os negros africanos, os açorianos não eram vendidos: um proprietário pagava por eles o custo da viagem, e em troca trabalhavam de graça por certo tempo. Já no Brasil, Maria foi para o morro do Livramento e mudou seu nome para Maria Leopoldina, provavelmente em homenagem à princesa austríaca (*Ibid.*, p. 51).

Francisco José de Assis, o filho, e Maria Leopoldina Machado conheceram-se e casaram-se numa capela situada no morro do Livramento. Ambos eram livres e pobres, mas o que os distinguiam dos outros habitantes daquela região era o fato de saberem ler e escrever. “Não eram empregados fixos, não tinham trabalho determinado [...] ele trabalhando como pintor, de paredes ou móveis, ela fazendo pequenos trabalhos de renda, bordado...”. Em 1839, nasceu o primeiro filho do casal, Joaquim Maria Machado de Assis (*Ibid.*, p. 52).

Em 1869, Machado de Assis casa-se com a portuguesa recém-chegada ao Brasil, Carolina Augusta Xavier de Novais, irmã do poeta Faustino Xavier de Novais. Carolina teve grande importância na vida pessoal e literária do autor de *O alienista*, uma vez que o ajudou a lutar contra a epilepsia e o estimulou a ler os ingleses e, sobretudo, por tê-lo aproximado da grande literatura portuguesa. Além disso, ela lia todos os originais que o marido escrevia e corrigia os erros e sugeria modificações e adaptações (CASTELLO, 2008, p. 10).

Machado de Assis estabeleceu diálogo com personalidades que foram de fundamental importância para sua projeção no círculo social e também para sua formação como escritor. Dentre essas pessoas influentes, podem-se destacar os poetas Gonçalves Dias e Castro Alves,

os escritores Joaquim Manuel de Macedo, Quintino Bocaiúva e Manuel Antônio de Almeida, os políticos Zacarias de Goés e Vasconcelos Eusébio de Queirós, o músico Carlos Gomes, o abolicionista Joaquim Nabuco e o crítico literário Mário de Alencar, filho de José de Alencar (SANTOS, 2008, p. 21).

O autor de *Memórias póstumas de Brás Cubas*, entre fins da década de 50 e início da de 60 do século XIX, faz uma apologia à crítica ao afirmar que a crítica é a principal ferramenta de construção de uma produção literária de qualidade. Machado de Assis defendia uma crítica pensadora, sincera, perseverante e elevada e não aquela estéril, que não reflete nem discute e só existe por vaidade ou capricho. Todavia, após receber críticas severas do meio literário por assumir tal postura, desilude-se com a apologia à crítica e também com o projeto de construção de um país civilizado com bases culturais profundas atrelado àquela. Já que não pôde dar andamento àquele ideal, ele decide continuar sua crítica, mas agora de uma outra forma: “nasce então o grande romancista, que ri das vaidades humanas, escancara as pretensões de grandeza de seres mesquinhos, lança um olhar impiedoso sobre tudo. Não acreditando mais na reforma moral e política nem na reforma do gosto estético do homem brasileiro, Machado de Assis passa a retratá-lo a partir de suas deformações. Resta o riso. Que, não sendo um remédio para os males da sociedade, é ao menos um lenitivo” (NETO, 2008, p. 12-6). Foi a partir dessas deformações, do riso, do olhar clínico e irônico que Machado de Assis cria seus melhores personagens e escreve suas maiores obras.

Entre outubro de 1881 e março de 1882, Machado de Assis publica uma narrativa em forma de folhetim no periódico *A estação* denominado *O alienista*, que posteriormente será a obra de abertura de uma coletânea intitulada *Papéis avulsos*. É interessante perceber que a obra *O alienista* é uma narrativa cheia de referências ao *Antigo regime* e também uma denúncia do nepotismo na política. Percebe-se, por conseguinte, que essa obra transcende o mero divertimento.

Há grande discussão em definir-se *O alienista* como conto ou novela. Alguns teóricos defendem que a novela é um intermediário entre o conto e o romance; outros dizem que a novela refere-se a um conto longo. Independentemente dessas classificações, o fato é que esse escrito faz referências à concentração de poder, ao positivismo, aos movimentos de emancipação ocorridos no país (o Brasil ainda era monarquia escravista, apesar das constantes lutas para se instaurar uma República), à política, à filosofia e à medicina (CHAUVIN, 2005, p. 17-8).

Como explicado nos capítulos precedentes, o final do século XVIII e início do século XIX foram marcados pela instituição de uma especificidade da loucura que passou a ser

concebida como doença mental. Desse modo, a loucura foi transformada em objeto de conhecimento e de intervenção exclusivo dos médicos. Ademais, a loucura como doença mental diferenciava-se e distanciava-se cada vez mais da loucura como desrazão, passando agora apenas a ser identificada pelo olhar do especialista.

Em meio a todo esse entusiasmo, no entanto, no final do século XIX há questionamento sobre a infalibilidade da ciência e do poder atribuído a ela desde então. A alegação dessas críticas parte do argumento de que o cientista ao explicar a realidade não está de modo algum sendo neutro ou imparcial, e sim que as ideias, teorias e conceitos estão atrelados à subjetividade do cientista.

Machado de Assis, na obra *O alienista*, faz uma irônica e veemente crítica à racionalidade científica moderna e ao poder da ciência, que no caso da referida obra é o psiquiátrico. A obra também nos faz questionar sobre o limite da razão e da loucura, do normal e do patológico, se a ciência é a única e última via de explicação e da verdade. Além disso, ele aponta o vínculo entre as concepções científicas do século XIX, sobretudo o positivismo, o poder e o saber representados pela estapafúrdia personagem do Dr. Simão Bacamarte que encarna o homem de ciência e por isso se sente no direito de dizer a verdade sobre seu objeto de estudo: a loucura.

4.2 HIPÉRBOLE DA RAZÃO: SIMÃO BACAMARTE, O PINEL DE ITAGUAÍ

A pacata vila de Itaguaí, situada no interior do estado do Rio de Janeiro, foi *contemplada* com a chegada de um *ilustre* médico, na realidade, “[...] o maior dos médicos do Brasil, de Portugal e das Espanhas”: o Dr. Simão³² Bacamarte³³, cujos estudos realizou em Coimbra e Pádua. Simão Bacamarte decidiu voltar ao Brasil após rejeitar a proposta d’*el-rei*

³² Uma possível explicação para a palavra *Simão* é considerá-la oriunda da palavra latina *simius* (macaco) significando que o médico Simão era um imitador dos ideais iluministas e dos procedimentos positivistas em voga. Outra análise a ser feita acerca da palavra *Simão* é buscar a origem dela no hebraico que significa “aquele que ouve”. Nesse caso, pode-se interpretar que o que Simão ouve é apenas a sua própria razão. Encontra-se também no Evangelho de João (1, 40-2) a palavra *Simão* que era o nome de um dos discípulos escolhidos e que passou a chamar-se Cefas, que quer dizer “Pedra” (o escolhido para ser a primeira pedra da Igreja). O Simão de Machado de Assis pode ter servido de pedra, de alicerce para o desenvolvimento da nova ciência da loucura: a psiquiatria.

³³ A palavra *Bacamarte* tem origem na língua francesa *braquemart* ou *baquemart* que significa “arma de cano curto e de pontaria imprecisa”. Isso pode indicar as tentativas de acerto, sem sucesso, dos métodos científicos utilizados pelo alienista a fim de entender a loucura e encontrar a cura para ela.

em reger a universidade em Coimbra ou expedir os negócios da monarquia (ASSIS, 2006, p. 253).

Após mergulhar nos estudos e práticas médicos como um todo, um dos recantos dessa área chamou-lhe particular atenção: o recanto psíquico. Quando o alienista decide aprofundar-se no psiquismo humano, torna-se indiferente a tudo aquilo que não se relaciona a essa especialidade, que por sua vez se transforma em uma ideia fixa. Bacamarte resolve, diante disso, estudar as patologias cerebrais e a partir de então é ele quem define o limite da loucura e da razão, decretando portanto quem ficará confinado e quem ficará livre, já que ele presumia saber a técnica de diagnóstico e de tratamento das doenças mentais, o que lhe dava o poder de agir com as pessoas da cidade como objetos em que seriam experimentadas as teorias dele. O conceito de loucura é submetido ao arbítrio do psiquiatra e de acordo com as diferentes concepções existentes. Há, conseqüentemente, uma flutuação teórica por parte do alienista que constrói teorias sucessivas, ora afastando, ora reconciliando o terreno da razão e da loucura. O mais interessante de tudo isso é perceber que o Dr. Bacamarte acreditava estar fazendo “um bom serviço à humanidade” ao “[...] estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal” (ASSIS, 2006, p. 256; CHAUVIN, 2005, p. 31; SOUZA, 2004, p. 90).

Simão Bacamarte

estudava por todos os lados uma certa idéia arrojada e nova, própria a alargar as bases da psicologia. Todo o tempo que lhe sobrava dos cuidados da Casa Verde, era pouco para andar na rua, ou de casa em casa, conversando as gentes, sobre trinta mil assuntos, e virgulando as falas de um olhar que metia medo aos mais heróicos (ASSIS, 2006, p. 260).

Passaram-se assim três semanas, quando o alienista desenvolveu uma teoria que iria “mudar a face da terra”! Nessa nova teoria, o conceito de insânia abrangia uma vasta superfície de cérebros, tanto que ele afirmou que a loucura “[...] era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”. Ele desenvolveu esse conceito a partir de exemplos encontrados na história e na própria Itaguaí, embora tenha se detido mais na primeira, já que temia citar todos os casos da segunda. Desse modo, “apontou com especialidade alguns personagens célebres, Sócrates, que tinha um demônio familiar, Pascal, que via um abismo à esquerda, Maomé, Caracala, Domiciano, Calígula etc. [...]” (*Ibid.*, p. 260-1).

Dr. Bacamarte pretendia, como dito anteriormente, demarcar os limites da razão e da loucura, sendo a razão, segundo ele, o perfeito equilíbrio de todas as faculdades e fora dela só haveria insânia. Mas nem todos concordavam com essa teoria e ousavam problematizar (o que era algo praticamente em vão) a questão de que a loucura e a razão já estavam perfeitamente delimitadas e, portanto, já se sabia onde uma terminava e a outra começava. Porém o alienista não dava ouvidos a essas queixas e decide pôr em prática sua teoria. Ao fazer isso, o terror na pequena cidade de Itaguaí instaura-se, porquanto já não se sabia quem estava são nem quem estava louco, e ele, como homem de ciência, “[...] não podia deixar na rua um mentecapto” (ASSIS, 2006, p. 261-3).

Por causa disso, fazia-se necessário um critério de classificação dos loucos. O alienista dividiu, então, seus enfermos

[...] primeiramente em duas classes principais: os furiosos e os mansos; daí passou às subclasses, monomanias, delírios, alucinações diversas. Isto feito, começou um estudo aturado e contínuo; analisava os hábitos de cada louco, as horas de acesso, as aversões, as simpatias, as palavras, os gestos, as tendências; inquiria da vida dos enfermos, profissão, costumes, circunstâncias da revelação mórbida, acidentes da infância e da mocidade, doenças de outra espécie, antecedentes na família, uma devassa, enfim, como a não faria o mais atilado corregedor. E cada dia notava uma observação nova, uma descoberta interessante, um fenômeno extraordinário. Ao mesmo tempo estudava o melhor regímen, as substâncias medicamentosas, os meios curativos e os meios paliativos, não só os que vinham nos seus amados árabes, como os que ele mesmo descobria, à força de sagacidade e paciência. Ora, todo esse trabalho levava-lhe o melhor e o mais do tempo. Mal dormia e mal comia; e, ainda comendo, era como se trabalhasse, porque ora interrogava um texto antigo, ora ruminava uma questão [...] (ASSIS, 2006, p. 257-8).

Embora possa parecer loucura, vale ressaltar que esse critério de classificação adotado pelo Dr. Bacamarte fazia parte do cotidiano dos alienistas do século XIX. Consequentemente, não se tratava de um mero devaneio de um escritor de ficção, pois à proporção que a psiquiatria consolidava-se no Brasil como um saber médico especializado, os alienistas procuravam tanto nas teses acadêmicas quanto nos artigos e memórias publicados nos periódicos gerais e especializados adequar as concepções psiquiátricas estrangeiras às condições específicas com as quais lidavam cotidianamente. Desse modo, houve a tentativa de produzir classificações originais das doenças mentais por parte dos psiquiatras brasileiros, embora essas classificações ainda estivessem vinculadas às propostas dos alienistas franceses e alemães. Teixeira Brandão foi um exemplo disso: o primeiro a propor uma classificação das

doenças mentais que, segundo ele, seriam divididas em duas categorias: (1) as que se manifestam nos cérebros de evolução normal, compreendendo três classes (as psicoses, as cerebropsicoses e as cerebropatias) e (2) as que se manifestam em cérebros de evolução anormal, isto é, as degenerações (ENGEL, 2001, p. 136-8).

Em princípios do século XX, as classificações elaboradas pelos psiquiatras brasileiros ampliavam os limites do normal e do anormal (ou patológico) e incluíam a categoria das degenerações, tendo como base as concepções de Auguste Morel. A loucura, nessa perspectiva, não estaria mais associada ao delírio, como nas concepções presentes na década de 30 do século XIX, mas seria uma categoria incluída noutra mais abrangente que seria a da alienação mental (*Ibid.*, p. 138-40).

Fazia-se necessário, segundo os alienistas, criar categorias de classificação das moléstias mentais que se aproximassem mais da nosografia médica e que pudessem comportar as diversas gradações da loucura, já que a divisão existente era bastante precária por admitir diferentes estágios e tipos de doença mental, o que viabilizava a disseminação no interior do hospício dos riscos de contágio (*Ibid.*, p. 206-7).

