

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

ZELINDA ROSA SCOTTI

QUE LOUCURA É ESSA?

Loucas e loucos italianos no Hospício São Pedro
em Porto Alegre/RS (1900-1925)

Porto Alegre
2013

ZELINDA ROSA SCOTTI

QUE LOUCURA É ESSA?

Loucas e loucos italianos no Hospício São Pedro
em Porto Alegre/RS (1900-1925)

Tese apresentada como requisito para a obtenção
do grau de Doutor pelo Programa de Pós-
Graduação em História da Faculdade de Filosofia
e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof^ª Dra. Núncia Santoro de Constantino

Porto Alegre
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S431q	Scotti, Zelinda Rosa Que loucura é essa? loucas e loucos italianos no hospício São Pedro em Porto Alegre/RS (1900-1925) / Zelinda Rosa Scotti. – Porto Alegre, 2013. 283 f. : il. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, PUCRS. Prof. ^a . Dr. ^a . Núncia Santoro de Constantino. 1. História. 2. Porto Alegre (RS) – História - Século XX. 3. Imigração Italiana – Rio Grande do Sul. 4. Hospital Psiquiátrico São Pedro – História. 5. Psiquiatria - Rio Grande do Sul. I. Constantino, Núncia Santoro de. II. Título. CDD 981.651
-------	--

**Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Pinent
CRB 10/1297**

ZELINDA ROSA SCOTTI

QUE LOUCURA É ESSA?

Loucas e loucos italianos no Hospício São Pedro em Porto Alegre/RS (1900-1925)

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 29 de agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Núncia Santoro de Constantino – PUCRS

Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol – Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dra. Ismênia de Lima Martins – UFF

Prof^a. Dra. Lorena Almeida Gill – UFPel

Prof. Dr. René Ernaini Gertz – PUCRS

*Ao meu irmão Hélio José Scotti
1959-2009*

AGRADECIMENTOS

Ao CNPQ, pela bolsa de doutorado obtida graças ao *Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero*.

Ao Programa de Pós-Graduação em História da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, pela acolhida de meu projeto. À Carla, que esteve disponível por inúmeras vezes. Um agradecimento especial ao Adilson, que não se encontra mais no Pós.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pela aprovação do projeto e consequente pesquisa que sustenta esta tese.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro, pela aprovação do projeto e consequente pesquisa que sustenta esta tese. Meus agradecimentos a Daisy Pontes, secretária do Comitê de Ética em Pesquisa do HPSP, por ter prestado auxílio em minhas dúvidas quanto à documentação e andamento do processo.

Ao Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul. À Diretora do APERS, Isabel Oliveira P. Almeida; aos funcionários do atendimento (busca e entrega do material): João, Vinícius, Maria Lúcia, Luis Antônio e Carlos Henrique. Meu carinho especial à Elizabeth M. de Lima, Arquivista Chefe da Divisão de Documentação, que há anos se disponibiliza a auxiliar, tanto em minha primeira pesquisa quanto nesta para o doutorado. Agradeço a todos funcionários do APERS, que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Memorial do Rio Grande do Sul, pela disponibilização do material e atendimento.

Ao Museu da Comunicação Hipólito José da Costa, pelo atendimento sempre impecável.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná, que me auxiliaram com questões teóricas ainda incipientes: Dra. Helenice Rodrigues da Silva, Dra. Marionilde Dias Brepohl Magalhães e Dra. Judite Barboza Trindade.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em História da PUCRS. Dr. René Gertz: o prêmio ganho pelo CNPQ não teria sido possível sem sua inestimável orientação no Mestrado. Dr.

Jurandir Malerba, pelas indicações teóricas e à Dra. Claudia Musa Fay, que bem sabe que *História das Mulheres* é assunto sério.

Aos professores presentes na Banca de Qualificação que contribuíram com sugestões: Dra. Lorena Gill e Dr. René Gertz.

Ao professor Dr. Adolfo Pizzinato (psicólogo), pelas indicações em área inóspita a historiadores.

Aos colegas que muito auxiliaram no tempo em que passei no PPG de História da UFPR: Ilton Cesar Martins, Cibele Carvalho, Paulo Roberto Romanowski, Andrea Dal Pra, Alexandro Neundorf, Rafael Damasceno Dias, Loiva Canova. Em momentos distintos, e muitas vezes mesmo sem perceber, foram importantes quando de minha estada na UFPR. Com profundo pesar deixo minha homenagem à colega e amiga Deisi Rizzo que se foi muito antes do que deveria.

Infelizmente minhas “idas relâmpago” a Porto Alegre impediram convivência mais estreita com os colegas, mas muitos foram os que de alguma forma auxiliaram seja com uma palavra, seja com alguma indicação: Geandra, Egiselda, Aline, Danielle, Caiuá, Leonor, Daniel, Maíra, Zé Augusto, Rômulo, Cláudia, Jefferson, André. Mesmo sendo inevitável o esquecimento de nomes, na memória ficam marcadas as gentilezas e bons momentos.

Meu especial carinho ao Leonardo Conedera, Angela Beatriz Pomatti e Amparo Alves de Carvalho.

Às amigas de *tempos e espaços* distintos, mas sempre amigas: Miriam Caceres e Miriam Munhoz (Porto Alegre), Tatiane Freitas (Joinville) e Gislaine Vasconcelos (Curitiba).

À minha irmã Mirela Aparecida Scotti, amiga de todas as horas.

O trabalho literalmente não teria tomado o rumo que tomou se não fosse a interferência de minha orientadora Dra. Núncia Santoro de Constantino. Sua sugestão de revisitar os prontuários e seu auxílio com a documentação junto aos Comitês de Ética (PUCRS e Hospital Psiquiátrico São Pedro) foi fundamental para que ocorresse meu retorno aos prontuários no APERS. Mas uma tese não é feita só de orientações. A amiga Núncia foi então de ajuda inestimável acolhendo, ouvindo, indicando, narrando histórias (minha parte preferida). Meu carinhoso muito obrigada.

A melhor parte de uma jornada é o trajeto quando se está bem acompanhada: amor incondicional ao Héctor, à Janaína e à Camila.

RESUMO

Esta tese aborda a temática da imigração italiana sob um viés diferente do usual: internações de italianos e descendentes no Hospício São Pedro em Porto Alegre/RS entre os anos de 1900 e 1925 para primeira internação. Através de uma história quantitativa, mas sem perder de vista o qualitativo, se propõe a extrair informações de prontuários médicos do São Pedro no intuito de comparar as internações dos italianos com as internações dos demais pacientes. Questões teóricas tais como identidade, discurso médico e gênero direcionam o estudo empírico de 1.158 documentos médicos, com a finalidade de responder se ocorreu diferenciação nos internamentos entre italianos(as) e demais internos, e entre homens e mulheres. Sem ser objetivo do trabalho, mas fazendo parte dele, a apreensão de diferentes diagnósticos possibilitou o surgimento de forma inusitada de um aspecto da história da psiquiatria no Rio Grande do Sul, tendo por palco o HSP.

Palavras chave: imigração, italianos, loucura, gênero.

ABSTRACT

This thesis aims to approach the issue of Italian immigration under a different bias: admissions of Italians and descendants at Hospício São Pedro in Porto Alegre / RS between the years 1900 and 1925 for first admission. Through a quantitative history, but without losing sight of the qualitative, proposes to extract information from medical records of São Pedro in order to compare the admissions of Italians and other patients. Theoretical issues such as identity, gender and medical discourse direct empirical study of 1,158 medical documents, in order to answer if occurred differentiation in admissions between Italians and other inmates, and between men and women. Without being objective of the work, but part of it, the apprehension of different diagnoses enabled developing unusual form of an aspect of the history of psychiatry in Rio Grande do Sul, having the HSP as the stage.