Quando findaram as obras do Hospício de Pedro II em 1855, tornou-se evidente a separação dos doentes em duas grandes divisões: os homens ocupariam a ala da esquerda e as mulheres a ala da direita. Também havia a segregação dos alienados de acordo com as origens sociais que os dividia em duas categorias: (1) a dos admitidos gratuitamente – os indigentes, os escravos cujos senhores não podiam custear o tratamento, os marinheiros de navio mercante – (2) e a dos pensionistas que eram divididos em três classes – os de primeira classe que compreendiam aqueles com direito a quarto separado com tratamento especial, os de segunda classe com direito a quarto para dois alienados com tratamento especial; e os de terceira classe que abrangiam pessoas livres ou escravas que ocupariam as enfermarias gerais. Além dessas divisões, havia as subdivisões: os pensionistas de primeira classe e de segunda classe seriam separados em apenas duas subdivisões: (1) tranquilos e (2) agitados. E os de terceira classe seriam distribuídos em (1) tranquilos, (2) agitados, (3) imundos e (4) afetados de moléstias acidentais. Essa disposição de classificação adotada nas divisões e subdivisões do espaço interno do hospício estabelecia um contato organizado entre as pessoas do mesmo sexo, da mesma condição social e que manifestavam o mesmo tipo de comportamento. Alguns alienistas condenavam que o isolamento absoluto fosse prejudicial e defendiam que o convívio entre a maioria dos alienados nos dormitórios, nas salas de reunião e no trabalho poderia auxiliar no tratamento. Contudo apenas o contato entre os alienados pertencentes ao mesmo grupo era considerado saudável, enquanto que o contato entre os diferentes grupos era

condenado veementemente. Percebe-se que a divisão presente no Hospício de Pedro II tinha como finalidade principal o controle (ENGEL, 2001, p. 204-6).

Retornando ao texto de Machado de Assis, um dos casos de internação que causou rebuliço na pequena cidade de Itaguaí foi o de uma senhora tida por todos como “perfeitamente ajuizada” que foi recolhida à Casa Verde apenas por ter tentado defender o primo dela que já se encontrava internado. O discurso que ela proferiu em defesa do primo soou aos ouvidos do alienista como um desequilíbrio a ponto de ficar na galeria dos alucinados. Outro caso que chamou a atenção foi o de outra personagem, Mateus, que ficava horas a fitar e a contemplar a casa recém-construída. Segundo a visão de Bacamarte, Mateus padecia do “amor das pedras”, mania que ele descobrira e estudava desde algum tempo. Depois de um período de observações, Mateus também foi recolhido à Casa Verde (ASSIS, 2006, p. 263-5).

Em pouco tempo, quatro quintos da cidade estava reclusa na Casa Verde, uma vez que:

um homem não podia dar nascença ou curso à mais simples mentira do mundo, ainda daquelas que aproveitam ao inventor ou divulgador, que não fosse logo metido na Casa Verde. Tudo era loucura. Os cultores de enigmas, os fabricantes de charadas, de anagramas, os maldizentes, os curiosos da vida alheia [...]. Ele respeitava as namoradas e não poupava as namoradeiras, dizendo que as primeiras cediam a um impulso natural, e as segundas a um vício. Se um homem era avaro ou pródigo ia do mesmo modo para a Casa Verde; daí a alegação de que não havia regra para a completa sanidade mental (ASSIS, 2006, p. 279).

Essa maneira hiperbólica de lidar com a loucura levou Dr. Simão Bacamarte, à semelhança do psiquiatra Benjamin Rush³⁴ (1746-1813) que internou o próprio filho, a internar a esposa, D. Evarista. Tudo aconteceu quando a cidade de Itaguaí recebeu, pela manhã, a notícia de que “a própria esposa do alienista fora metida na Casa Verde [...] D.

³⁴ Segundo os relatos do psiquiatra Thomas Szasz (1978, p. 184-5), Benjamin Rush era o típico psiquiatra autoritário, dominador e violento que via doença em toda a parte e portanto “estava disposto a usar as medidas mais aterrorizantes para controlar esse tremendo flagelo”. Na realidade, ele não encontra os loucos, ele os cria. Pode-se fazer uma aproximação entre Benjamin Rush e Simão Bacamarte no que se refere à relação de ambos com seus familiares. John Rush, o filho mais velho de Benjamin Rush, começou a estudar medicina, mas desistiu dela para começar uma carreira na marinha. Posteriormente, resolveu voltar a estudar medicina e obteve seu diploma de médico em 1804, mas novamente abandonou a carreira ao rejeitar um emprego no Philadelphia General Hospital onde estaria à sombra do pai. Finalmente, voltou para a marinha como mestre de cabotagem. Entretanto, sua carreira naval duraria menos de quatro anos porque em 1807 assassinou em um duelo Benjamin Taylor, um de seus amigos mais íntimos. Menos de um ano depois tenta suicídio e em 1810 volta para a casa do pai. Embora na época de Rush, tanto quanto hoje, fosse usual os médicos não tratarem de pessoas da família, John Rush foi diagnosticado como doente mental pelo pai e, devido a isso, foi internado no manicômio em que seu pai trabalhava e permaneceu lá até sua morte.

Evarista fora recolhida às duas horas da noite” (ASSIS, 2006, p. 279). O alienista diagnosticou o caso da esposa como sendo o de *mania sumptuária* que não seria algo incurável, mas era digno de estudo e segundo suas previsões ela estaria recuperada dentro de seis semanas. Os argumentos que levaram Bacamarte a internar a esposa foram que:

suas conversas eram todas sobre esses objetos [sedas, veludos, rendas e pedras preciosas]³⁵: se eu lhe falava das antigas cortes, inquiria logo da forma dos vestidos das damas; se uma senhora a visitava, na minha ausência, antes de me dizer o objeto da visita, descrevia-me o traje, aprovando umas cousas e censurando outras. [...] Tudo isso eram sintomas graves; esta noite, porém, declarou-se a total demência. Tinha escolhido, preparado, enfeitado o vestuário que levaria ao baile da Câmara Municipal; só hesitava entre um colar de granada e outro de safira. Anteontem perguntou-me qual deles levaria; respondi-lhe que um ou outro lhe ficava bem. Ontem repetiu a pergunta, ao almoço; pouco depois de jantar fui achá-la calada e pensativa. – Que tem? perguntei-lhe. – Queria levar o colar de granada, mas acho o de safira tão bonito! – Pois leve o de safira. – Ah! Mas onde fica o de granada? – Enfim, passou a tarde sem novidade. Ceamos e deitamo-nos. Alta noite, seria hora e meia, acordo e não a vejo; levanto-me, vou ao quarto de vestir, acho-a diante dos dous colares, ensaiando-os ao espelho, ora um, ora outro. Era evidente a demência; recolhi-a logo (ASSIS, 2006, p. 279-80).

Uma possível interpretação dessa atitude (insana?) de D. Evarista seria a de que isso fosse uma espécie de reação relacionada à ausência do marido em sua vida, visto que ele vivia apenas voltado aos estudos científicos. Isso levou a “ilustre dama, no fim de dous meses”, achar-se “a mais desgraçada das mulheres”. Como consequência, “caiu em profunda melancolia, ficou amarela, magra, comia pouco e suspirava a cada canto”. Apesar de definhar a olhos vistos, não ousava reclamar ao marido porque respeitava nele tal figura. Todavia um dia confessou que “se considerava tão viúva como dantes”, e essa afirmação levou Simão Bacamarte a propor a ela uma viagem ao Rio de Janeiro. Aos ouvidos de D. Evarista, isso soou como um sinal de esperança, pois ela iria finalmente “realizar os desejos de menina e moça”: conhecer a cidade do Rio de Janeiro! Simão Bacamarte ao ver a felicidade que emanava do rosto da esposa

pegou-lhe a mão e sorriu, - um sorriso tanto ou quanto filosófico, além de conjugal, em que parecia traduzir-se este pensamento: - ‘não há remédio certo para as dores da alma; esta senhora definha, porque lhe parece que não a amo; dou-lhe o Rio de Janeiro, e consola-se.’ E porque era homem estudioso tomou nota da observação (ASSIS, 2006, p. 258-9).

³⁵ Esse furor pelas sedas, veludos, rendas, pedras preciosas, vestidos etc. começou a se manifestar depois que D. Evarista voltou do Rio de Janeiro, cuja viagem fora incentivada pelo próprio Simão Bacamarte.

Não se pode ter certeza se realmente D. Evarista teve, em algum momento, um surto ou se tudo foi desenhado de acordo com o olhar de Simão Bacamarte. Outra hipótese poder levar em consideração as duas anteriores.

No momento da despedida rumo à cidade do Rio, enquanto todos derramavam-se em lágrimas, a única coisa que preocupava o alienista naquela ocasião era percorrer os olhos pela multidão para saber se não havia algum demente ali misturado com a gente de juízo. Isso se deveu por ser ele um “homem de ciência, e só de ciência”, e devido a isso nada o consternava fora dela (ASSIS, 2006, p. 259).

O Dr. Bacamarte, não obstante, não se contentou com seus feitos e decide rever sua teoria. Eis o assombro: ele propõe outra teoria que consiste em considerar alienado quem possui os perfeitos equilíbrios das faculdades mentais! Desse modo, quem estava recluso na Casa Verde seria, então, libertado. Haveria outra classificação para os alienados que, desta vez, seria composta pelos modestos, tolerantes, leais, sagazes, sinceros e por mais uma infinidade de outras qualidades morais e mentais. De acordo com a nova teoria, para recolher alguém à Casa Verde não bastava um fato ou um dito, era preciso um longo exame, um vasto inquérito do passado e do presente. Mesmo com todo esse rigor, ao cabo de cinco meses, dezoito pessoas já estavam alojadas na instituição. E Simão Bacamarte não dava descanso a sua busca, “ia de rua em rua, de casa em casa, espreitando, interrogando, estudando; e quando colhia um enfermo, levava-o com a mesma alegria com que outrora os arrebanhava às dúzias” (*Ibid.*, p. 282-4).

A terapêutica adotada por Simão para essa nova teoria consistia em atacar de frente a qualidade moral predominante:

suponhamos um modesto. Ele aplicava a medicação que pudesse incutir-lhe o sentimento oposto; e não ia logo às doses máximas, - graduava-as, conforme o estado, a idade, o temperamento, a posição social do enfermo. Às vezes bastava uma casaca, uma fita, uma cabeleira, uma bengala, para restituir a razão ao alienado; em outros casos a moléstia era mais rebelde; recorria então aos anéis de brilhantes, às distinções honoríficas etc. [...] Casos houve em que a qualidade predominante resistia a tudo; então, o alienista atacava outra parte, aplicando à terapêutica o método da estratégia militar, que toma uma fortaleza por um ponto, se por outro o não pode conseguir (ASSIS, 2006, p. 285).

Tal foi a eficácia da cura que no fim de cinco meses e meio a Casa Verde encontrava-se vazia! Mas quem imagina que o alienista ficou radiante ao ver sair da Casa Verde o último

mentecapto engana-se. “Não lhe bastava ter descoberto a teoria verdadeira da loucura; não o contentava ter estabelecido em Itaguaí o reinado da razão. *Plus ultra!* Não ficou alegre, ficou preocupado, cogitativo; alguma coisa lhe dizia que a nova teoria tinha, em si mesma, outra e novíssima teoria” (ASSIS, 2006, p. 286).

Recomeçou seus estudos sobre as patologias cerebrais a fim de chegar à última verdade; até que concluiu que os cérebros bem organizados que ele acabava de curar eram tão desequilibrados como os outros, pois ele não teria como incutir “um sentimento ou uma faculdade nova; uma e outra coisa existiam no estado latente, mas existiam”. Ao fim, rematou afirmando que não havia loucos em Itaguaí. Essa afirmação a que chegou depois de longo tempo dedicado aos estudos das enfermidades mentais deixou-o preocupado, uma vez que vinha pôr em dúvida “o majestoso edifício da doutrina psicológica”. Contudo Simão Bacamarte não se deixou abater, porquanto achou em si mesmo as características do perfeito equilíbrio mental e moral: a sagacidade, a paciência, a perseverança, a tolerância, a veracidade, o vigor moral, a lealdade, enfim, todas as qualidades que podem formar um completo mentecapto. Ao cabo de algumas análises e observações mais apuradas, o alienista decide recolher-se à Casa Verde, já que se tratava de uma questão científica, de uma doutrina nova cujo primeiro exemplo era ele mesmo ao reunir em si a teoria e a prática. Ele entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo com tanto afincamento que morreu dali a dezessete meses, “no mesmo estado em que entrou, sem ter podido alcançar nada. [...] Seja como for, efetuou-se o enterro com muita pompa e rara solenidade” (*Ibid.*, p. 286-8).

Embora se corra o risco em fazer uma comparação entre Simão Bacamarte e Philippe Pinel, pois um é uma personagem literária e o outro uma figura histórica, Jean Pierre Chauvin (2005, p. 91-2) ousa fazer uma interpretação ao mencionar que Simão Bacamarte assemelha-se a uma versão brasileira de Philippe Pinel. Ambos enfrentaram a contrariedade da opinião pública devido à efetivação de suas teorias, embora opostas, mas revolucionárias: o primeiro enfrentou a situação por encarcerar boa parte da população no asilo e o segundo por libertar os loucos das correntes. Foi uma maneira que Machado de Assis utilizou para parodiar as teorias médicas e as personalidades estrangeiras.

O conto-novela conduz a uma reflexão sobre a exclusão do convívio social de determinados indivíduos tidos como anormais a partir da ótica psiquiátrica. A ciência do século XIX visava separar o objeto de estudo de seu contexto com a intenção de entendê-lo melhor e de corrigi-lo se preciso fosse. Pode-se mencionar que essa perspectiva de ciência está vinculada à ideia de indivíduos que possuem mentes e corpos sãos e aptos para enfrentarem árduas jornadas de trabalho presentes naquele momento histórico. Por

consequente, aqueles indivíduos que estivessem fora dos padrões funcionais de produção deveriam ser colocados à margem.

O racionalismo científico buscava apoderar-se do objeto de estudo, que no caso da psiquiatria seriam os alienados, a fim de classificá-lo de tal modo que a relação que seria estabelecida posteriormente com ele seria com o rótulo dado pela classificação, e não mais com o objeto em si. No processo de rotulação, o indivíduo estigmatizado incorpora determinadas representações e passa a ser identificado por elas. Ademais, o racionalismo científico pretende estudar os alienados como objetos sempre iguais em si mesmos sem levar em consideração que cada indivíduo possui suas particularidades e diferenças (OLIVEIRA, ca. 2000, p. 8; SILVA, 2007, p. 128-30).

Outro ponto de reflexão interessante a ser destacado é perceber que a opção por tamanho racionalismo levou Simão Bacamarte a ter uma crença grande no método científico e ter uma percepção tão afunilada da patologia cerebral que ele próprio interna-se na Casa Verde, e ninguém mais poderia questionar tais decisões tomadas por ele, seja lá quais fossem, pois ele, como homem de ciência, seria o único que poderia questionar e tomar tais decisões. O comportamento do alienista no conto-novela mostra a postura de uma pessoa autoritária, visto que apenas ele tinha o poder de distinguir entre um indivíduo louco e um são. No entanto, apesar do autoritarismo, ele, por estar tão mergulhado nas redes da ciência, não foi capaz de discernir entre os mais elementares traços do comportamento humano: a mentira e o medo. No último capítulo, intitulado *Plus ultra!*, Dr. Simão não percebeu que as demais personagens quando questionadas por ele sobre seu “perfeito equilíbrio mental e moral” respondem-lhe o que lhes parece mais conveniente. Essa atitude deveu-se ao medo que elas possuíam das atitudes inconstantes do alienista e do poder autoritário exercido por ele. Observa-se, nesse caso, que ele mesmo corre à margem dos padrões da normalidade porque se considera o habitante mais poderoso e perfeito da vila (CHAUVIN, 2005, p. 44, 71-2; OLIVEIRA, ca. 2000, p. 9, 11).

Machado de Assis põe em questão a própria conduta do racionalismo científico ao mostrar que se ela for levada ao extremo, acaba-se tornando, ela mesma, loucura. O apego desmedido de Bacamarte à ciência representou uma espécie de suicídio ao mostrar que a razão por si só não foi capaz de lidar com a complexidade do ser humano e por isso condenou-se a si mesma. O humor machadiano critica a medicina positivista que visava circunscrever a loucura como discurso da anormalidade passível de controle social. O autor de *O alienista* satiriza o apego dos médicos brasileiros ao cientificismo e às ideias advindas do positivismo provenientes dos países europeus do século XIX, além de criticar a função dos

asilos psiquiátricos (teria, de fato, a *Casa de Orates* abrigado insanos?) (CHAUVIN, 2005, p. 11, 38-9; OLIVEIRA, ca. 2000, p. 11; PERINI, 2006).

Além dessa perspicaz apreciação, Machado de Assis relatou com sutileza, argúcia e crítica os procedimentos adotados pelo Dr. Simão Bacamarte, que podia ser considerado uma espécie de paradigma do psiquiatra dos anos 80 do século XIX. Percebeu com acuidade a utilização de exames clínicos que adotavam procedimentos (métodos e técnicas) que, para os psiquiatras da época, asseguravam avaliações precisas e corretas sobre as doenças mentais, e muitos acreditavam estarem descobrindo o tratamento correto para esse mal. Mas eis que surge uma dúvida: esses procedimentos eram tratamento ou punição?

4.2.1 Métodos e técnicas psiquiátricas: tratamento ou punição?

O médico do século XVIII era uma figura autoritária e utilizava-se de métodos de intimidação baseados em ameaça. Os alienistas acreditavam que precisavam ter um controle completo sobre o louco. Uma das formas de exercer poder sobre os alienados era o uso do *terror* que servia como método de cura e que, de acordo com Rush, age poderosamente sobre o corpo e a mente do indivíduo acometido de loucura. Para aterrorizar adequadamente o paciente, era necessário afastá-lo de sua casa e encerrá-lo em um hospício, privando-o da liberdade. Até meados do século XIX, os médicos norte-americanos possuíam o poder incontestável de impor a detenção médica a qualquer indivíduo que considerasse necessitado de cuidados por doença mental: bastava apenas o médico escrever o pedido em um papel e assinar (SZASZ, 1978, p. 177, 179).

Rush defendia que se alguns métodos de tratamento fossem ineficientes para conseguir o governo sobre os pacientes perturbados, dever-se-ia recorrer a alguns métodos mais violentos de coerção que, segundo ele, com a aplicação adequada desses modos “leves e aterrorizantes de castigo”, raramente necessitar-se-á de correntes e açoites para governar as pessoas loucas (*Ibid.*, p. 180).

Às vezes, ele classificava seus métodos ora como tratamentos, ora como castigos, pois concebia os loucos como animais não domados e que deveriam, portanto, ser domados pelo médico. Além dos métodos comumente empregados pelos psiquiatras da época (sangrias, purgantes, vomitórios, privação de alimentos, solidão, camisa de força etc.), Rush empregava outros quatro que merecem destaque. (1) *Posição ereta do corpo*, que era uma adaptação de

um método de domar cavalos rebeldes na Inglaterra que consistia em encurralar o animal e impedir que eles deitassem ou dormissem ao colocar pregos pontudos em seus corpos durante dois ou três dias e noites. Rush acreditava que poderia aplicar a mesma medida nos loucos “por meios diferentes e mais suaves” (SZASZ, 1978, p. 181-3). (2) A máquina chamada *girador*, invenção do próprio Rush, que era uma prancha giratória em que se prendiam os pacientes, que sofriam de loucura apática, com a cabeça colocada o mais longe possível do centro. A máquina podia ser girada a grandes velocidades, fazendo com que o sangue corresse para a cabeça. (3) O *mergulho* que consistia em imergir o paciente na água e ameaçá-lo afogá-lo. Por fim, (4) o *tranquillizer* ou tranquilizador que se tratava

de uma poltrona de madeira, com espaldar muito alto ao qual se fixa uma espécie de caixa que imobiliza a cabeça. O tronco, as pernas, os pés, as mãos e os braços também são imobilizados por correias que o amarram à poltrona. O paciente ficava nessa cadeira, isolado de qualquer som, às escuras e por períodos tão longos que sob o assento se colocava um balde para receber dejetos³⁶ (PESSOTTI, 1996, p. 235).

Até depois da metade do século XVIII, o tratamento dos loucos ainda possuía o que podemos denominar de elemento mágico: incluía exorcismos e encantamentos executados por religiosos para expulsar os espíritos malignos, uma vez que, segundo essa ótica, eram eles que levavam as vítimas a pensamentos delirantes e a atos inconvenientes. Entretanto havia também outros tipos de tratamentos médicos em uso desde o século XVII e que foram empregados com abundância em todo o século XVIII, estendendo-se também pelo século XIX, que se confundiam muitas vezes com as torturas usadas fora do ambiente médico: eram os purgantes, os vomitórios e as sangrias administrados sistematicamente. Havia também o uso, de modo mais generalizado, dos banhos e duchas frias. Todavia vale ressaltar que nesse período o tratamento mais específico para as doenças mentais era o tratamento violento: choques sensoriais intensos, como grandes sustos ou inesperados estrondos, como aqueles causados por disparos de canhão, privação de alimentos, queimaduras na nuca, *seton* (fio ou cordão de lã ou de seda introduzido com uma agulha sob a pele, ficando as pontas fora do

³⁶ Szasz (1978, p. 181-2) defende uma tese bem interessante sobre as invenções e descobertas psiquiátricas, como a cadeira tranquilizante de Rush, ao afirmar que ela seria, por exemplo, uma adaptação de um instrumento inquisitorial cujo nome era *cadeira de bruxa* que servia para lidar com as bruxas. Era uma cadeira de ferro com tachas chatas em que a acusada era amarrada enquanto se acendia fogo em baixo da cadeira e tinha por finalidade obter a verdade quando se interrogava. Segundo essa prática medieval, a verdade seria revelada a partir da dor e do sofrimento, considerados os últimos pontos da existência mortal.

corpo a fim de provocar supurações e drenagem dos humores), as fricções de tártaro estibiado sobre o couro cabeludo raspado (PESSOTTI, 1996, p. 216-7; SZASZ, 1978, p. 180).

Erasmus Darwin (1731-1802) inventou o balanço ou *swing*, mais conhecido como a *máquina rotatória*, para tratar vários tipos de loucura. A terapia consistia em deitar o paciente amarrado em um leito em posição horizontal e provocar balanços. Joseph Mason Cox (1763-1818) aperfeiçoou o método de Erasmus Darwin tornando seu uso menos limitado. O aparelho de Cox era formado por algumas cordas presas ao teto, fixadas em uma trave de madeira horizontal distante do solo à meia-altura. Nessa trave, prendia-se uma maca ou uma poltrona de madeira. Com a maca, o paciente ficava em posição horizontal durante o giro e com a cadeira, obtinha-se a rotação perpendicular. Esse aparelho também podia ser aplicado utilizando-se a simples oscilação da maca ou da cadeira. “Normalmente, o movimento rotatório era acelerado e se prolongava até que provocasse vertigens, vômitos e colapso circulatório, ao ponto de produzir inconsciência, com ou sem convulsões³⁷”. (PESSOTTI, 1996, p. 218-9).

Baseado nessa linha de pensamento, surgiu mais um método de tratamento para as doenças mentais, conhecido como *malarioterapia* que consistia em inocular a malária. Esse método, segundo alguns, era eficaz naqueles indivíduos cuja loucura deveu-se a doenças infecto-contagiosas como a sífilis, já que as febres altas causadas pela malária, matavam o treponema e, assim, os danos causados pela sífilis desapareceriam ou se reduziriam (*Ibid.*, p. 222).

Havia outro tratamento que era conhecido como *crucifixão* que consistia em amarrar o paciente, que se encontrava em pé, pelos braços, que ficavam abertos às cordas horizontais; os pés eram amarrados a uma corda vertical que era fixada do teto ao solo, e a cintura era amarrada pelo cruzamento das cordas horizontais e verticais (*Ibid.*, p. 225).

A *câmara escura* era outro tipo de tratamento físico utilizado nos manicômios dos séculos XVIII e XIX. Ela era um pequeno aposento ou cabine pintada de preto no chão e nas paredes. Continha meios para produzir ruídos horrendos e ameaçadores como imitação de urros de animais selvagens ou o desabar de um terrível temporal. Esses efeitos poderiam ser conseguidos utilizando-se um grande cilindro metálico, giratório e dividido em compartimentos que possuíam pedras e objetos metálicos de diferentes tamanhos que

³⁷ A máquina rotatória de Erasmus Darwin também foi adaptada por Halaran, em 1818, e por Rush. O primeiro aperfeiçoou o instrumento para que ele permitisse a rotação de dois pacientes ao mesmo tempo: um na posição horizontal e outro na vertical; o segundo adaptou à máquina um dispositivo que causava vertigens e choque (PESSOTTI, 1996, p. 236).

produziam os sons terrificantes ouvidos pelos pacientes confinados na câmara escura quando o cilindro era girado (PESSOTTI, 1996, p. 226).

Outro tratamento era o *banho frio* que basicamente era um fosso cavado no pavimento de uma sala e cheio de água fria que era coberto por uma esteira, disposta como um tapete que o escondia. O paciente era conduzido calmamente à sala e inesperadamente caía na água gelada onde deveria permanecer pelo tempo da recitação de um *miserere* que é um salmo penitencial em que o pecador invoca o perdão divino e reconhece-se vil e desprezível. O tempo de duração da recitação era de aproximadamente mais de dois minutos, tempo suficiente para que o paciente se sentisse congelado (*Ibid.*, p. 225-6).

Foucault (2006c, p. 205-6) faz uma análise interessante sobre a loucura e a água. De acordo com ele, “a razão pertenceu por muito tempo à terra firme”, enquanto que a desrazão

foi aquática, desde o fundo dos tempos e até uma data bastante próxima. E, mais precisamente, oceânica: espaço infinito, incerto; figuras moventes, logo apagadas, não deixam atrás delas senão uma esteira delgada e uma espuma; tempestades ou tempo monótono; escadas sem caminho.

A loucura seria, destarte, “o exterior líquido e jorrante da rochosa razão”. A água possui um valor ambíguo com relação à loucura porque pode ser usada tanto para explicá-la, quanto ser usada contra ela, a partir de métodos tidos terapêuticos. Até o final do século XVIII, a água foi utilizada contra a loucura: eram utilizados banhos frios, sobretudo duchas, para curar a mania considerada um calor sem febre que inflamava os espíritos; os banhos mornos e infusões eram usados no tratamento da melancolia tida como uma doença fria e estagnante e para os casos graves utilizavam-se os banhos-infusões em que os doentes literalmente ficavam de molho.

Os banhos e as duchas foram bastante utilizados até meados do século XIX³⁸, mas com uma mudança no que Foucault (2006c, p. 206-7) chamou de protocolo: a ritualização do gesto e o regime em que ele se ordena, ou seja, a água não seria mais o banho apaziguador, mas a surpresa.

Administra-se a ducha inesperadamente; ou substituindo-se bruscamente a água quente pela água fria; pode acontecer que se instale o doente sobre uma plataforma que, de repente, afunda na água. O sujeito, de camisa, é amarrado; a uma distância variável acima de sua cabeça (segundo a violência

³⁸ Em meados do século XIX, a água passou a ser mais comparada com a fumaça, ou seja, o ópio e demais drogas, do que com a água em estado líquido (FOUCAULT, 2006c, p. 209).

que se quer obter) há uma torneira que pode ter até cinco centímetros de diâmetro. É que o frio não deve mais ser o agente ativo de um refrigério fisiológico, mas a agressão que abate as quimeras, derruba o orgulho, reenvia os delírios à realidade cotidiana.