Keywords: immigration, Italians, madness, gender

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros

Quadro 1 – “Reescrita” do modelo bidimensional	31
Quadro 2 (múltiplo) – Dados extraídos de Relatório do HSP apresentado ao Presidente do Estado .	95
Quadro 3 – Região de Colonização Italiana	105
Quadro 4 – Profissões de italianos(as) e descendentes segundo os prontuários do Hospício São Pedro.....	114
Quadro 5 – Italianos(as) e descendentes que faleceram no HSP após curto tempo de internação	116
Quadro 6 – Mulheres e Homens de etnia italiana pensionistas no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	119
Quadro 7 – Italianos e descendentes procedentes de Porto Alegre	121
Quadro 8 – Mulheres e Homens de etnia italiana internados no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de <i>degeneração hereditária</i>	136
Quadro 9 – Mulheres e Homens de etnia italiana internados no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico em que constava a terminologia <i>degenerado</i>	139
Quadro 10 – Dados extraídos de Relatórios do Hospício São Pedro apresentados ao Presidente do Estado do RS	141

Quadro 11 (múltiplo) – Homens e Mulheres (com 18 anos ou mais) de etnia italiana internados com diagnóstico de <i>idiotia</i> (ou <i>idiotismo</i>), <i>debilidade mental</i> e <i>imbecilidade</i> no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	145
Quadro 12 – Menores de 18 anos de etnia italiana com diagnósticos de <i>idiotismo/idiotia</i> e <i>debilidade mental/débil mental</i> no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	146
Quadro 13 – Homens de ascendência italiana com diagnóstico de <i>demência precoce</i> internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	151
Quadro 14 – Mulheres de ascendência italiana com diagnóstico de <i>demência precoce</i> internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	151
Quadro 15 – Pacientes de diversas etnias em que consta no prontuário que teve, ou tinha um parente internado nas dependências do Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	152
Quadro 16 – Internos de ascendência italiana no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de <i>alcoolismo</i>	158
Quadro 17 – Diagnóstico de <i>confusão mental</i> associado à palavra <i>tóxica</i> (ou <i>tóxico</i>) em internos no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	161
Quadro 18 – Mulheres, sem ascendência italiana , internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) devido ao <i>alcoolismo</i>	163
Quadro 19 – Italianos (as) e descendentes internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de <i>melancolia</i>	166
Quadro 20 – Pacientes internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de <i>lypemia</i>	172
Quadro 21 – Italianos (as) e descendentes com diagnósticos de: <i>maníaco depressiva</i> , <i>depressão</i> e <i>estado depressivo</i> internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	173
Quadro 22 – Pacientes com ascendência italiana internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) que apresentaram diagnóstico onde há a expressão <i>mania</i>	177

Quadro 23 – Italianos (as) e descendentes internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de <i>excitação maníaca</i>	179
Quadro 24 – Internos no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à <i>sífilis</i>	181
Quadro 25 – Crianças e adolescentes com idade igual ou menor que 17 anos, internos no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à <i>epilepsia</i>	184
Quadro 26 – Pacientes de ascendência italiana com 18 anos ou mais internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à <i>epilepsia</i>	185
Quadro 27 – Divisão da mão-de-obra nas propriedades da Região Colonial Italiana	196
Quadro 28 – Dados sobre a menstruação da paciente Lucia S., extraídos do ano de 1931	202
Quadro 29 – Mulheres internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por questões ligadas à maternidade	208
Quadro 30 – Infelicidades, problemas, desapontamentos	216
Quadro 31 – Mulheres internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por prováveis questões ligadas ao pós-parto	217
Quadro 32 – Mulheres internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à <i>involução</i>	224
Quadro 33 – Mulheres de etnia italiana com diagnóstico ligado à <i>involução</i>	225
Quadro 34 – Mulheres com mais de 45 anos (até 50 anos) internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado a <i>estados depressivos</i> ou <i>melancólicos</i>	229
Quadro 35 – Mulheres internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à <i>histeria</i>	233
Quadro 36 – Mulheres internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado ao <i>erotismo</i>	237

Figuras

Figura 1 – Guia de internação do Hospício São Pedro no início do século XX	79
Figura 2 – Detalhe da guia de internação do Hospício São Pedro no início do século XX	80
Figura 3 – Nova guia de internação do Hospício São Pedro	82
Figura 4 – Em 28/10/1911 página 6 do jornal <i>Correio do Povo</i>	83
Figura 5 – Em 04/06/1911 página 4 do jornal <i>Correio do Povo</i>	83
Figura 6 – Em 29/06/1911 página 6 do jornal <i>Correio do Povo</i>	84
Figura 7 – Em 07/07/1911 página 4 do jornal <i>Correio do Povo</i>	84
Figura 8 – Em 25/07/1911 página 5 do jornal <i>Correio do Povo</i>	85
Figura 9 – Tabelas digitadas entre 1998 e 2002	88
Figura 10 – Tabela do Access com dados do Hospício São Pedro	92
Figura 11 – Access com indicação de sexo e idade	93
Figura 12 – Access com indicação de estado civil	93
Figura 13 – Access com indicação de diagnóstico e etnia	93
Figura 14 – Access com visualização final no Modo de Exibição	93
Figura 15 – visualização das cidades citadas no Quadro 3 e na Tabela 10	106
Figura 16 – visualização das cidades citadas nas Tabelas 10 e 11	108
Figura 17 – Ficha individual	131
Figura 18 – Capacidade industrial dos idiotas, imbecis e debeis mentais	147
Figura 19 – Em 18/05/1911 página 6 do jornal <i>Correio do Povo</i>	170
Figura 20 – Em 06/06/1911 página 8 do jornal <i>Correio do Povo</i>	170
Figura 21 – Em 13/06/1911 página 6 do jornal <i>Correio do Povo</i>	171
Figura 22 – Em 21/06/1911 página 4 do jornal <i>Correio do Povo</i>	171
Figura 23 – Em 16/08/1911 página 4 do jornal <i>Correio do Povo</i>	187

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Movimento de enfermos no ano de 1896 no Hospício São Pedro	47
Tabela 2 – Internos no HSP de ascendência italiana com demência precoce	86
Tabela 3 – Internos no HSP com demência precoce	87
Tabela 4 – Levantamento de entrada de italianos e italianas no HSP segundo os Relatórios ao Presidente do Estado	96
Tabela 5 – Entrada de Italianos no HSP nos anos de 1910, 1911 e 1912	97
Tabela 6 – Número de prontuários segundo levantamento do APERS e da autora	99
Tabela 7 – Procedência dos italianos(as) e descendentes	102
Tabela 8 – Cidades do interior do RS das quais os italianos(as) são procedentes	103
Tabela 9 – Italianos, italianas e descendentes	104
Tabela 10 – Insanos italianos e descendentes procedentes da região colonial italiana	106
Tabela 11 – Insanos italianos e descendentes procedentes de outras localidades distintas da Região Colonial Italiana	107
Tabela 12 – Homens e Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	109
Tabela 13 – Homens e Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação), com percentual de italianos	110
Tabela 14 – Nacionalidade extraída do Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior	111

Tabela 15 – Estado civil dos italianos(as) e descendentes internos entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	112
Tabela 16 – Internos do sexo masculino solteiros e por faixa etária de 15 a 25 anos, italianos e não-italianos no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	113
Tabela 17 – Saída de alienados do Hospício São Pedro por falecimento segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	115
Tabela 18 – Alienados internados com o diagnóstico de <i>degeneração hereditária</i> no Hospício São Pedro segundo os prontuários médicos entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) incluídos os menores de 18 anos	135
Tabela 19 – Quantificação nos Relatórios ao Presidente do Estado, sobre a cor dos internos no HSP nos anos de 1901, 1903 e 1909	142
Tabela 20 – Homens e Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de <i>idiotia, imbecilidade e/ou debilidade mental</i> no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	143
Tabela 21 – Alienados internados com o diagnóstico de <i>demência precoce</i> no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)	149
Tabela 22 – Homens e Mulheres por idade com diagnóstico de <i>demência precoce</i>	149
Tabela 23 – Internos no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado ao <i>alcoolismo</i>	157
Tabela 24 – <i>Melancólicas</i> internadas no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por estado civil	165
Tabela 25 – <i>Melancólicos</i> internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por estado civil	165
Tabela 26 – Homens e mulheres com ascendência italiana internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por <i>melancolia, lypemania, psicose maníaco depressiva e estado depressivo</i>	174
Tabela 27 – Diagnósticos encontrados na população do HSP entre os anos de 1900 a 1925 para primeira internação	187