Nessa perspectiva do século XIX, a água possui quatro funções: (1) é *dolorosa* porque reconduz o sujeito ao mundo da percepção que ele tende a escapar; (2) ela *humilha* quando coloca o sujeito diante de sua própria realidade desiludida e diluída; (3) ela *reduz ao silêncio* porque corta a palavra que é tanto o signo quanto o ser inteiro da loucura; e (4) ela *castiga*. A água força a loucura a confessar, visto que ela é o instrumento da confissão, pois “arrasta as impurezas, as idéias inúteis, todas essas quimeras que são próximas das mentiras. A água, no mundo moral do asilo, conduz à verdade nua [...]”. A aplicação da ducha, então, faz com que o alienado reconheça que aquilo que ele diz é ilusão, falsa crença, imagem presunçosa, puro e simples delírio. Em suma, o louco deve reconhecer que é louco (FOUCAULT, 2006c, p. 207).

Na prática asilar, os meios terapêuticos confundiam-se frequentemente com os mecanismos de punição, de tal modo que não se sabia distinguir precisamente entre o tratamento e o controle dos alienados internados nas instituições psiquiátricas. No Hospício de Pedro II, eram usados os mais variados tipos de meios físicos e morais não só como tratamento, mas também como controle: a emborcação, os banhos de tina, de chuva e de vapor que podiam ser mornos ou frios. Apesar de até a década de 80 do século XIX os meios terapêuticos utilizados serem morais, alguns métodos revelavam a concepção de loucura tida como uma doença orgânica: o emprego de substâncias farmacológicas, de sangrias (por meio de sanguessugas ou de ventosas) e de vesicatórios (ENGEL, 2001, p. 212-3).

No Hospício de Pedro II, por volta das décadas de 70 e 80 do século XIX, havia uma luta entre os médicos, enfermeiros e as irmãs de caridade no que se refere ao poder exercido sobre os alienados. Os médicos reclamavam a falta de preparo tanto dos profissionais da área de saúde quanto das irmãs de caridade. Aos médicos cabia a decisão de aplicar meios de repressão, apesar de, em situações de emergência, os enfermeiros poderem incumbir-se de tal papel. Em muitos casos havia vários conflitos entre os enfermeiros e os médicos devido aos castigos impostos pelos enfermeiros aos alienados sob o aval das irmãs de caridade, uma vez que era utilizado o uso da violência como a utilização de colete-de-força, o banho de emborcação e a aplicação de sanguessugas no ânus, com a justificativa de que os loucos eram feras e, como tais, deveriam ser tratados com brutalidade a fim de serem *domesticados* (*Ibid.*, p. 228-9).

Um importante e curioso aspecto a ser ressaltado no que se refere ao poder exercido pelos médicos do Hospício de Pedro II é que nas primeiras três décadas de funcionamento dessa instituição o poder deles era restringido até mesmo de forma subordinada por outras instâncias de poder: o provedor da Santa Casa, o juiz de órfãos, o chefe ou delegado de polícia, os familiares, os tutores, os curadores dentre outros, cabendo ao médico contribuir apenas com uma avaliação científica acerca do assunto. Além disso, os primeiros estatutos da referida instituição determinavam a relativização do poder do médico no interior do estabelecimento psiquiátrico, a fim de evitar abusos cometidos por eles com relação aos alienados. Devido a isso, os membros da administração realizavam visitas frequentes aos dormitórios e aos aposentos dos alienados. O médico seria surpreendentemente excluído do domínio absoluto dentro de seu próprio território porque a verdade e a mentira, a justiça ou a injustiça da exclusão e até as classificações adotadas nas separações do espaço asilar ficariam a cargo dos olhos leigos e não dos do médico (ENGEL, 2001, p. 232-4).

A existência de poucos médicos para atender a uma enorme gama de pacientes comprometia a eficiência e o desempenho deles, porquanto o trabalho dos alienistas não era *tão simples*, como os existentes em outras áreas médicas, pois eles não podiam aplicar simplesmente vomitivos ou cataplasmas, já que teriam de *corrigir os erros do espírito*. Esse número reduzido de alienistas proporcionava o inevitável distanciamento entre eles e os alienados que ficavam submetidos aos *cuidados* (ou à autoridade, melhor dizendo) dos enfermeiros e das irmãs de caridade que, por sua vez, eram ambos, muitas vezes, desqualificados para tal função, o que gerava violência decorrente das agressões físicas, além de suicídios e evasão (*Ibid.*, p. 240).

No Brasil, um dos primeiros procedimentos terapêuticos adotados era um questionário que, para alguns especialistas, não poderia ser fixo porque as perguntas deveriam ser formuladas de acordo com cada caso clínico; não obstante, devesse haver um método, uma orientação comum que norteasse as questões. O observador deveria proceder primeiramente assinalando o aspecto geral do doente, sua fisionomia e seu estado, focando a maneira pela qual ele respondia às perguntas. A segunda etapa do tratamento compreendia procedimentos mais objetivos, como a inspeção de todas as partes do corpo do paciente com maior ênfase no crânio, face, orelhas, nariz, olhos, cavidade bucal, tórax, órgãos genitais, membros, pulmões, coração, fígado, baço, estômago e intestinos. Ademais, o especialista observaria variações de peso e também realizaria exames de urina e percussão de crânio e testes para avaliar o sistema nervoso através dos reflexos tendinosos, cutâneos e pupilares. Por último, havia a etapa mais subjetiva que consistia em uma pesquisa minuciosa dos dados anamnésicos, da condição de

vida, da observação da memória, do modo de falar e de expressar-se e do grau de inteligência. Para que esses procedimentos pudessem ser realizados com sucesso, havia uma espécie de *regra de ouro* a ser seguida: dever-se-ia captar a simpatia do doente e deixar que ele falasse a fim de poder-se descrever os delírios e alucinações dele. Alguns médicos defendiam que as observações não deveriam ser registradas na presença do paciente para que, por um lado, ficasse assegurada a integridade física do médico e, por outro, se alcançasse a confiança do observado (ENGEL, 2001, p. 144-6).

Registros históricos revelam que os especialistas brasileiros do final do século XIX empregavam recursos cada vez mais sofisticados para apreender e examinar os possíveis sintomas de alienação mental, dos mais visíveis aos menos perceptíveis. Consequentemente, acreditavam que a utilização de recursos técnicos reforçaria o caráter científico de seus discursos, e para que isso se tornasse possível a objetividade marcaria a identificação e a avaliação dos aspectos subjetivos da doença, concomitantemente procuravam comprovar e aprofundar a relação entre os fenômenos físicos e as manifestações das afecções mentais (*Ibid.*, p. 153).

Outros aspectos considerados significantes na elaboração do diagnóstico das doenças mentais seriam o temperamento e a medida da caixa craniana. Desde as concepções hipocráticas, o temperamento vinha sendo considerado elemento-chave no desvendamento da trajetória individual das doenças. No século XIX, a medicina científica promoveria algumas modificações nessas vertentes históricas, oriundas do pensamento antigo, visto que entendia o temperamento como o “produto das condições orgânicas individuais constituindo a base fisiológica do caráter”. A partir de então, as classificações dos perfis das personalidades normais e patológicas estariam associadas à hereditariedade, às correlações anatomofisiológicas e à gênese da doença. As origens de que a conformação do crânio forneceria elementos essenciais para o estudo do caráter e das funções intelectuais humanas são de meados do século XVIII. Tal concepção ganha grande impulso no início do século XIX e fornece subsídios para o desenvolvimento do positivismo científico (*Ibid.*, p. 155).

Outra técnica empregada pelos psiquiatras era a análise de escritos, fossem eles cartas pessoais, diários íntimos, opúsculos, panfletos, livros, publicados ou inéditos produzidos por indivíduos internados em várias instituições asilares em todo o país. De acordo com eles, a decifração desses escritos, pautada não só no conteúdo como também no aspecto gráfico, viabilizaria a elaboração de diagnósticos seguros.

A crescente utilização dos mais variados tipos de testes para avaliar aspectos considerados essenciais na diagnosticção das doenças mentais pode ser vista como outro exemplo que ilustra a busca obsessiva da objetividade como uma das características da consolidação do saber psiquiátrico no Brasil (ENGEL, 2001, p. 157-8).

Após essa descrição dos métodos científicos utilizados pelos psiquiatras brasileiros do século XIX, pode-se fazer uma reflexão retomando um aspecto apresentado e discutido no primeiro capítulo deste trabalho acerca do ecletismo, uma vez que os mais variados matizes teóricos que caracterizavam as concepções da medicina mental europeia estavam presentes no âmbito das pesquisas dos psiquiatras brasileiros, mesmo que isso acarretasse em uma construção de um conhecimento marcado por ambiguidades e contradições:

[...] até pelo menos o início dos anos 20 do século XX, a perspectiva organicista tenderia a predominar no âmago da psiquiatria brasileira, assumindo, no entanto, vários matizes, cujos tons eram dados pelas diferentes fontes nas quais se inspiravam seus edificadores, entre as quais figuravam, por exemplo, a degenerescência de Morel – reformulada e ampliada por Valentin Magnan –, a eugenia de Francis Galton, o darwinismo, o neolamarckismo, a antropologia criminal da escola positivista de Cesare Lombroso e da escola sociológica de Alexandre Lacassagne, e o organicismo de Kraepelin. Não obstante reunir perspectivas profundamente distintas e, muitas vezes, conflitantes, tais tendências apresentam também muitos pontos em comum, na medida em que foram elaboradas e difundidas em um mesmo contexto reflexivo (ENGEL, 2001, p. 161).

No século XVIII, reforça-se a ideia de que a loucura seria algum tipo de desarranjo de funções psíquicas ou mentais causado, por vezes, por fatores orgânicos. Essa ideia apenas apresenta-se como teoria médica na obra de Pinel, que causou certa revolução para o pensamento médico de seu tempo porque: (1) propôs que a essência da loucura fosse o desarranjo de funções mentais, (2) defendeu também que não se deveriam procurar lesões na anatomia ou fisiologia do encéfalo para caracterizar a alienação e decidir, baseado nessas afirmações, qual conduta terapêutica seguir, e (3) redefiniu as funções do manicômio, que deixou de ser um local onde apenas enclausura-se o louco para tornar-se um *instrumento de cura*. Observa-se que, para Pinel, o manicômio passou a ser parte essencial no tratamento das enfermidades mentais (PESSOTTI, 1996, p. 67-9).

O diagnóstico da loucura passou a ser feito a partir de uma observação mais prolongada e sistemática, a fim de evitar distorções no conhecimento. Essa observação e descrição e posterior classificação dos sintomas observados deve seguir um critério rigoroso,

pois cada registro deverá retratar fielmente o comportamento observado, sem divergências. E para que isso ocorra, Pinel entende que o homem alienado deve ser observado e analisado segundo os critérios adotados nas ciências da natureza. Sendo assim, todos os sintomas da alienação deveriam ser descritos, do mesmo modo que Carl von Linné (1707-1778)³⁹ fizera em sua classificação com as plantas. Essa atitude de apego às observações inaugurou o que se pode chamar de *clínica psiquiátrica*.

Após a reforma de Pinel nos dois manicômios parisienses, o comportamento dos pacientes passou a ser observado e registrado cotidianamente⁴⁰. A partir dessas observações, cada caso clínico passou a tomar uma nova configuração; houve também um rearranjo das distribuições dos casos singulares, que antes eram enquadrados como fazendo parte de um único grupo. Fazia-se necessário novas observações que deveriam ser anotadas diariamente de forma paciente e em um ritmo regular e repetido (PESSOTTI, 1996, p. 164).

A nova terapia elaborada e adotada por Pinel e seus seguidores propõe outro tipo de relação médico-paciente: a presença da equipe médica passa a ser mais frequente, já que se estabeleceu como norma que o médico, principalmente, terá de conviver durante boa parte do dia entre os pacientes. Contudo o que se buscava de fato era fundamentar o diagnóstico e o aprofundamento através das observações e anotações do comportamento dos pacientes para uma maior intervenção terapêutica (*Ibid.*, p. 165).

Segundo Pinel, a loucura seria entendida como o comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade, e os quadros clínicos seriam resultados de efeitos comportamentais dessas lesões⁴¹. A postura metodológica de Pinel enseja uma mudança substancial no conceito de loucura, visto que esta não é mais tratada tal e qual uma lesão anatômica, apenas passível de tratamento sintomático, e deixa de ser uma condição estática, irreversível, passível de correções superficiais. A loucura torna-se, então, um desequilíbrio, uma distorção na natureza do homem a ser corrigida.

A metodologia e a terapêutica de Pinel seguem os valores estabelecidos pela racionalidade iluminista. A loucura agora é concebida segundo uma “desordem, um estado de desequilíbrio [e] a intervenção terapêutica deverá restituir o equilíbrio, rompido pela doença.

³⁹ Linné, naturalista sueco, é considerado o fundador da história natural moderna. Propôs um novo sistema de classificação sistemática dos seres vivos e atribuiu uma nomenclatura binomial escrita em latim, em que o primeiro nome corresponderia ao gênero e o segundo, à espécie.

⁴⁰ No tópico “4.2 Hipérbole da razão: Simão Bacamarte, o *Pinel* de Itaguaí” deste capítulo, citamos uma passagem d’*O alienista* em que o Dr. Simão Bacamarte classifica, observa e registra o comportamento de seus pacientes, ilustrando portanto esse novo critério adotado por Pinel.

⁴¹ As alterações no encéfalo, tão difundidas nas teorias e práticas médicas do século XVIII, são excluídas na clínica de Pinel.

Ela visa a devolver o alienado à ordem da racionalidade e dos afetos, de modo a fazê-lo reentrar na vida social ordenada e racional” (PESSOTTI, 1996, p. 73).