Tabela 28 – Profissão das mulheres de ascendência italiana segundo os prontuários do Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação	198
Tabela 29 (múltipla) – Quantidade de internas por idade (presumível para menopausa)	222

LISTA DE SIGLAS

HSP – Hospício São Pedro

PHSP – Prontuário do Hospício São Pedro

RSCM – Relatório da Santa Casa de Misericórdia

RSIE – Relatório da Secretaria do Interior e Exterior

APERS – Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

Apresentação	21
Introdução	26
 <i>1. Conceitos para uma escrita histórica que contemple a loucura</i>	
Introdução	41
1.1 Exclusão/integração	43
1.2 Instituição total e poder institucional	49
1.3 Discurso médico	56
1.3.1 Características	56
1.3.2. Poder normalizador, poder/saber, linguagem, saber/verdade	61
1.4 Controle simbólico	65
 <i>2. Etnia italiana no Hospício São Pedro</i>	
Introdução	75
2.1 Fontes	78
2.2 Metodologia: Quantitativo e o programa Access	85
2.3 Mulheres e homens italianos no HSP segundo os Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior	95

2.4 Mulheres e homens italianos no HSP segundo Prontuários do Hospício São Pedro ...	98
2.5 Italianos e italianas na população do HSP	109
 <i>3. Entre diagnósticos médicos e narrativas</i>	
Introdução	126
3.1 Metodologia: Análise Textual Discursiva e Micro-história	130
3.2 Degeneração hereditária	133
3.3 Idiotia, imbecilidade, debilidade mental e demência precoce	143
3.4 Parentes internados	152
3.5 Alcoolismo, melancolia, depressão e maníacos depressivos	157
3.6. Mania, sífilis e epilepsia	175
 <i>4. A loucura inscrita no corpo feminino</i>	
Introdução	189
4.1 Mulheres ou gênero?	191
4.2 Italianas	195
4.3 Menstruação	201
4.4 Maternidade: gravidez e pós-parto	207
4.5 Menopausa	220
4.6 Histéricas e eróticas	230
 Conclusão	 241
Fontes	248
Referências Bibliográficas	259
Anexo	274

A fórmula do velho Ranke é célebre: o historiador propõe apenas descrever as coisas tais como aconteceram (...). O cientista, em outros termos, é convidado a se ofuscar diante dos fatos. (...). De modo que eis, colocados de chofre, dois problemas: o da imparcialidade histórica; o da história como tentativa de reprodução ou como tentativa de análise.

Marc Bloch

Hoje, mais do que nunca, a história é uma disputa. Certamente, controlar o passado sempre ajudou a dominar o presente; (...), a história é vigiada. De resto, observamos que, quanto mais ampla a difusão do saber, mais rigoroso é o controle sobre a produção histórica (...).

Marc Ferro

Apresentação

Em 1884, quando o Império dava seus últimos suspiros de poder, era inaugurado o Hospício São Pedro, em Porto Alegre Rio Grande do Sul. Em suas dependências transitaram inúmeros alienados¹, dentre eles, imigrantes de origem italiana.

Para Constantino Ianni, “o simples fato de emigrar torna as pessoas mais sensíveis e predispostas a agravar os problemas comuns da vida”². O sociólogo além de enfatizar que ocorreram repatriamentos por motivos de alienação mental, cita que “no Brasil a incidência das enfermidades mentais entre os estrangeiros é duas vezes mais elevada do que entre os nacionais”³.

Em 1986, no espaço circunscrito a São Paulo, Clementina Pereira da Cunha desenvolveu a noção de imigrantes italianos e loucura, indicando os escritos do médico Franco da Rocha em *Causas da loucura*, numa tentativa de confirmar esta analogia:

Entre os imigrantes abundam os desequilibrados, sonhadores de riquezas, que imaginam com os olhos na América, um infinito de prosperidade e fortuna. Aqui chegados, vendo em pouco tempo desfeitas suas ilusões, esbarrando com a dura realidade da luta pela vida, longe da terra em que nasceram, oprimidos pela saudade, recorrendo ao álcool como consolo, lá vão a caminho para o hospício, aumentar os detritos da sociedade recolhidos àquela casa⁴.

Algumas páginas adiante, Cunha afirma que no hospício de São Paulo há grande contingente de imigrantes europeus, principalmente de italianos, “que assim como na população da cidade, constituem um grupo de peso na composição dos habitantes do Juquery”⁵. É interessante notar que a autora não se utiliza de qualquer dado numérico de quantificação para asseverar serem os italianos

¹ “No sentido de “alienação mental”, está hoje em desuso, mas até meados do século XX o termo era sinônimo de *loucura*, de perturbação mental grave (*psicose*) com perda da ligação e sentido da realidade” (grifos no original). PESTANA, Emanuel; PÁSCOA, Ana. *Dicionário Breve de Psicologia*. Lisboa: Presença, 1998, p. 16.

² IANNI, Constantino. *Homens sem Paz*. Os conflitos e os bastidores da imigração italiana. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972, p. 112.

³ IANNI, Constantino, op. cit., p. 106 e 109. A citação foi feita no 1º Congresso Latino-Americano de Saúde Mental em São Paulo, o autor não especifica data, mas é possível que tenha ocorrido nos anos de 1960.

⁴ ROCHA, Franco. Causas da loucura. In: Estatísticas e Apontamentos. Hospício de S. Paulo, Typ. Deo Diário Oficial, São Paulo, 8º folheto, 1901, p. 12. APUD: CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

⁵ CUNHA, Maria Clementina Pereira, op. cit., p. 123 e 124.

“grupo de peso” no Juquery. Um detalhe pode esclarecer a afirmação feita por Cunha: a menção da obra *Crime e Cotidiano* nas referências de *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*.

Boris Fausto, autor de *Crime e Cotidiano*, aponta que entre 1894 e 1916 um percentual significativo de 31,9% de italianos (para 44,5% de nativos) foram presos. Ressalta o historiador que “é preciso (...) lembrar o fato de que a população estrangeira tinha características *criminógenas mais acentuadas*”⁶, isto por ser constituída em sua maioria por homens jovens e adultos. Esta noção teria sido observada pelo chefe de Polícia em 1880, quando este assegura “que o crescente número de atentados contra a segurança e a propriedade se deve à grande corrente de imigração de italianos que, em sua máxima parte, não vem para esta província exercer uma indústria útil, uma profissão lícita, andando sempre armados de revólveres e punhais”⁷. Fausto, neste capítulo, reforça com dados numéricos a ideia de que imigrantes italianos estavam ligados à criminalidade mais do que outras etnias. Uma vez que Cunha não traz informações numéricas acerca de internamentos de italianos no Juquery, poderia significar uma simples adaptação do binômio imigrantes italianos e criminalidade para imigrantes italianos e loucura.

Dois questionamentos surgiram: *A constatação de que imigrantes italianos estiveram no Hospício São Pedro em Porto Alegre, corroboraria o que historiadores paulistas indicaram como sina, sendo imigrante italiano era por si só fator de risco, e com predisposição à loucura? Em se tratando de italianos em terras gaúchas, poderia ser feita a afirmativa de que se tratava de um grupo de peso no HSP?*

Baseada nas premissas acima, esta tese pretende responder a um questionamento central:

Através da quantificação dos prontuários do Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925, efetuando comparações entre pacientes italianos e pacientes não-italianos, seria possível afirmar que, como em São Paulo, os italianos foram um “grupo de peso” (numericamente) com predisposição à loucura?

A indagação acima será respondida por etapas ao longo do trabalho.

No primeiro capítulo, *Conceitos para uma escrita histórica que contemple a loucura*, o Hospício São Pedro é apresentado através das ideias de *exclusão/integração, instituição total* (mortificação do eu), *poder institucional, discurso médico* (poder normalizador, poder/saber,

⁶ FAUSTO, Boris. *Crime e Cotidiano: a criminalidade em São Paulo (1880-1924)*. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 59 e 60. Destacado com aspas pelo autor.

⁷ FAUSTO, Boris, op. cit., p. 63. Destacado com aspas pelo autor. O autor também irá apresentar posições discordantes, dizendo que seria “justo matizar este quadro”, p. 64.

saber/verdade) e *controle simbólico*. A apresentação e discussão destes conceitos tem o intuito de que seja vislumbrado um HSP invisível nas fontes oficiais como os Relatórios ao Presidente do Estado. O empírico procura dar sustentação à teoria, com exemplos que indicam como era o funcionamento da instituição. Desta feita, pensa-se em responder às seguintes perguntas:

1. *Quando se fala de internamento psiquiátrico, é possível dizer que foi sinônimo de controle social?*
2. *Quem determinava esta exclusão? Poder público, médicos, familiares?*
3. *As representações de médicos, pacientes, familiares e pessoas próximas do louco, teriam algum grau de semelhança?*
4. *Qual o papel da Chefatura de Polícia, sabendo-se que era detentora do poder de enviar ou soltar os alienados?*

No **capítulo 2, *Etnia italiana no Hospício São Pedro***, os objetivos foram: apresentar as fontes (e suas limitações) e quantificar os internos de etnia italiana. A metodologia foi dividida entre os capítulos 2 e 3. Na introdução do capítulo 2 foram apresentados alguns apontamentos sobre quantificação e emprego do programa Office/Access, sustentação de todo o trabalho empírico. Também foram trabalhados italianos em Porto Alegre (internamentos de pacientes que supostamente eram oriundos da capital), pensionistas e falecimentos.

Este capítulo tem a intenção de responder aos seguintes questionamentos:

1. *No Rio Grande do Sul, sobre os alienados de etnia italiana encaminhados ao Hospício São Pedro, seria possível quantificar estes internamentos?*
2. *Foram eles em maior número se comparados ao restante da população de internos no HSP (nativos e outras etnias)?*

Entre diagnósticos médicos e narrativas, capítulo 3, apresentou diagnósticos tais como: *idiotia, imbecilidade, debilidade mental, degeneração hereditária, alcoolismo, melancolia*, etc. no intuito de efetuar comparações entre italianos e outros internos no HSP, e entre mulheres e homens. Na introdução deste capítulo foram abordadas questões pertinentes à Análise Textual Discursiva e à Micro-história.

Afirma-se a possibilidade de responder aos seguintes questionamentos:

1. *Ocorreu tratamento diferenciado por parte dos alienistas para italianos e italianas se comparados com os outros internos do HSP?*
2. *É possível afirmar que existia uma loucura diferenciada para italianos e italianas se comparados aos outros internos do HSP?*
3. *É possível afirmar que existiram internamentos diferenciados para italianos e italianas se comparados aos outros internos do HSP?*
4. *É possível afirmar que os italianos, tanto homens quanto mulheres, “sofreram” mais que os outros internos do Hospício São Pedro?*

Por fim, no capítulo 4, em *A loucura inscrita no corpo feminino*, foram desenvolvidos alguns tópicos ligados a uma História de Mulheres. Se ao longo dos capítulos 2 e 3 a condução da escrita empregou gênero relacional, neste último capítulo é observada a diferenciação entre este conceito e uma História de Mulheres (só de mulheres), e o porque desta opção. Procurou-se detalhar aspectos da vida de mulheres italianas na RCI, baseando-se em bibliografia pertinente ao tema, e do trabalho empírico junto às fontes. Foi possível trazer à tona questões ligadas à *menstruação*, *maternidade* (gravidez e pós-parto) e *menopausa*. Para encerrar o capítulo, comportamentos ligados à sexualidade.

Completa-se então o trabalho com estes últimos questionamentos:

1. *Segundo os diagnósticos apurados nos prontuários, é possível falar de loucura tipicamente feminina?*
2. *É possível afirmar que existia loucura diferenciada entre os italianos e italianas, isto é, loucura tipicamente feminina para italianas e loucura tipicamente masculina para italianos?*

Esta tese, calcada nas variáveis de loucura, gênero e imigração, faz do quantitativo observado nas inúmeras tabelas ao longo da escrita, sua estrela principal. Esta opção é proposital. Desde a confecção do primeiro Banco de Dados⁸, não há registro de coleta de informações junto aos

⁸ O primeiro Banco de Dados foi confeccionado visando à execução da dissertação de mestrado *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospício São Pedro (1900-1925)*. Nesta ocasião, a manipulação dos prontuários do Hospício São Pedro para fins de pesquisa foi permitida através da Resolução/aprovação expedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em 5 de outubro de 2000, para o projeto de n. 00.008 (projeto de mestrado). Para esta tese, a manipulação dos prontuários do Hospício São Pedro foi possível com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, expedida em 23 de setembro de 2011, e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital

prontuários do Hospício São Pedro para uma escrita histórica que contemple o acervo completo referente ao período de 1900 a 1925.

INTRODUÇÃO

Em *Centenário da Imigração Italiana (1875-1975)*, lê-se na página introdutória sob o título *Nota da Editora*, que a “obra pretende retratar a epopéia vivida pelos primeiros imigrantes italianos que chegaram ao Rio Grande do Sul e ressaltar a rapidez com que os peninsulares se integraram ao nosso meio”⁹. Algumas páginas adiante, em texto escrito por Thales de Azevedo, intitulado *A Integração*, o autor afirma: “italianos e brasileiros começam (sem especificar datas) a entender-se e a se tornar mais parecidos em costumes”, e aponta os processos de aculturação e assimilação (sem explicá-los os distingui-los) como parte integrante da vida destes imigrantes em terras brasileiras¹⁰. E pelo teor do restante do livro, assimilação e aculturação faziam parte da convivência de italianos em relação aos nativos na nova pátria desde o início.

Os obstáculos enfrentados pelos italianos indicam um imigrante batalhador e que venceu dificuldades da chegada, deixando no leitor a sensação de que possíveis problemas pelos quais tenham passado os imigrantes ficaram restritos ao passado, um passado anterior ao estabelecimento destes estrangeiros no Brasil. Ao longo da obra *Centenário da Imigração*, visualiza-se um *desfile* de nomes de italianos que obtiveram sucesso no Rio Grande Sul. Não há percalços na adaptação destes na nova terra.

Compartilhando desta mesma visão otimista, Trento informa sobre a “ausência de atritos significativos entre emigração italiana e os elementos nativos”, e que houve “rapidez de assimilação dos italianos em relação ao novo ambiente”, além de que “o mundo brasileiro acolheu e fez próprios alguns hábitos e costumes trazidos pelo imigrante”¹¹. Estes não foram escritos isolados. A “historiografia de inspiração positivista veiculou a ideia que o processo de assimilação do imigrante

⁹ *Centenário da Imigração Italiana: 1875-1975*. Porto Alegre: Edel [1976?], p. 3.

¹⁰ AZEVEDO, Thales de. *A Integração*. *Centenário da Imigração Italiana: 1875-1975*. Porto Alegre: Edel [1976?], p. 124 e 125.

¹¹ TRENTO, Ângelo. *Do outro lado do Atlântico: um século de imigração italiana no Brasil*. São Paulo: Nobel, 1989, p. 194.

italiano no Rio Grande do Sul ocorreu de forma rápida e linear, isto é, sem conflitos e mesmo sem contratempos”¹².