Para Pinel, a loucura⁴² não é entendida como desrazão, é apenas um desequilíbrio na razão ou nos afetos e um excesso a ser combatido. Além disso, ele propõe que alguma parte da razão permanece inalterada. A partir dessa concepção de loucura, pode-se afirmar que o louco não seria substancialmente diverso do homem sadio, pois a loucura é uma possibilidade humana, de qualquer ser racional. A função principal do terapeuta seria distinguir entre um estado e outro e assegurar ao doente mental o reencontro da plena racionalidade, além de seu retorno à vida social (FANTINI, 2007, p. 29).

Na introdução do *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, Pinel deixa claro que a causa da loucura é a imoralidade, que seria entendida como excesso ou exagero. Os comportamentos considerados desviantes, como os destemperos e os vícios, não são a loucura, mas as condições que propiciam o aparecimento dela, uma vez que lesam as funções mentais. Esses desvios que geram a loucura são o resultado de processos heterogêneos causais que envolvem fatores como a história anterior do paciente, fatores hereditários, hábitos e reações afetivas apreendidas, condições afetivas atuais, condições orgânicas e influências do ambiente (físico ou social). À vista disso, faz-se necessário uma reeducação, ou uma moralização, como método terapêutico cuja finalidade seria a recuperação da normalidade das funções mentais juntamente com a modificação do comportamento⁴³ do indivíduo tido como imoral. Esse tipo de tratamento proposto por Pinel era eminentemente correccional, e a pedagogia severa tinha por objetivo reajustar o louco ao contexto social. Essa tentativa de remodelar o comportamento inadequado do louco dentro dos padrões morais e éticos da sociedade mostra-se bastante repressivo (*Ibid.*, p. 30).

Após a descrição e análise de alguns métodos e técnicas de tratamento, se assim podemos considerar, adotados pelos alienistas dos séculos XVIII e XIX, serão abordadas, a seguir, algumas questões sobre o limite entre o normal e o patológico e a maneira como o poder psiquiátrico era exercido pelos psiquiatras que por fim deixa-nos margem para interpretar quem de fato é o alienado da história!

⁴² Pinel menciona que a alienação seria uma categoria mais restrita de loucura, sendo esta considerada como qualquer erro de imaginação, de julgamento ou de desvios humanos (PESSOTTI, 1996, p. 108).

⁴³ Nesse contexto deve-se entender costumes e hábitos como comportamento.

4.3 “QUEM NOS AFIRMA QUE O ALIENADO NÃO É O ALIENISTA?”

Alguns chegam ao ponto de conjecturar que nunca houve outro louco, além dele, em Itaguaí (ASSIS, 2006, p. 288).

Machado de Assis em uma crônica na *Semana* de 31 de maio de 1896, alguns anos após a publicação d’*O alienista*, trata novamente sobre o tema da loucura ao relatar a fuga de uns *doudos*. O mais interessante dessa crônica é que ele aborda o tema do normal e do patológico e questiona o limite da razão e da loucura, já que ela foi inspirada na fuga real de dois internos do Hospício Nacional dos Alienados, sendo um deles de nome Custódio. Custódio Alves Serrão foi acusado de ter assassinado seu tutor, o Comendador Bellarmino Braziliense Pessoa de Mello, e de ter disparado um tiro contra a criada da casa, Andronica, no dia 14 de abril de 1896. Após cometer o crime, saiu correndo em direção à Repartição Central de Polícia onde confessou o ocorrido. Foi internado no Hospício Nacional dos Alienados. Na manhã do dia 26 de maio do mesmo ano, Custódio arrombou a porta do quarto-forte onde se encontrava, atravessou as galerias e salas, saiu ao jardim, galgou o muro, tomou o bonde da Praia Vermelha, sem que despertasse suspeita em outros passageiros. Chegou à casa da irmã, acalmou-a dizendo que queria apenas tomar um banho e mudar de roupa e na manhã seguinte, vestiu-se elegantemente e em companhia de um soldado, cuja presença ele mesmo havia solicitado, apresentou-se ao chefe de polícia pedindo a sua transferência para a Casa de Detenção (ENGEL, 2001, p. 294-5). O relato de Machado de Assis (2006, p. 708-9) diz que

A fuga dos doudos do Hospício é mais grave do que se pode parecer à primeira vista. Não me envergonho de confessar que aprendi algo com ela, assim como que perdi uma das escoras da minha alma. Este resto de frase é obscuro, mas eu não estou agora para emendar frases nem palavras. O que for saindo saiu, e tanto melhor se entrar na cabeça do leitor.

Ou confiança nas leis, ou confiança nos homens, era convicção minha de que se podia viver tranqüilo fora do Hospício dos Alienados. No *bond*, na sala, na rua, onde quer que se me deparasse pessoa disposta a dizer histórias extravagantes e opiniões extraordinárias, era meu costume ouvi-la quieto. Uma ou outra vez sucedia-me arregalar os olhos, involuntariamente, e o interlocutor, supondo que era admiração, arregalava também os seus, e aumentava o desconcerto do discurso. Nunca me passou pela cabeça que fosse um demente. Todas as histórias são possíveis, todas as opiniões respeitáveis. Quando o interlocutor, para melhor incutir uma idéia ou um fato, me apertava muito o braço ou me puxava com força pela gola, longe de atribuir o gesto a simples loucura transitória, acreditava que era um modo particular de orar ou expor. O mais que fazia, era persuadir-me depressa dos

fatos e das opiniões, não só por ter os braços mui sensíveis, como porque não é com dous vinténs que um homem se veste neste tempo.

Assim vivia, e não vivia mal. A prova de que andava certo, é que não me sucedia o menor desastre, salvo a perda da paciência; mas a paciência elabora-se com facilidade; - perde-se de manhã, já de noite se pode sair com dose nova. O mais corria naturalmente. Agora, porém, que fugiram doudos do hospício e que outros tentaram fazê-lo (e sabe Deus se a esta hora já o terão conseguido), perdi aquela antiga confiança que me fazia ouvir tranqüilamente discursos e notícias. É o que acima chamei de escoras da minha alma. Caiu por terra forte o apoio. Uma vez que se foge do hospício dos alienados (e não acuso por isso a administração) onde acharei método para distinguir um louco de um homem de juízo? De ora avante, quando alguém vier dizer-me as cousas mais simples do mundo, ainda que não me arranque os botões, fico incerto se é pessoa que se governa, ou se apenas está num daqueles intervalos lúcidos, que permitem ligar as pontas da demência às da razão. Não posso deixar de desconfiar de todos.

A própria pessoa, - ou para dar mais claro exemplo, - o próprio leitor deve desconfiar de si. Certo que o tenho em boa conta, sei que é ilustrado, benévolo e paciente, mas depois dos sucessos desta semana, quem lhe afirma que não saiu ontem do Hospício? A consciência de lá não haver entrado não prova nada; menos ainda a de ter vivido desde muitos anos, com sua mulher e seus filhos, como diz Lulu Sênior. É sabido que a demência dá ao enfermo a visão de um estado estranho e contrário à realidade. Que saiu esta madrugada de um baile? Mas os outros convidados, os próprios noivos que saberão de si? Podem ser seus companheiros da Praia Vermelha. Este é o meu terror. O juízo passou a ser uma probabilidade, uma eventualidade, uma hipótese.

Isto, quanto à segunda parte da minha confissão. Quanto à primeira, o que aprendi com a fuga dos infelizes do Hospício, é ainda mais grave que a outra. O cálculo, o raciocínio, a arte com que procederam os conspiradores da fuga, foram de tal ordem, que diminuí em grande parte a vantagem de ter juízo. O ajuste foi perfeito. A manha de dar pontapés nas portas para abafar o rumor que fazia Serrão arrombando a janela do seu cubículo, é uma obra-prima; não apresenta só a combinação de ações para o fim comum, revela a consciência de que, estando ali por doudos, os guardas os deixariam bater à vontade, e a obra da fuga iria ao cabo, sem a menor suspeita. Francamente, tenho lido, ouvido e suportado cousas muito menos lúcidas.

Outro episódio interessante foi a insistência de Serrão em ser submetido ao tribunal do júri, provando assim tal amor da absolvição e conseqüente liberdade, que faz entrar em dúvida se se trata de um doudo ou de um simples réu. Não repito o mais, que está no domínio do público e terá produzido sensações iguais às minhas. Deixo vacilante a alma do leitor. Homens tais não parecem artífices de primeira qualidade, espíritos capazes de levar a cabo as questões mais complicadas deste mundo?

Georges Canguilhem (1904-1995), na primeira parte intitulada “Seria o estatuto patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?” presente em sua obra *O normal e o patológico*, faz uma importante e interessante reflexão acerca do fenômeno do normal e do patológico quando afirma que

a convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal que acaba por anular o patológico. A doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são, e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde. É no Patológico com letra maiúscula, que se decifra o ensinamento da saúde [...] (2006, p. 12).

A palavra *normal* pode significar aquilo “que é conforme a regra, regular”. Também pode significar aquilo “que se conserva em um justo-meio termo”. A partir dessas duas definições, podem-se derivar dois sentidos: (1) é normal aquilo que é como deve ser e (2) o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável (CANGUILHEM, 2006, p. 85).

A palavra *patológico* deriva do grego *pathos* e significa “sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência”. Embora possa parecer paradoxal, pode-se considerar o patológico como algo normal. No caso em que ele é considerado normal, ocorre quando falamos em *saúde continuamente perfeita*. Ora, partindo do pressuposto de uma *saúde continuamente perfeita* observa-se que ela é uma norma e que esta norma não existe porque é impossível concebermos uma *saúde continuamente perfeita*, uma vez que exclui a experiência da existência de doença nos seres vivos. Como ela não é uma norma, é uma a-norma, é considerada, então, como um estado anormal que significa, neste caso, inexistente, inobservável. E como a doença passa a ser incluída nessa dinâmica, o patológico só pode ser considerado normal (*Ibid.*, p. 96-7).

Por outro lado, quando se considera a vida, e não a saúde continuamente perfeita, como uma norma, admite-se então que a doença é um estado contra o qual é preciso lutar para poder continuar a viver, em relação à persistência da vida. Nesse sentido, o patológico é um estado anormal, pois põe em risco a sobrevivência dos seres vivos. Canguilhem (2006, p. 99) traz-nos um exemplo bem interessante sobre esse aspecto ao refletir sobre a hemofilia. A hemofilia é considerada uma anomalia de caráter patológico, em virtude de pôr em risco a vida do hemofílico. Todas as funções do hemofílico realizam-se de modo semelhante às dos indivíduos sãos, com exceção das hemorragias que são intermináveis, como se o sangue fosse indiferente a sua situação dentro e fora dos vasos:

[...] a vida do hemofílico seria normal se a vida animal não comportasse, normalmente, relações com um meio, relações cujos riscos, sob as formas de lesões, devem ser enfrentados pelo animal para compensar as desvantagens de ordem alimentar que a ruptura com a inércia comporta [...].

Nesse sentido, percebe-se que a anomalia pode transformar-se em doença, mas não é, por si mesma, uma doença. Na realidade, não existe fato que seja normal ou patológico em si; a normalidade será proveniente da normatividade e da frequência estatística relativa e de seus respectivos desvios.

Com relação à frequência estatística relativa, Canguilhem (2006, p. 108-11) dir-nos-á no terceiro capítulo, “Norma e média”, da segunda parte de sua obra, que para os fisiologistas o conceito de média possui um equivalente objetivo e cientificamente válido do conceito de normal ou de norma. E que os termos *desvios* e *média* adquirem um sentido de probabilidade que se aplicam aos diferentes valores de um mesmo componente orgânico que o mesmo indivíduo pode adquirir na sucessão do tempo. Por conseguinte, ele reflete que o problema consiste em saber dentro de que oscilações em torno de um valor médio puramente teórico os indivíduos vão ser considerados normais. Pode-se partir do pressuposto de que o ser vivo normal é aquele que é constituído de conformidade com normas que são constantes determinadas por médias. Esse ser vivo normal, refere-se, portanto, a um modelo e por isso é o resultado de cálculos e médias, é o produto de estatísticas. Os indivíduos reais, por sua vez, afastam-se mais ou menos desse modelo, e é nisso que consiste suas individualidades. Logo nem todo e qualquer desvio pode ser considerado como anormal. É necessário saber em que pontos os desvios incidem e quais deles são compatíveis com a sobrevivência e o prolongamento desta em relação a cada indivíduo de cada espécie.

Eugène Minkowski (1885-1972) defende que a loucura ou alienação não pode ser reduzida unicamente a uma doença determinada que tenha como referência uma imagem ou uma ideia precisa do homem médio ou normal. Além disso, a alienação ou anomalia psíquica, como a define Minkowski, apresenta características próprias que o conceito de doença não contém:

é pela anomalia que o ser humano se destaca do todo formado pelos homens e pela vida. É ela que nos revela o sentido de uma maneira de ser inteiramente ‘singular’, e o faz primitivamente, de um modo muito radical e impressionante. Essa circunstância explica porque o ‘ser doente’ não esgota absolutamente o fenômeno da alienação que, impondo-se a nós sob o ângulo de ‘ser de modo diferente’ no sentido qualitativo da palavra, abre imediatamente caminho para considerações psicopatológicas feitas sob esse ângulo (MINKOWSKI *apud* CANGUILHEM, 2006, p. 79).

Segundo Canguilhem (2006, p. 153, 163), a patologia e a fisiologia fazem parte de uma mesma ciência e examinam os fenômenos no homem físico e determinam as relações

causais entre os fenômenos físicos. O patológico deve, portanto, ser compreendido como uma espécie do normal, já que o anormal não é aquilo que não é normal, e sim um normal diferente.