A observação de um sucesso generalizado, no entanto, estendido a todos imigrantes, não foi compartilhada pelos estudiosos da cultura italiana Rovílio Costa e Luis De Boni. No capítulo sugestivamente intitulado *A História que ninguém conta*, em obra publicada em 1979, poucos anos depois das comemorações pelo centenário da imigração italiana em terras gaúchas, Costa e De Boni reagem diante de uma história de vencedores:

Ao contrário do que tanto se apregoa, a imigração é um capítulo doloroso na vida dos indivíduos, um capítulo marcado com sangue e sofrimento, quando não pelo desespero e a morte. O número de suicídios entre os imigrantes fala por si mesmo, bem como o de loucos que, em levantamentos feitos, constatou-se ser 4 vezes maior do que entre os nativos. [e em nota de rodapé]: Entre 1903 e 1923, 2.533 repatriados à Itália eram portadores de doenças mentais. Em 1922, havia-se observado na Argentina que, enquanto 2/3 da população do país eram nativos, 2/3 dos doentes mentais hospitalizados eram estrangeiros. Nos Estados Unidos, constatou-se que a percentagem de doentes mentais, para grupo étnico, era duas a três vezes maior do que no país de origem¹³.

A afirmação contida na nota de rodapé foi extraída da obra do sociólogo Constantino Ianni que, ao pesquisar o fenômeno emigratório em *Homens sem Paz*, sugere que todos partem pensando em voltar. Eis que a volta, quando esta não ocorre, segundo o autor, é motivo para desilusões, provável desencadeador de distúrbios psíquicos. Os que apresentaram distúrbios mentais e foram repatriados, receberam, em 1956, atenção do deputado Del Bó, que afirmou ser “frequente a necessidade de repatriar emigrantes por alienação mental, e (...) os pesquisadores das causas desse fato apontaram a nostalgia como fator de alienação mental”¹⁴.

A mesma indicação de problemas mentais oriundos da emigração/imigração já tinha sido informada por Roger Bastide, que delineia perfil daqueles que acabavam internados em locais que tratavam doenças mentais:

Eles são frequentemente celibatários e não encontram assim, em caso de distúrbios, outro recurso além da hospitalização. Está aí, certamente uma das causas da alta porcentagem da hospitalização dos migrantes. Mas há outras, o sexo e a idade. São homens principalmente que emigram; ora existem mais doentes no grupo masculino nos E.U.A. que no grupo feminino, sobretudo no grupo de 15-25 anos. Ora não são apenas os homens que emigram, mas ainda os

¹² CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *O italiano da esquina: imigrantes meridionais na sociedade porto-alegrense*. Porto Alegre: EST edições, 2008, p. 149.

¹³ DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. *Os italianos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias, 1979, p. 106.

¹⁴ IANNI, Constantino, op. cit., p. 106.

homens jovens, desejosos de poder refazer sua vida pertencendo então na maioria à classe de idade 15-25 anos¹⁵.

Em se tratando do Rio Grande do Sul, em 1996 Rovilio Costa e Stella Borges, lançando mão de tabela extraída do Relatório publicado em 1922 pela Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior, informam que ocorreram internamentos de imigrantes italianos no Hospício São Pedro em Porto Alegre, e aparecem eles quantificados por gênero, observando-se desta feita a agregação da imigração à loucura para terras gaúchas. O artigo aponta como possível causa para internamentos de imigrantes italianos a dificuldade frente à nova realidade, que poderia ser fator desencadeador de desequilíbrio¹⁶. Não se tratava mais das dificuldades advindas antes da partida da Itália ou durante a travessia rumo ao Brasil, o texto sugere que muitos encontravam empecilhos na nova morada, obstáculos suficientemente fortes para ocasionar desequilíbrios de ordem mental.

É possível então descartar a ideia de que todos os imigrantes italianos mostraram-se aculturados e assimilados à nova terra. Mas afinal, o que seriam a assimilação e a aculturação citadas por Azevedo na obra *Centenário da Imigração Italiana*?

O sociólogo Willems resume assimilação citando Fairchild (1926) que entende tratar-se do “abandono da nacionalidade primitiva e a adoção da nacionalidade do novo meio”¹⁷, isto é, um processo unilateral. No entanto, Willems adverte que esta teoria, repelida por sociólogos anos depois, daria lugar à ideia de que assimilação é um “processo bilateral”, pois ocorreria “fusão cultural dos grupos em contato”¹⁸.

Para o sociólogo, assimilação e aculturação “são aspectos diversos de um processo único”, pois quando a referência é a esfera social, fala-se em assimilação, e quando as modificações abrangem a esfera cultural, recebe a denominação de aculturação, e “não pode haver assimilação sem haver, ao mesmo tempo, aculturação ou vice-versa”¹⁹. O autor indica quais as esferas da vida do imigrante que podem sofrer transformações quando do advento de uma nova pátria:

¹⁵ BASTIDE, Roger. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Editora Nacional, 1967, p. 191. Esta citação advém de estudo feito por Stonequist em 1948.

¹⁶ BORGES, Stella; COSTA, Rovílio. Do sonho à realidade: criminosos e doentes mentais alienados em Porto Alegre. In: DE BONI, Luiz A. (Org.). *A presença italiana no Brasil (III)*. Porto Alegre/Torino: EST/Fondazione Giovanni Agnelli, 1996, p. 407.

¹⁷ WILLEMS, Emílio. *Assimilação e Populações Marginais no Brasil: estudo sociológico dos imigrantes germânicos e seus descendentes*. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1940, p. 2.

¹⁸ WILLEMS, Emilio, op. cit., p. 13 e 15.

¹⁹ WILLEMS, Emilio, op. cit., p. 17.

1. Instituições familiares; formas de casamento; relações entre esposos, pais e filhos, filhos entre si; responsabilidades legais e sociais dos cônjuges; divórcio; sucessão; relações sexuais extra-nupciais; adultério; posição social de filhos naturais.
2. Relações sexuais entre pessoas solteiras.
3. Língua
4. Instituições educacionais; posição social das crianças, educação formal e informal.
5. Religião.
6. Superstições.
7. Mentalidade política; formas de subordinação e dominação.
8. Mentalidade econômica; formas de trabalho, de produção e de consumo.
9. Vestuário e enfeite.
10. Arte e Literatura.
11. Atividades recreativas; jogos, danças, esportes, festas.
12. Técnica; habilidades manuais e intelectuais. Habitações, utensílios e ferramentas²⁰.

Willems explica que estes elementos, sua mudança ou eliminação pelo contato de dois grupos culturais diversos, é o que se chama efetivamente de “aculturação”. Segundo Pozenato, quem emigra de um país para outro necessita selecionar o que manter e o que descartar de sua cultura original. E isto pode ocorrer por força das circunstâncias, como o emprego de novas práticas agrícolas: as que eram conhecidas não podem ser empregadas, como iniciar atividade de cultivo em floresta tropical, o que exigiria a adoção de novas técnicas²¹. Alguns imigrantes se reinventam no sentido de se adaptar ao novo meio, como pode ser observado na missiva de Paulo Rossato, imigrante que escreveu diversas cartas, no ano de 1884, à família que ficara na Itália. Eis o relato de Rossato sobre a preparação do terreno para plantio:

Cortar o bosque, ou o mato, como queiram, é feito da seguinte maneira: inicialmente toma-se uma foice de cabo comprido e cortam-se os caniços e as plantas pequenas. Caniços são aqueles cabos de sombrinhas que vêm de Valdagno, e que dizem aí serem de cana-de-açúcar. Depois, cortam-se todas as árvores maiores. E, depois de cortadas, deixam-nas lá por um mês, após o qual é posto fogo. Queimam-se as folhas, os caniços e os ramos mais finos. As toras menores e

²⁰ WILLEMS, Emílio, op. cit., p. 16 e 17.

²¹ POZENATO, José Clemente. A Cultura da Imigração italiana. In: MAESTRI, Mario; CARBONI, Florence. (Orgs.). *Raízes italianas do Rio Grande do Sul: 1875-1997*. Programa de Pós-Graduação em História UPF; Associazione Culturale Italiana Del RS; Universidade de Passo Fundo, 2000, p. 118.

os galhos são colocados em montes e queimados. Isto eu ainda tenho que fazer. Depois, semeia-se o trigo entre as toras, cobrindo-o com a enxada, e ele cresce sem que seja necessário outro trabalho²².

O detalhado comentário de Paulo demonstra que o processo para o plantio na nova morada era algo novo para ele, além que deve ter sido de extrema dificuldade, pois não comenta ter tirado as árvores maiores pela raiz o que leva a supor que o plantio foi feito entre os tocos das árvores derrubadas²³. Não se trata, todavia, de um relato lamurioso, mas sim de informação de quem está se adaptando ao novo meio, distinto do relato a seguir:

Nada mais tinha para ver além de mato, mato, floresta virgem. (...). Que fazer agora, para onde ir com nossas coisas? A floresta não nos podia acolher; nenhum passo se podia fazer dentro dela, ela era cerrada como um muro. (...). Ele [um amigo que os acompanhava] tomou um machado com formato de foice, afixado num cabo longo, escolheu uma árvore adequada à beira do mato e cortou a vegetação baixa em torno, cana e bambu. Meu marido e eu também pegamos firme no trabalho e uma hora depois estávamos sentados sob o teto fechado de um gigante da floresta, nossa primeira morada na mata virgem. Então [o amigo] se despediu. Meu marido acompanhou-o até uma parte do caminho. Quando ele voltou eu estava sentada sobre uma caixa embaixo da árvore, chorando. E mesmo que me custasse a vida eu não conseguiria reter as lágrimas²⁴.

Fica claro que para ambos os *escritores* a tarefa foi a mesma, mas a maneira como encararam foi diversa para os dois. Nem todos sentiram do mesmo modo a nova vida em terras brasileiras.

O psicólogo Sarriera salienta que a aculturação dos imigrantes é estabelecida por fatores econômicos e materiais, e isto acaba por determinar tipos de imigrantes. Há aquele que emigra para não voltar (qualquer lugar deve ser melhor), o que pensa em voltar assim que consiga juntar algum dinheiro (e consegue), um terceiro que também pretende juntar dinheiro e voltar (mas não consegue) e um último que tem planos idênticos aos dois anteriores, mas quando prospera econômica e socialmente decide pela permanência e integração na nova morada²⁵.

²² Carta de Paulo Rossato escrita em abril de 1884 apud DE BONI, Luis A. *La Mérica: escritos dos primeiros imigrantes italianos*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 1977, p. 35.

²³ “Apesar de muitos obterem ferramentas para o cultivo, como foice, facão, machado, serra e enxadão, a floresta que encontraram os obrigou a plantar entre tocos. Após o corte das árvores, as raízes permaneciam no chão e a demanda para retirá-las poderia ser extremamente demorada. Além dos tocos das árvores derrubadas, rochas que se espalhavam pelos terrenos, a miúdo, fizeram com que o colono fosse obrigado a plantar entre os espaços existentes, a mão, cavando como índio ou caboclo”. In: ROCHE, Jean. *A Colonização Alemã e o Rio Grande do Sul*. Vol. 1. Porto Alegre: Globo, 1969, p. 52, 53 e 269.

²⁴ Emilie Heinrichs, 1921, apud RENAUX, Maria Luíza. *O outro lado da História: o papel da mulher no vale do Itajaí 1850-1950*. Blumenau: FURB, 1995, p. 76. Esta carta foi escrita por uma mulher de ascendência alemã moradora em SC.

²⁵ SARRIERA, Jorge Castellá. et al. O processo de integração de imigrantes hispano-americanos: análises e perspectivas. *Psico*, Porto Alegre, v. 36, n. 1, jan./abr. 2005, p. 77.

Neste caso, a aculturação não pode ser encarada como bem sucedida por aqueles que querem retornar e, portanto, não pensam em uma integração ao novo meio. A aculturação, contato entre grupos distintos e que resulta em mudanças para ambos, segundo o psicólogo Berry, tem um ponto em comum: o grupo *não* dominante, o grupo minoritário, isto é, os imigrantes, é que acaba sofrendo um impacto maior²⁶. Todavia, é bom ressaltar que este processo (da imigração) não foi sentido da mesma forma por todos. Para alguns, jamais generalizar para todos os imigrantes, o impacto do novo pode inclusive afetar psicologicamente.

Sarriera e Berry fazem parte de uma corrente da Psicologia que tem por alvo pesquisa voltada para a observação dos não adaptados ao novo meio. Os conceitos expostos acima, *assimilação* e *aculturação*, tomam outra forma sob a ótica destes estudos. Em se tratando de grupos não dominantes (os imigrantes), quando os indivíduos *não* desejam manter sua herança cultural e procuram interagir com a cultura majoritária se dá *assimilação*; quando desejam manter sua cultura de origem e desejam evitar a interação com a cultura dominante têm-se a *separação*; quando ocorre interesse na conservação da cultura original e interage com outros grupos, é observada a *integração*; e por fim, quando não há interesse na manutenção da cultura original e pouco interesse na interação com a cultura majoritária (por exclusão ou discriminação) é possível observar a *marginalização*²⁷.

Estes conceitos geraram um modelo chamado bidimensional, no qual é possível visualizar o cruzamento de dois quesitos: a relação do imigrante frente à cultura majoritária e a relação do imigrante frente à sua própria cultura. Quando da existência de negativas, no que se refere a aceitação da cultura majoritária ou manutenção da cultura original, seria correto afirmar plausíveis dificuldades quanto à adaptação dos forasteiros:

Quadro 1 – “Reescrita” do modelo bidimensional

	Deseja manter a herança cultural de origem	
Deseja interagir com a cultura majoritária	SIM	NÃO
SIM	Integração	Assimilação
NÃO	Separação	Marginalização

²⁶ BERRY, John. Migração, aculturação e adaptação. In: DeBIAGGI, Sylvia Dantas; PAIVA, Geraldo José de. (Orgs.). *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 32.

²⁷ BERRY, John, op. cit., p. 34.

O Quadro 1 é uma simplificação do modelo explicativo chamado “bidimensional de aculturação”²⁸, formulado para dar conta e elucidar problemas gerados pelo processo de transição cultural. Como foi dito, quando há ao menos uma negativa, seja não querer manter a cultura original, seja não querer integração com o grupo majoritário, ou ambas, estas situações podem ser fonte de possíveis dificuldades futuras. Sarriera transcreve pesquisa feita junto a famílias de imigrantes, as quais passavam, geralmente, por três etapas distintas no processo de aculturação. Quando chega ao país, “*lua de mel*”, percebidas as dificuldades e barreiras discriminatórias, “*ira e raiva*”, e por fim, na tentativa de encontrar um equilíbrio entre as identidades de recepção e a de origem, “*a negociação e aceitação*”²⁹. Depreende-se então que os imigrantes que por ventura não conseguem concluir de modo positivo a última etapa, isto é, *negociação* e *aceitação*, poderiam estar vivendo uma *assimilação*, uma *separação* ou mesmo uma *marginalização* na nova terra.

A não adaptação do imigrante ao novo meio, pode ter origem num “estresse aculturativo”, gerado a partir de um “choque cultural” inicial, ou barreiras impostas, tais como a lida com um novo idioma, podendo ocasionar impacto na saúde mental³⁰. O “estresse aculturativo”, também conhecido por “estresse do imigrante”, advém de um esforço no sentido de se adaptar ao novo e diferente:

Todo processo migratório implica um componente de perda e outro de ganho, inerentes à troca que supõe deixar o local habitual de residência para deslocar-se a outro mais ou menos longe e diferente. Desta distância, tanto geográfica como, sobretudo cultural se deriva um conseqüente esforço de adaptação às condições de vida. Este esforço de adaptação pode ser definido como o “estresse do imigrante”. (...). O esforço de adaptação que implica este fenômeno é conhecido como estresse aculturativo³¹.