No período clássico, havia grande privilégio dos estudos da anatomia que se caracterizava por abordar o aspecto estático e delimitado do ser vivo, enquanto que no período barroco houve desenvolvimento da *anatomia animata* que se caracterizava pelo estudo do movimento que passou a denominar-se de fisiologia. Canguilhem (2006, p. 154-5, 157-8; 160) traz uma interessante reflexão acerca do papel da fisiologia e da patologia. Costuma-se começar o ensino de medicina pela anatomia e fisiologia do homem normal e deduzir a partir daí o estado anormal. Mas foi o doente que percebeu que algo não ia bem e chamou a atenção do médico para essas modificações. Então, foi graças ao exame do patológico e da anatomia patológica, no caso do doente vir a óbito, que a patologia tornou-se o que se pode denominar de uma fisiologia com obstáculos:

Se não houvesse obstáculos patológicos, não haveria também fisiologia, pois não haveria problemas fisiológicos a resolver. [...] É o anormal que desperta interesse teórico pelo normal. As normas só são conhecidas como tal nas infrações. As funções só são reveladas nas suas falhas. A vida só se eleva à consciência e à ciência de si mesma pela inadaptação, pelo fracasso e pela dor.

Estabelece-se uma nova norma quando o patológico ocorre, e não, como acreditavam alguns estudiosos, que o antigo estado fisiológico fosse restabelecido a partir do patológico.

Apesar de as concepções de normal e patológico variarem, na medicina clássica e moderna o estado normal do corpo humano é o que se deseja manter e restabelecer caso haja algum transtorno que o desarmonize. Assim, o estado patológico é considerado como um valor negativo que deve ser corrigido e evitado. Esse tipo de visão médica exclui a concepção da existência de uma norma biológica para fisiologia e para a patologia, isto é, para a saúde e para a doença. Ao se atribuir valores opostos entre o normal e o patológico, houve o estabelecimento de um dogma que passou a ser cientificamente garantido e aceito.

Szasz (1978, p. 272) faz uma relevante observação ao mencionar que o homem comum da modernidade não consegue distinguir quem é louco ou não e apenas reconhece-o através da identificação de especialistas na área de saúde mental. Destarte o que parecia uma simples característica do modo de ser de uma pessoa, poderia, aos olhos do alienista, aparecer com indício de anomalia mental (ENGEL, 2001, p. 156).

A partir da *cristalização da razão* tal e qual soberana da verdade, torna-se praticamente impossível para o médico psiquiatra, por exemplo, compreender o louco e sua loucura. Muitas vezes a impossibilidade dos *doentes* em transpor para uma linguagem inteligível ao médico a experiência vivida por eles, causa uma impressão de estar-se lidando com uma mentalidade diferente. Charles Blondel (1876-1939) afirma que a experiência vivida pelos loucos e o relato dela por conceitos usuais não é a experiência direta propriamente, mas sua interpretação para a qual não se dispõe de conceitos adequados. Daí ser impossível para o médico compreender a experiência vivida pelos loucos a partir de seus relatos. Esse fato deve-se à ruptura do diálogo intersubjetivo entre o psiquiatra considerado como *a voz da razão*, detentor do poder, e o louco, que se encontra na posição de objeto da ciência, submetido a observações imparciais (CANGUILHEM, 2006; p.77; HABERMAS, 2002, p. 343-4).

Na visão da psiquiatria, o paciente não conhece seus interesses e devido a isso não pode protegê-los. Daí a importância do médico em

aceita[r] o outro na medida em que o outro se conforma à sua imagem e à sua conduta. No entanto, se ele e o outro são diferentes, define o outro como deficiente – física, mental e moralmente – e só o aceita na medida em que é capaz de afastar os aspectos que o isolam do normal. Se o outro renuncia às suas crenças falsas, ou se submete a tratamento para sua doença, então, e apenas então, será aceito como um membro do grupo. Se não consegue fazer isso, o outro se torna o mau – quer seja chamado o estranho, o paciente ou o inimigo (SZASZ, 1978, p. 191-2).

As recentes transformações ocorridas no sistema psiquiátrico (criação de clínicas higiênicas com finalidades médicas, o tratamento psiquiátrico dos doentes mentais e o cuidado psicológico e terapêutico) só foram possíveis, de acordo com Foucault, em virtude do regime institucional que converte o paciente em um objeto de manipulação, regulamentação e pesquisa médica. A compreensão da loucura como uma patologia inserida no contexto da objetividade científica implica, de certo modo, sua *classificação* no universo da razão. Nota-se que a percepção que se tem sobre o normal e o patológico é apenas uma questão de definição e conceituação daqueles que detêm o poder racional.

Na modernidade ocidental, a loucura apresenta-se como uma perda de sentido, algo estranho que foge a nossa compreensão de conduta do racional. A experiência da loucura, nessa ótica, seria a perda ou ameaça de perda da própria identidade. Foucault (2006b, p. 13), em sua obra *O poder psiquiátrico*, afirma que a loucura seria uma forma de força que ameaça a ordem e, por isso, a psiquiatria seria necessária para exercer um poder sobre essa *força*

ameaçadora: “no início do século XIX [...] [a loucura] é a insurreição da força, ou seja, no louco, uma certa força se desencadeia, força não dominada, força talvez não dominável [...]”.

Embora Machado de Assis tenha escrito *O alienista*, uma obra de ficção, ironizando tanto o poder atribuído e exercido pelo alienista de uma forma, muitas vezes, subjetiva como a crença exacerbada na verdade científica como única via de explicação e compreensão do homem e do mundo, tais fatos podem ser ratificados por documentos históricos. O trabalho realizado pela historiadora Magali Gouveia Engel⁴⁴ é uma das fontes que nos mostra alguns exemplos de pessoas diagnosticadas como loucas no período que vai de meados do século XIX ao início do século XX. O acusado ou suspeito de possuir a loucura era examinado, por exemplo, durante um longo período de tempo – e, geralmente, por mais de uma vez – por especialistas. Os loucos eram praticamente submetidos a seções de tortura, visto que se tratava de construir um diagnóstico de uma doença cujos sintomas, na maioria dos casos, eram imperceptíveis a um exame mais simples.

Uma das histórias narradas por Engel é o caso do Sr. F. Ele era filho de um senhor de engenho da Bahia e passou alguns anos estudando na Europa; ao retornar ao Brasil, casou-se e assumiu os negócios do engenho de cana que lhe fora doado pela família. Foi indicado para internamento quando alguns familiares afirmaram que o comportamento de F. apresentava sinais de desequilíbrio ao dissipar os bens da família e por ter tentado ameaçar sua esposa e um de seus cunhados por suspeitar que eles o traíam. Foi levado ao asilo e posteriormente internado através de uma estratégia bastante comum na época: sem empregar a violência, os familiares simularam prender os suspeitos do Sr. F., mas ao chegar ao local, quem foi apreendido foi o próprio Sr. F. “Internado por surpresa, ele não manifestou a revolta de um homem são... Sem dúvida, como todos os alienados mais ou menos lúcidos, ele pretexta estar são, pede, reclama, exige sua saída do asilo...” (RODRIGUES, 1904, p. 57-8 *apud* ENGEL, 2001, p. 59).

Outro caso relatado pela historiadora foi o do Comendador José Alves Ribeiro de Carvalho que havia sido internado no asilo por determinação de sua esposa e por um de seus genros. O motivo dessa internação foi atribuírem ao Comendador fraqueza das faculdades mentais e por causa disso tirar-lhe-iam a administração de sua fortuna. Em seu primeiro interrogatório, o Comendador Carvalho foi tido como uma pessoa bastante equilibrada, alegre, simpática, de memória invejável e sem demonstrar qualquer sintoma de enfermidade mental. Mesmo assim, as acusações familiares continuaram, e ele foi submetido a novos

⁴⁴ Op. Cit.

exames até que os especialistas o diagnosticaram apresentando, além de uma série de problemas fisiológicos, algumas provas de moléstia mental: esquecimentos, confusões relativas a lugares, datas, bens e valores, assim como instabilidade afetiva ao apresentar ódio e afeto para com as mesmas pessoas (ENGEL, 2001, p. 62-4, 68).

O caso do Sr. X. foi outro bastante interessante e merece ser descrito. Sr. X. sempre fora considerado esquisito por sua família que era constituída de irmãos e sobrinhos. Aos poucos, afastou-se da família e optou por viver isolado e dedicou-se a escrever sobre questões sociais e filosóficas de alta categoria, mas que, segundo alguns, não condiziam com seu deficiente preparo intelectual. Ele não tinha alucinações, não apresentava nada de anormal em seu estado afetivo nem manifestava alterações de memória, quando apareceu uma hidrocele e passou a viver em um estado de profunda *apatia moral*, isolando-se mais ainda de tudo e de todos: deixou a barba, o cabelo e as unhas crescerem, até que foi internado à força em um asilo. Os exames somáticos realizados no Sr. X. não revelaram qualquer sinal de anormalidade. Mesmo assim, os médicos afirmaram que se tratava de um nevropata, desequilibrado e sujeito a oscilações e obsessões em seu estado mental, embora naquele momento pudesse gerir a si mesmo e administrar seus bens. Contudo, diferentemente do que ocorreu com o Sr. F. e com o Comendador Carvalho, Sr. X. não ficou internado, pois manifestou respeito em relação à autoridade dos médicos que, segundo ele, eram os únicos capazes de deter a verdade sobre a loucura e a sanidade: se ele estivesse doente, submeter-se-ia de bom grado ao tratamento; senão, recuperaria sua liberdade com pleno direito e sem nenhum escândalo (*Ibid.*, p. 72-4).

A partir desses exemplos citados, percebem-se a arbitrariedade e o autoritarismo referentes ao poder exercido pelos psiquiatras. Comportamento bastante semelhante àquele apresentado pelo alienista Simão Bacamarte. Embora o poder exercido pelos médicos, pelos enfermeiros e pelas irmãs de caridade existisse, houve em alguns momentos sinais de resistência por parte dos internados (*Ibid.*, p. 230).

Um exemplo disso foi o que aconteceu com o alienista Spitzza que relata um caso em que ocorreu, na linguagem de Foucault, a *simulação da loucura*: um jovem que estava sendo observado pelo alienista e foi considerado doente mental devido a seus antecedentes hereditários, maus hábitos e perversão moral e assim estava prestes a ser internado no manicômio, descobriu os papéis de internamento, após uma busca. Depois de examiná-los, imediatamente mudou de vida: passou a trabalhar na loja de seu pai e abandonou seus maus hábitos. A interpretação que Thomas Szasz faz desse episódio é que quando o jovem compreendeu que o alienista não era seu aliado, imediatamente mudou de atitude e tornou-se,

segundo as análises psiquiátricas, *curado* de sua *doença mental*. “Esse episódio exemplifica uma das maneiras pelas quais os psiquiatras criam a doença mental, e pelas quais os indivíduos que aceitam o papel de doente mental ajudam a confirmar o psiquiatra em seu papel de terapeuta” (SZASZ, 1978, p. 223).

Muitos internos manifestavam uma forma de contra-poder que consistia na escrita de poemas, versos ou prosas, no silêncio ou em ideias premeditadas que enganavam o médico como foi o exemplo de Custódio Alves Serrão, citado anteriormente na crônica de Machado de Assis de 31 de maio de 1896, que ao ser interrogado pelos médicos do Gabinete de Medicina Legal da Polícia reagiu não só com violência e perspicácia às perguntas postas a ele como também pôs questões que embaraçavam os médicos, como foi o caso de uma das indagações que deu como resposta a uma das perguntas feitas em relação ao seu passado: “Mas doutor, o senhor conta tudo de sua vida?” Todas essas manifestações eram interpretadas à luz da psiquiatria como manifestações de distúrbios mentais, embora muitos dos alienados questionassem o diagnóstico, a internação no hospício e as próprias condições hostis a que eram submetidos (ENGEL, 2001, p. 274-5; 279).

Alguns desses sinais de resistência foram registrados na obra autobiográfica *O diário do hospício* escrita por Lima Barreto (1881-1922) que relata as experiências vividas (ou sofridas) no período em que ficou internado entre 1919 e 1920 no Hospício Nacional dos Alienados, o antigo Hospício de Pedro II. A visão crítica do escritor brasileiro faz refletir sobre a posição até então silenciada: a visão do alienado.

Eis a impressão de Lima Barreto (2004, p. 21-2) sobre um dos médicos do hospital que o examinou⁴⁵:

ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei porque não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério – que mistério! – que há na especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza. Não tenho por ele antipatia; mas nada me atrai a ele.

Em outro momento, tece comentário sobre outro alienista da seção Pinel:

⁴⁵ Lima Barreto refere-se aqui ao médico Henrique Britto de Belford Roxo (1877-1969).

outra coisa que me fez arrepiar de medo na Secção Pinel foi o alienista. [...] Não lhe tenho nenhuma antipatia, mas julgo-o mais nevrosado e avoado do que eu. É capaz de ler qualquer novidade de cirurgia aplicada à psiquiatria em uma revista norueguesa e aplicar, sem nenhuma reflexão preliminar, num doente qualquer. É muito amante de novidades, do *vient de paraître*, das últimas criações científicas ou que outro nome tenham (BARRETO, 2004, p. 29-30).

Através da obra *O alienista* de Machado de Assis temos uma visão da loucura a partir do alienista. Na obra *Diário do hospício* de Lima Barreto, temos a perspectiva do doente. É interessante perceber as perspicazes observações que ele faz acerca de como os alienistas lidam com a questão da loucura. Lima Barreto questiona (do mesmo modo que Machado de Assis ironiza) a ânsia da psiquiatria em obter uma resposta sobre o que é a loucura além de criticar a classificação dada à loucura a partir da visão cientificista psiquiátrica:

Que quer dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só. Há os que deliram; há os que se concentram num mutismo absoluto. Há também os que a moléstia mental faz perder a fala ou quase isso. [...] pela observação direta e pelo que li e ouvi dos entendidos, percebi bem a perplexidade deles em face de tão angustioso problema da nossa natureza. Há uma nomenclatura, uma terminologia, segundo este, segundo aquele; há descrições pacientes de tais casos, revelando pacientes observações, mas uma explicação da loucura não há. Procuram os antecedentes do indivíduo, mas nós temos milhões deles, e, se nos fosse possível conhecê-los todos, ou melhor, ter memória dos seus vícios e hábitos, é bem certo que, nessa população que cada um de nós resume, havia de haver loucos, viciosos, degenerados de toda sorte (BARRETO, 2004, p. 43-4).

Lima Barreto (2004, p. 43-4) conclui essa reflexão ao afirmar que

Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria que já determinassem a origem, ou explicação; mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje. Tudo tem sido em vão, tudo tem sido experimentado; e os doutores mundanos ainda gritam nas salas diante das moças embasbacadas, mostrando os colos e os brilhantes que a ciência tudo pode.

Algumas páginas mais adiante, Lima Barreto (2004, p. 50) continua o pensamento acerca das formas da loucura ao afirmar que “algumas permitem aos doentes momentos de

verdadeira e completa lucidez”. E para exemplificar essa afirmação expõe um caso de um rapaz de vinte e poucos anos que estava internado no mesmo hospício que ele e que apesar de viver delirando, explicava aritmética corretamente a outro interno.

Será que existe contágio na loucura? Lima Barreto faz essa pergunta ao observar o comportamento de alguns enfermeiros e guardas do hospício que lidam diretamente com os loucos e acabam por imitar, inicialmente por troça, certos gestos, manias e caprichos que os impressionam. O escritor ressalta que todos nós imitamos (sendo normais ou loucos), mas o caso dos enfermeiros e dos guardas difere porque os gestos imitados por ficarem gravados, acabam, posteriormente, fazendo parte das características do comportamento do imitador. Portanto, loucos, guardas e enfermeiros passam a ter os mesmos comportamentos (BARRETO, 2004, p. 66-7).

Não há dinheiro que evite a morte, quando ela tenha de vir; não há dinheiro nem poder que arrebate um homem da loucura. Aqui no hospício, com suas divisões de classes, de vestuário etc., eu só vejo um cemitério: uns estão de carneiro e outros de cova rasa. Mas, assim e assados, a loucura zomba de todas as vaidades e mergulha todos no insondável mar de seus caprichos incompreensíveis. [...] Todos eles [os loucos] estão na mão de um poder que é mais forte do que a Morte. A esta, dizem, vence o amor; a loucura, porém, nem ele (BARRETO, 2004, p. 69).

Foucault (2006b, p. 166-8) fez uma interessante reflexão sobre as práticas, o discurso psiquiátrico, a questão da verdade, da simulação e da manipulação da realidade. Ele menciona que a loucura para os psiquiatras dos séculos XVII e XVIII e início do XIX é uma falsa crença, uma ilusão ou erro. O procedimento de cura seria, então, a redução do erro. Só que há uma diferença entre o erro de um louco e o de um não louco: o erro do louco não está necessariamente na extravagância da ideia, mas na não redução do erro por uma demonstração, uma vez que o louco é alguém para o qual a demonstração não produz a verdade. Consequentemente, é necessário encontrar outro meio de reduzir o erro sem passar pela demonstração. Diante disso, em vez de atacar o juízo errôneo e mostrar que ele não tem correlativo na realidade, toma-se esse juízo que é falso como verdadeiro e transforma-se a realidade de maneira que ela venha a ajustar-se ao juízo errôneo do louco. E a partir do momento em que um juízo que era errôneo passa a ter na realidade um correlativo verifica-se que não há mais erro e, portanto, não há mais loucura.

[...] não é manipulando o juízo falso, tentando retificá-lo, expulsá-lo de si pela demonstração, é, ao contrário, travestindo-o, manipulando a realidade, que se vai, de certo modo, fazer a realidade chegar à altura do delírio; e, no momento em que o juízo falso do delírio tiver um conteúdo real na realidade, ele se tornará com isso um juízo verdadeiro e a loucura deixará de ser loucura, já que o erro terá deixado de ser um erro. Portanto, faz-se a realidade delirar de maneira que o delírio não seja mais delírio; desengana-se o delírio de maneira que ele não se engane mais (FOUCAULT, 2006b, p. 162).

O psiquiatra nesse período é aquele que vai manipular a realidade de maneira que o erro se torne verdade, além de ser uma espécie de intermediário, uma pessoa ambivalente que por um lado olha para a realidade e a manipula e, por outro, olha a verdade e o erro e dá um jeito para que a forma da realidade baixe ao nível do erro para transformá-lo em verdade (*Ibid.*, p. 163). A partir dessa perspectiva é interessante perceber que Simão Bacamarte, o alienista criado por Machado de Assis, age exatamente dessa maneira descrita por Foucault, pois ele altera a realidade para que esta se ajuste ao juízo tido como errôneo do louco. Dr. Simão faz isso quando decide utilizar um sistema terapêutico que atacaria as perfeições morais⁴⁶ no ponto em que elas pareciam mais sólidas:

Houve um doente, poeta, que resistiu a tudo. Simão Bacamarte começava a desesperar da cura, quando teve a idéia de mandar correr matraca, para o fim de o apregoar como um rival de Garção e de Píndaro. [...] Outro doente, também modesto, opôs a mesma rebeldia à medicação; mas não sendo escritor (mal sabia assinar o nome) não se lhe podia aplicar o remédio da matraca. Simão Bacamarte lembrou-se de pedir para ele o lugar de secretário da Academia dos Encobertos estabelecida em Itaguaí. Os lugares de presidente e secretários eram de nomeação régia, por especial graça do finado rei D. João V, e implicavam o tratamento de Excelência e o uso de uma placa de ouro no chapéu. O governo de Lisboa recusou o diploma; mas representando o alienista que o não pedia como prêmio honorífico ou distinção legítima, e somente como meio terapêutico para um caso difícil, o governo cedeu excepcionalmente à súplica; e ainda assim não o fez sem extraordinário esforço do ministro de marinha e ultramar, que vinha a ser primo do alienado. Foi um outro santo remédio (ASSIS, 2006, p. 285).

No século XIX, há outro tipo de prática psiquiátrica. O psiquiatra desse período não será mais o senhor ambíguo da realidade e da verdade, mas será o senhor da realidade. Isso significa dizer que o psiquiatra do século XIX é um fator de intensificação do real “[...] é aquele que deve dar ao real essa força coativa pela qual o real vai poder se apoderar da

⁴⁶ Essa terapia fazia parte da segunda teoria de Bacamarte cujo princípio era considerar louco quem tivesse o perfeito equilíbrio das faculdades mentais.

loucura, atravessá-la por inteiro e fazê-la desaparecer como loucura; [...] é aquele que [...] deve proporcionar ao real o suplemento de poder necessário para se impor à loucura [...]" (FOUCAULT, 2006b, p. 163-4).

O problema da verdade nessa ótica do século XIX é posto não mais como fazendo parte da loucura; a verdade é apropriada pelo poder psiquiátrico que agora constitui-se como ciência médica. A psiquiatria do início do século XIX manifesta um grande cuidado em constituir-se como discurso científico de dois tipos: (1) *discurso clínico ou classificatório, nosológico*. Esse tipo de discurso procura descrever a loucura como uma doença ou como uma série de doenças mentais, cada uma delas com sua sintomatologia, sua evolução própria, seus elementos diagnósticos, seus elementos prognósticos etc. (2) *Discurso anatomopatológico*: esse tipo de discurso coloca a questão do substrato ou dos correlativos orgânicos da loucura, o problema da etiologia da loucura, da relação entre loucura e as lesões neurológicas etc. (*Ibid.*, p. 165).

Esses dois discursos eram espécies de verdade, já que a prática psiquiátrica defendia que a verdade fosse-lhe dada de uma vez por todas e não fosse mais questionada. Isso significa dizer que a questão da verdade nunca será posta entre o poder psiquiátrico e a loucura, pelo simples fato de que a psiquiatria é uma *ciência*, e como tal, cabe somente a ela decidir se o que diz é verdade, ou corrigir, caso haja o erro cometido. Entretanto a loucura encontrou uma maneira de rebelar-se contra esse poder psiquiátrico através do que Foucault (2006b, p. 167-8) denominou de *simulação*. Segundo ele, a simulação foi o grande problema da psiquiatria do século XIX porque é o momento em que a loucura faz o questionamento sobre a verdade. Isso ocorre quando a psiquiatria em sua posição de poder soberano e infalível vai manipular os sintomas daquilo que define e acredita ser a doença, e a loucura por sua vez mente, simulando a própria loucura. Logo nem sempre aquilo que a psiquiatria descreve como sintoma ou doença é de fato sintoma ou doença. Diante de tudo isso, resta-nos fazer a mesma pergunta que uma das personagens machadianas fez em meio a toda a confusão causada pelo Dr. Bacamarte: "[...] quem nos afirma que o alienado não é o alienista?"

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as muitas transformações ocorridas na Europa no período da modernidade foram destacadas duas principais: o Iluminismo e a Revolução científica cuja fundamentação teórico-prática pautou-se em três vertentes de pensamento: o racionalismo, o empirismo e o positivismo. Vimos nos capítulos antecedentes a importância dessas correntes de pensamento no surgimento e desenvolvimento da psiquiatria como uma especialidade médica tanto na Europa quanto no Brasil. Embora a psiquiatria tenha se desenvolvido concomitantemente nesses lugares, destacamos as diferenças concernentes aos acontecimentos históricos, uma vez que o Brasil não viveu a passagem da Idade Média para a Modernidade e por isso havia diferenças entre os homens livres europeus e brasileiros, além da forte presença da escravidão, das práticas de favor, do clientelismo e da figura do agregado na sociedade brasileira. Não obstante houvesse a tentativa, por parte de alguns alienistas, em adaptar tais concepções estrangeiras à realidade local, o pensamento europeu, principalmente o francês, influenciou fortemente os estudos brasileiros acerca da loucura. Machado de Assis, utilizando-se de sua fina ironia, observou bem esse fato e relatou-o em alguns escritos.

Foucault mostrou, através das pesquisas realizadas, que a partir da Idade Clássica, o uso da razão tornou-se a forma predominante para a compreensão do mundo e do homem, pois foi nesse período que houve a supremacia da consciência crítica em detrimento à experiência trágica da loucura. A instrumentalização do conhecimento firma-se e o objeto da ciência passa a ser tudo aquilo que pode ser tecnicamente manipulado, testado, calculado e controlado, com a finalidade de obter, segundo essa visão, um *conhecimento seguro* da verdade.

Durante essa época, houve o desenvolvimento do método analítico que consiste em decompor fenômenos complexos a fim de compreender o comportamento do todo a partir das propriedades de suas partes. Devido ao legado racional-científico, ratificado na Modernidade ocidental, a loucura apresenta-se como algo estranho que foge à nossa compreensão de conduta ao racional. A loucura, nesta ótica, seria a perda ou a ameaça de perda da própria identidade. Mais ainda, ela seria transformada em objeto de experimentos científicos enquanto que as relações humanas existentes entre o louco, o médico e a sociedade seriam relegadas ao segundo plano. Há, portanto, uma cisão no diálogo intersubjetivo entre o psiquiatra, que é o sujeito racional detentor do poder, e o louco, cujo acesso só pode ser alcançado quando ele encontra-se na qualidade de objeto da ciência.

O final do século XVIII e início do século XIX foram marcados pela instituição de uma especificidade da loucura que passou a ser concebida como doença mental que por sua vez, não fazia mais parte da desrazão que incluía os doentes venéreos, os profanadores e os libertinos. Desse modo, a loucura foi transformada em objeto de conhecimento e de intervenção exclusivos dos médicos. O filósofo francês menciona que a designação da loucura como doença mental não se deveu apenas pela separação dela da desrazão, mas devido também a construção dos asilos considerados como locais terapêuticos e destinados apenas a internar os loucos e separá-los do convívio social. Interessante perceber que o narrador *d'O alienista* questiona “a idéia de meter os loucos na mesma casa, vivendo em comum” que pareceu “em si mesma um sintoma de demência” (ASSIS, 2006, p. 254). Foucault afirma que a concepção de loucura como doença mental não foi o resultado de um progresso do conhecimento nem um fato natural; foi algo mais social, político e econômico que epistemológico, foi na verdade, uma criação.

Em sua obra *Histoire de la folie à l'âge classique* Foucault demonstra que a história da loucura não é a história da psiquiatria, já que esta é parte de um momento determinado de uma trajetória mais ampla. Além disso, ele desmascara as imagens que dão à psiquiatria o mérito de ter possibilitado à loucura ser finalmente reconhecida e tratada segundo sua verdade, mostrando o caminho que a história precisou seguir para que a psiquiatria tornasse o louco doente mental.

Alguns anos após a publicação de *Histoire de la folie à l'âge classique* Foucault afirmou que o cerne dos estudos que realizou sobre a loucura refere-se sobretudo ao *que é o poder*. Que para ele é algo muito mais complexo que apenas proibição e repressão. O poder na ótica do filósofo não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social. De fato, o poder não existe como algo palpável. Trata-se, desse modo de práticas ou relações de poder, o que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona em cadeia. Ademais, o poder não é um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras. Os indivíduos são centros de transmissão, já que eles estão sempre em posição tanto de exercer este poder quanto de sofrer sua ação. Podemos perceber que Machado de Assis, n' *O alienista*, trouxe dois exemplos, através de duas personagens, o Dr. Bacamarte e o barbeiro Porfírio, de como funciona a fluidez, a circulação e o jogo de poder descritos por Foucault.

Como dito em capítulos anteriores, Foucault mostrou que existem dois tipos de poder: o de soberania e o disciplinar e que o poder psiquiátrico enquadra-se neste último. O que ele chama de disciplina consiste na particularidade de novas técnicas e de novos métodos que

permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade. As disciplinas, consequentemente, transformam as multidões confusas, inúteis ou perigosas em multiplicidades organizadas. Foucault acreditava que o funcionamento da psiquiatria estaria relacionado ao poder disciplinar e não necessariamente ao funcionamento da instituição asilar nem a partir do funcionamento supostamente verdadeiro da psiquiatria.