²⁸ SARRIERA, Jorge Castellá. Educação para a Integração entre Culturas e Povos: da Aculturação para o Multiculturalismo. In: SARRIERA, Jorge Castellá. (Org.). *Psicologia Comunitária: estudos atuais*. Porto Alegre: Sulina, 2000, p. 182. Extraída desta obra, o quadro original chamado de Modelo Bidimensional de aculturação (segundo Berry, 1980) pode ser visualizado abaixo:

	Dimensão 1 Considera que vem mantendo os valores de identidade cultural e suas características?	
Dimensão 2 Considera que vem mantendo relações com outros grupos?	Sim	Não
Sim	Integração	Assimilação
Não	Separação	Marginalização

Uma nova formulação foi feita por Berry para substituir uma das perguntas: “considera que você está adotando a identidade cultural da comunidade de acolhida?”, à página 182. Há um modelo mais complexo datado de 1997, à página 187, no entanto, a ideia original exposta acima e “reescrita” de forma mais simplificada, acredita-se, que permite visualizar melhor o que se propões nesta introdução.

²⁹ SARRIERA, Jorge Castellá, 2000, op. cit., p. 183. Estudo realizado em 1996, por Z. Araújo.

³⁰ SARRIERA, Jorge Castellá, 2005, op. cit., p. 76 e 78.

³¹ COLLAZOS, Francisco. et al. Estrés aculturativo y salud mental em La población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, Madrid, v. 29, n. 3, 2008, p. 310. Tradução da autora.

Igualmente para Coutinho et al., a imigração pode ter um impacto negativo na saúde mental dos indivíduos, sendo que o “período de aculturação (os primeiros três anos de residência no país de destino) representa sofrimento e stress”, uma vez que pode vivenciar situações tais como: “solidão, luta pela sobrevivência, pela alimentação, pela moradia; o medo, o sentimento de fracasso e o desalento quando as oportunidades não surgem”³². E em se tratando de tempo inferior de residência no novo país, de 1 a 3 anos, é possível afirmar que o imigrado sofra sensações equivalentes ao luto ou a incapacidade, aliados ao estresse e ao sofrimento³³.

As mudanças pelas quais o imigrante passa e que ocasionam o “estresse aculturativo”, estão diretamente relacionadas com questões identitárias, e a pessoa que suporta tal situação pode vivenciar uma sobrecarga de agentes estressores que venham a exceder seus recursos adaptativos. Em outras palavras, a má adaptação ao novo país teria por consequência a predisposição a distúrbios mentais³⁴.

Contudo, se levar em conta dados registrados por De Boni e Costa, que informam que os loucos eram em maior número entre os imigrantes, em número “4 vezes maior do que entre os nativos”³⁵, corre-se o risco de generalizações, de afirmar que os desajustados eram em maior número dos que os nativos no HSP.

Aspecto importante a ser destacado é a relação dos conceitos acima com o termo *identidade*, nome dado pela Psicologia ao “processo de construção de um sujeito, que lhe permite apresentar-se ao mundo e reconhecer-se como alguém único”³⁶, pois, possíveis desajustes oriundos de um estresse aculturativo colocaria em cheque a “identidade” do sujeito emigrado.

A identidade pode ser assim resumida de forma simplificada:

As identidades são marcadas pela diferença e pela formulação de símbolos que as identifiquem. (...). Uma forma de se vestir, de se comportar, uma linguagem específica, pode simbolizar a adesão a um determinado processo de identificação, gerando fidelidades e lealdades a um determinado grupo, mas também o afastamento de outros setores sociais³⁷.

³² COUTINHO, Maria da P. L.; RODRIGUES, Ieda F.; RAMOS, Natália. Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional. *Psico*, Porto Alegre, v. 43, n. 3, jul/set 2012, p. 402 e 403.

³³ COUTINHO, Maria da P. L. et al., op. cit., p. 406.

³⁴ VON MÜHLEN, Bruna K.; DEWES, Diego; LEITE, José C. Stress e processo de adaptação em pessoas que mudam de país: uma revisão da literatura. *Ciência em Movimento*, Porto Alegre, Ano XII, n. 24, 2010/2, p. 61.

³⁵ DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio, 1979, op. cit., p. 106.

³⁶ BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes. *Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 203.

³⁷ GONÇALVES, Ana Teresa M.; ROCHA, Leandro Mendes. Identidades e etnicidades: conceitos e preceitos. In: SILVA, Gilvan Ventura da; NADER, Maria Beatriz; FRANCO, Sebastião Pimentel. (Orgs.). *As identidades no tempo: ensaios de gênero, etnia e religião*. Vitória/ES: EDUFES, 2006, p. 12.

Todavia, a identidade é mais complexa do que assumir padrões de comportamento e mostrar que faz parte de um determinado meio cultural, pois as pessoas são múltiplas, e portanto, a identidade é plural, o que implica que ela identifica mais de um sujeito: filho(a), marido(esposa), irmão(ã), trabalhador(a), etc.³⁸. Neste caso fala-se de “identidade individual”.

Quando a noção de identidade sugere critérios de pertencimento (mesmos hábitos alimentares, costumes ligados ao casamento, divisão do trabalho, etc.) que incluem elementos culturais e sociais que remetem a um passado comum³⁹, fala-se em “identidade coletiva”.

Para o imigrante que atravessa o oceano, não ocorre apenas uma mudança de endereço⁴⁰, mas uma transformação na vida que conhece. Estas modificações acontecerão sem que o emigrado tenha tido qualquer preparo anterior, gerando um “estresse psicológico inerente a mudanças, [o que] torna o imigrante particularmente vulnerável aos riscos de morbidade diferencial em seu novo ambiente”⁴¹.

A identidade coletiva, especificamente dos que migram, está estreitamente ligada a questões pertinentes à identidade étnica. Segundo Poutignat, a criação do conceito remonta ao século XIX, e confundia-se com ideias que se tinha de povo, raça ou nação. Cita então três estudiosos que definiram à sua maneira o sentido da terminologia. Vacher de Lapouge (1896), diz que o homem estaria submetido antes de tudo a uma “seleção social”, e não deveria ser feita confusão entre raça e etnia: o primeiro termo é associado a características morfológicas (altura, índice cefálico, etc.), e o segundo “formado a partir de laços, intelectuais, como a cultura ou a língua”⁴². Renan (1887) contribuiu no sentido de agregar o critério objetivo de pertença nacional (fatores etnográficos, geográficos ou linguísticos) com critérios subjetivos de desejo, vontade e consentimento. Por fim, Weber (1921) identifica os grupos étnicos como aqueles que alimentam “uma crença subjetiva em uma comunidade de origem fundada nas semelhanças de aparência externa ou dos costumes, ou dos dois, ou nas lembranças da colonização ou da migração”, sendo que a língua e a religião desempenhariam papel importante⁴³. Para Poutignat, em suma:

A identidade étnica (a crença na vida em comum étnica) constrói-se a partir da diferença. A atração entre aqueles que se sentem como de uma mesma espécie é indissociável da repulsa

³⁸ GONÇALVES, Ana Teresa; ROCHA, Leandro, op. cit., p. 12.

³⁹ SEYFERTH, Giralda. Identidade étnica, assimilação e cidadania: a imigração alemã e o Estado Brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n. 26, 1994. Texto extraído da internet, sem numeração de páginas. Disponível em: <http://www.igt.f.usp.br/wp-content/uploads/2012/10/IDENTIDADE-%C3%89TNICA.pdf>, acesso em 2012.