O filósofo destaca que o poder disciplinar possui algumas características, dentre as quais, a organização do espaço, que seria isolar o indivíduo em um espaço individualizado e esquadrinhado, a vigilância, que seria o olhar constante, contínuo e permanente e o registro, que seria anotações feitas a partir de observações do comportamento dos indivíduos. Todas essas características do poder disciplinar são utilizadas pelo Dr. Bacamarte quando ele vai analisar seus internos na Casa Verde.

Foucault cita que o asilo é a extensão do corpo do médico e que as técnicas e procedimentos efetuados no asilo do século XIX tinham por função fazer do médico um *mestre da loucura*, ou seja, aquele que ao mesmo tempo pode dizer algo sobre a verdade da loucura pelo poder que dela tem e aquele que pode produzir a doença e controlá-la pelo poder que exerce sobre o doente. Essa exaltação do poder médico nesse período está vinculada nas garantias e justificações dos privilégios do conhecimento e na detenção de um saber científico. É também no século XIX que surgem algumas críticas às teorias científicas vigentes naquele momento. A alegação dessas críticas parte do argumento que o cientista ao explicar a realidade não está de modo algum sendo neutro ou imparcial, e sim que as ideias, teorias e conceitos estão atrelados à subjetividade do cientista. Destarte, começa-se a questionar a infalibilidade da ciência e do poder atribuído a ela desde então. Machado de Assis desenvolve esse pensamento crítico sobre a ciência quando cria sua personagem, Simão Bacamarte, que é a *encarnação científica*. Para o alienista nada mais importava além da ciência, pois era ela que explicava tudo porque era “cousa séria” e merecia “ser tratada com seriedade”.

É interessante perceber que Machado de Assis ilustra bem a questão da formação dos médicos brasileiros (assunto já discutido no primeiro capítulo) ao descrever a formação intelectual e acadêmica de sua personagem cujos estudos realizou em Coimbra e Pádua. Além disso, ele era o único médico da pequena cidade de Itaguaí⁴⁷, situação que é percebida ainda hoje na realidade brasileira em que há apenas a existência de um único médico para atender a

⁴⁷ “Não havia na colônia, e ainda no reino, uma só autoridade em semelhante matéria, mal explorada, ou quase inexplorada” (ASSIS, 2006, p. 254).

população nas cidades do interior. E obviamente, como ele é um homem de ciência a última palavra válida é sempre a dele, mesmo que haja situações de iatrogenia.

No quarto capítulo foi mostrado que muitos métodos e técnicas adotados pelos alienistas do século XIX oscilavam entre a terapia e a punição. Ademais, existiam várias teorias que foram elaboradas por alienistas diferentes de acordo com a concepção particular de cada um e os métodos e técnicas estavam vinculados a essas teorias que, por conseguinte diferiam bastante entre si.

Foi apontada ao longo deste trabalho uma possível interpretação da obra *O alienista* de Machado de Assis à luz da teoria foucaultiana. Foi assinalado na referida obra o vínculo entre as concepções científicas do século XIX, sobretudo o positivismo, o poder, o saber e a loucura. Tanto Machado de Assis quanto Foucault mostraram que a razão por si só não foi capaz de entender e explicar a complexidade da loucura e, que muitas vezes, a loucura, entendida como doença mental, foi criação dos próprios alienistas e da psiquiatria exercida por eles.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 326-327; 776-777.

ASSIS, Machado de. Crônica a semana. In: _____. *Obra completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2006. v. 3, 02 dez. 1894, p. 635-637.

_____. Crônica a semana. In: _____. *Obra completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2006. v. 3, 31 maio 1896, p. 708-710.

_____. Crônica a semana. In: _____. *Obra completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2006. v. 3, 11 nov. 1897, p. 772-775.

ASSIS, Machado de. O Alienista. In: _____. *Obra completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2006. v. 2, p. 253-288.

BARRETO, Lima. Diário do hospício. In: _____. *O cemitério dos vivos*. São Paulo: Planeta do Brasil; Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2004. p. 17-114.

BASTOS, Othon. Primórdios da psiquiatria no Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2007, p. 154-155. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a04.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

BOYNE, Roy. The Cartesian exclusion. In: _____. *Foucault and Derrida: the other side of reason*. London – New York: Routledge, 1996. Cap. 2, p. 36-52.

CÁCERES, Florival. Renascimento cultural. In: _____. *História geral*. 4. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Moderna, 1996. Cap. 13, p. 158-165.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6.ed. ver. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CASTELLO, José. Viajante interior. *Biblioteca entre livros*. São Paulo: Duetto, 2008. p. 6-11.

CHAUVIN, Jean Pierre. *O Alienista: a teoria dos contrastes em Machado de Assis*. São Paulo: Reis Editorial, 2005.

COSTA, Jurandir Freire. As origens históricas da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: _____. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. Cap. I, p. 39-44.

COSTA, Pedro Pereira da Silva. *A vida dos grandes brasileiros: Machado de Assis*. São Paulo: Três, 2001.

DESCARTES, René. Meditação primeira. In: _____. *Meditações metafísicas*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 29-39.

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

FANTINI, Wilne de Souza. *Reflexões sobre a loucura na modernidade: uma reflexão histórico-filosófica*. Monografia apresentada ao curso de Especialização em Bioética – UFPE, Recife - PE. 2007.

FIGUEIRA, Divalte Garcia. A República chega ao Brasil. In: _____. *História*. São Paulo: Ática, 2003. Cap. 52, p. 283-289.

_____. Da Regência ao segundo Reinado. In: _____. *História*. São Paulo: Ática, 2003. Cap. 50, p. 270-274.

_____. O Iluminismo. In: _____. *História*. São Paulo: Ática, 2003. Cap. 37, p. 201-205.

_____. O segundo Reinado e a construção da ordem. In: _____. *História*. São Paulo: Ática, 2003. Cap. 51, p. 275-282.

FIGUEIREDO, Gabriel. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 22, n. 3, São Paulo. Sept. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 jun. 2008.

FOUCAULT, Michel. O que são as luzes? In: _____. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. p. 335-351.

_____. As ciências humanas. In: _____. *As palavras e as coisas*. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007a. Cap. X, p. 475-536.

____. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 2007b.

____. A casa dos loucos. In: _____. *Microfísica do poder*. 22 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006a. p. 113-128.

____. O olho do poder. In: _____. *Microfísica do poder*. 22 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006a. p. 209-227.

____. Espaços e classes. In: _____. *O nascimento da clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Cap. I, p. 1-21.

____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

____. On the power. In: _____. *Politics, philosophy, culture: interviews and other writings of Michel Foucault 1977-1984*. London-New York: Routledge, 1990. Cap. 6, p. 96-109.

____. A água e a loucura. In: _____. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. v. 1. p. 205-209.

____. A loucura e a sociedade. In: _____. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. v. 1. p. 259-267.

____. A loucura só existe em uma sociedade. In: _____. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. v. 1. p. 162-184.

____. Terceira parte: disciplina. In: _____. *Vigiar e punir*. 35. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008. p. 117-192.

GARCÍA, Francisco Vázquez. *Foucault: la historia como crítica de la razón*. Barcelona: Montesinos, 1995.

GLEDSON, John. Machado de Assis e a história do Brasil: algumas especulações. In: _____. *Machado de Assis: ficção e história*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Paz e Terra, 2003. p. 293-318.

GOMES, Roberto. O mito da imparcialidade: o ecletismo. In: _____. *Crítica da razão tupiniquim*. Curitiba: criar Edições, 2001, p. 35-42.

GROS, François. Une fiction historique des époques de folie. In: _____. *Foucault et la folie*. Paris: Presses Universitaires de France, 2004. p. 28-85.

HABERMAS, Jürgen. Desmascaramento das ciências humanas pela crítica da razão. In: _____. *O discurso filosófico da Modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002. Cap. IX, p. 333 – 372.

KANT, Immanuel. Resposta à pergunta o que é o iluminismo? In: _____. *A paz perpétua e outros opúsculos*. Lisboa: Edições 70, ca. 1980, p. 11-19.

LAJOLO, Marisa. *Machado de Assis: literatura comentada*. São Paulo: Abril Educação, 1980.

LALANDE, André. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1993. p. 44; 824-826.

MACHADO, Roberto. Uma arqueologia da percepção. In: _____. *Foucault, a ciência e o saber*. 3 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006a. Cap. 1, p. 51-86.

_____. Uma arqueologia do olhar. In: _____. *Foucault, a ciência e o saber*. 3 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006a. Cap. 2, p. 87-109.

_____. A loucura. In: _____. *Foucault, a filosofia e a literatura*. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. Cap. 1, p. 15-52.

_____. Introdução: por uma genealogia do poder. In: _____. *Microfísica do poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006b. p. VII-XXIII.

MARTINS, Guilherme Paiva de Carvalho. Foucault e a crítica da razão. *Revista Aulas: Dossiê Foucault*. N. 3, dez. 2006/mar. 2007. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/12.pdf>>
Acesso em: 24 set. 2007, p. 3-5

MORAES, José Geraldo Vinci de. A crise do Império e a proclamação da República. In: _____. *História Geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. Cap. 37, p. 278-286.

_____. A expansão européia. In: _____. *História Geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. Cap. 12, p. 102-109.

_____. O Iluminismo. In: _____. *História Geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. Cap. 22, p. 178-182.

_____. Nova ordem política: o segundo Reinado. In: _____. *História Geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. Cap. 34, p. 256-264.

_____. O primeiro Reinado. In: _____. *História Geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. Cap. 29, p. 220-224.

_____. Regências e revoltas. In: _____. *História Geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. Cap. 30, p. 225-232.

_____. Transformações culturais: o Renascimento. In: _____. *História Geral e Brasil*. São Paulo: Atual, 2003. Cap. 13, p. 110-114.

MUCHAIL, Salma Tannus. A trajetória de Michel Foucault. In: _____. *Foucault, simplesmente: textos reunidos*. São Paulo: Loyola: 2004. p. 37-48.

_____. O mesmo e o outro: faces da história da loucura. In: _____. *Foucault, simplesmente: textos reunidos*. São Paulo: Loyola: 2004. p. 37-48.

NALLI, Marcos Alexandre Gomes. Figuras da loucura em Histoire de la folie. *Psicologia em estudo*. Maringá. V. 6, n. 2, jul/dez. 2001.

NETO, Miguel Sanches. Crítico severo, acadêmico sereno. *Biblioteca entre livros*. São Paulo: Duetto, 2008. p. 12-17.

OLIVEIRA, Adriane Camara de. *O Alienista: ou a ciência como religião*. ca. 2000. Disponível em: <www.idelberavelar.com/abralic/trabalhos/AdrianeCamara.doc>
Acesso em: 27 maio 2008.

PAIVA, Marcelo Whately. *O pensamento vivo de Machado de Assis*. São Paulo: Martin Claret: 1989.

PAVÃO, Sílvia Rodrigues. Louco e a ciência: a construção do discurso alienista no Rio de Janeiro do século XIX. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*. UERJ, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epp/v6n2/v6n2a13.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2008.

PERINI, Ruy. *Saúde e loucura em Machado de Assis*. Comunicação apresentada nas Jornadas Internacionais “Dicção e Verdade” – 10 e 11 de abril de 2006 – UFES – Vitória, ES. Disponível em: <http://artedacura.blospot.com/2006/04/sade-e-loucura-em-machado-de-assis_15.html>. Acesso em: 31 maio 2008.

PESSANHA. *Os pensadores: René Descartes*. v. 1. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

PESSOTTI, Isaías. A concepção moral da loucura. In: _____. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996. cap. II, p. 67-117.

_____. As funções do manicômio. In: _____. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996. cap. IV, p. 151-211.

_____. O tratamento físico. In: _____. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996. cap. V, p. 215-294.

PIZA, Daniel. Apresentação. In: _____. *Machado de Assis: um gênio brasileiro*. 3. ed. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2008.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. Breve recorte histórico da Loucura na Modernidade. In: _____. *Da Razão ao Delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. 2006, 131f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Belo Horizonte, 2006. Cap. 4, p. 36-55.

SANTOS, Marcio Renato dos. Viagem no tempo: aquele ontem já é hoje. *Biblioteca entre livros*. São Paulo: Duetto, 2008. p. 18-25.

SCHWARZ, Roberto. As idéias fora do lugar. In: _____. *Ao vencedor as batatas: forma literária e processo social nos inícios do romance brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1981. p. 13-28.

SILVA, Luciene Maria da. Do horror à diferença: uma aproximação com o conto *O Alienista* de Machado de Assis. *Revista FAEEBA – Educação e Contemporaneidade*, Salvador, v 16, n 27, p. 125-130, jan-jun, 2007.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, jul./ago. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext> Acesso em: 02 set. 2006.

SOUZA, Jaime Luiz Cunha de. Racionalidade moderna, ciência e loucura: especulações sobre *O Alienista* de Machado de Assis. Revista *Trilhas*, Belém, ano 4, n 1, p. 85-94, jul. 2004. Disponível em: <http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/43.pdf>. Acesso em: 31 maio 2008.

SZASZ. Thomas. Fabricação da loucura. In:____. *A fabricação da loucura*: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental. 2. ed. Rio de Janeiro; Zahar, 1978. parte II, p. 169-330.

VENANCIO, Ana Teresa A. A ciência psiquiátrica na Universidade do Brasil (1938-1958). XI Encontro Regional de História – ANPUH Regional – RJ/ outubro de 2004. Disponível em:< http://www.rj.anpuh.org/conteudo/view?ID_CONTEUDO=305>. Acesso em: 21 jun. 2008.