⁴⁰ PIZZINATO, Adolfo; SARRIERA, Jorge Castellá; MENESES, Maria Piedad Rangel. Aspectos psicossociais da imigração familiar na grande Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*. v. 10, n. 001, (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), 2005, p. 6.

⁴¹ PIZZINATO et al., op. cit., p. 6.

⁴² POUTIGNAT, Philippe. *Teorias da Etnicidade: seguido de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth*. 2. ed. São Paulo: Unesp, 2011, p. 33 e 34. Entre parênteses a data da escrita da obra do teórico mencionado.

⁴³ POUTIGNAT, Philippe, op. cit., p. 35 a 38. Entre parênteses a data da escrita das obras dos teóricos mencionados.

diante daqueles que são percebidos como estrangeiros. Esta ideia implica que não é o isolamento que cria a consciência de pertença, mas, ao contrário, a comunicação das diferenças das quais os indivíduos se apropriam para estabelecer fronteiras étnicas⁴⁴.

É possível dizer que devido a um *choque cultural* experimentado pelo imigrante quando entra em contato com o novo, vivencia um *estresse* que pode impedir *aculturação* proveitosa. A ausência de aculturação sadia ocorre quando o imigrante convive com o diferente e não o aceita. Neste caso a existência de grupo étnico (comunidade) na nova terra, sustentado através de laços culturais, tais como religião e língua, que acolhe os recém chegados seria uma forma de auxiliar o imigrante.

Constantino informa serem os grupos psicossociais “divididos em três categorias: as multidões, as massas e as comunidades”⁴⁵. As comunidades podem ser identificadas por possuírem projeto comum, laços ideológicos, estabilidade e normas de coexistência, características que a autora atribui ao grupo de italianos em Porto Alegre, com permanência temporal e elementos que se entrelaçam por compadrio⁴⁶. No interior do Estado do RS, a observação de comunidades é verificada através da manutenção de idioma e religião, que promove a coesão de todos.

Portanto, quando se fala de crise identitária, entende-se que não se trata de um grupo em contato com outro grupo, não se trata de uma crise coletiva, ela é sentida individualmente. Mesmo cercado por comunidade que acolhe e auxilia, o indivíduo ainda assim tem dificuldades de adaptação.

Nos casos mais favoráveis, há a doença da alma: logo o emigrado se sentirá só, e o solitário é um infeliz, um desgraçado, um rejeitado. A lembrança da família, dos amigos, da cidadezinha natal, é o incubo ou o vampiro da sua alma: o coração se atormenta ao sentir-se vazio, e o vazio do coração é a mais opressora das enfermidades: depois vem o suplício e a dor inenarrável de descer e subir escadas alheias. Logo os sonhos de felicidade se esfrangalham na realidade de cruéis desilusões, se acumulam todas as angústias do exílio e a mágoa da pátria longínqua⁴⁷.

O texto acima é de escritor italiano que em 1885 já exemplificava o que é de conhecimento da psiquiatria hoje, que a alienação mental pode ser provocada pela nostalgia⁴⁸. Mais uma vez se

⁴⁴ POUTIGNAT, Philippe, op. cit., p. 40.

⁴⁵ CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *O italiano da esquina: imigrantes meridionais na sociedade porto-alegrense*. Porto Alegre: EST edições, 2008, p. 41.

⁴⁶ CONSTANTINO, Núncia Santoro de, op. cit., p. 41. Goffman em *Espressione e identità*, acrescenta que “um grupo social pode ser definido como um tipo particular de organização social. Os seus elementos são formados por indivíduos que percebem a organização como uma unidade coletiva distinta, (...): tendo senso de pertença, (...) mantendo sentimentos de hostilidade em relação a grupos externos”. GOFFMAN, Erving. *Espressione e identità*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1979, p. 5.

⁴⁷ IANNI, Constantino, op. cit., p. 108 e 109.

⁴⁸ IANNI, Constantino, op. cit., p. 109.

ênfatisa: trata-se de choque cultural, de estresse individual e não coletivo (no caso, grupo de etnia italiana).

Outro aspecto é que problemas relacionados à identidade não estão necessariamente atrelados à situação econômica. É o indivíduo que não conseguiu se adaptar, seja ele rico ou pobre, que não conseguiu se acomodar ao novo (e o exemplo abaixo demonstra bem isto). Seria um equívoco apontar a miséria como causadora para possíveis problemas identitários, estes estão aquém de problemas sócio-econômicos (embora eles possam contribuir). Não foi fortuita a escolha do título *Homens sem paz* por Constantino Ianni:

Há uns trinta e poucos anos, um comerciante italiano bem estabelecido no centro de São Paulo ia frequentemente à Itália. Vivia nesse vaivém. Um dia, um seu amigo (...) observou-lhe: Mas não pensa na velhice. Nesse vaivém você gasta tudo o que ganha. O emigrado comerciante respondeu: o problema é quando estou em São Paulo quero ir à Itália. Chego na Itália e depois de pouco tempo tenho saudade do Brasil quero voltar. Eis o que me fez a emigração: me destruiu a paz⁴⁹.

Núncia Constantino comenta que abandonar o discurso miserabilista acerca do imigrante italiano é possibilitar perceber que ocorreram mecanismos de adaptação para a construção da identidade, de uma nova identidade, tratando-se de uma reinvenção para fazer frente à realidade que já não era a mesma de outrora⁵⁰. Isto faz com que ocorra a reflexão de que muitos dos imigrantes, mesmo diante do diferente conseguiram desenvolver mecanismos que os levassem à reconstrução de uma nova identidade, adaptada ao novo meio. Se existiram, porém, os que se adaptaram encontrando mecanismos de adequação, também existiram aqueles que não o conseguiram, levando-se a crer que este processo de falta de ajustamento frente ao novo possa ter contribuído para internamentos de italianos no São Pedro em Porto Alegre.

Mas afinal *quem é esse imigrante italiano?* A necessidade descritiva sobre os imigrantes à época em que encetaram a imigração tem relação direta com a questão identitária, que sendo um construto intelectual, tem história e merece, portanto, contextualização. E esta construção passa necessariamente pela escrita histórica acerca desta temática.

Núncia Constantino, quando se refere à historiografia rio-grandense afirma que apenas em 1925 surgirá pela primeira vez uma narrativa de cunho histórico sobre a imigração italiana. Restringia-se, no entanto, a grandes vultos como Garibaldi, ou estudos que idealizavam os imigrantes e auxiliavam na criação de mitos. Na década de 70 apareceria

⁴⁹ IANNI, Constantino, op. cit., p. 111.

⁵⁰ CONSTANTINO, Núncia Santoro de. Italianidade (s): imigrantes no Brasil Meridional. In: MAESTRI, Mario; CARBONI, Florence (Orgs.). *Raízes italianas do Rio Grande do Sul: 1875-1997*. Programa de Pós-Graduação em História UPF; Associazione Culturale Italiana Del RS; Universidade de Passo Fundo, 2000, p. 68.

uma reação à velha historiografia: uma curiosa forma de materialismo histórico. Costumo afirmar que à historiografia *laudatória* sucedeu aquela *miserabilista*, que não eram excludentes, sobretudo porque sempre laudatórias. Então não se louvava mais as lideranças, mas as miseráveis massas sem rosto, pasteurizadas na opressão, imponentes contra os poderosos⁵¹ (grifos da autora).

Esta historiografia citada pela autora, ainda que falha, permitiria acesso às causas da emigração da Itália e imigração no Brasil, embora ocorresse sob uma ótica estritamente marxista, na qual o econômico é supervalorizado em detrimento do indivíduo. Aspectos tais como a Unificação Italiana, que auxiliou no deslocamento de grande contingente humano para a América, bem como a necessidade de mão de obra para substituir o braço escravo no Brasil, na lavoura, são destacados como motivações para a grande emigração/imigração⁵². Em se tratando do Rio Grande do Sul, a necessidade de preencher/ocupar “espaços vazios” fará com que a pequena propriedade doada ou vendida aos imigrantes torne grande parte destes estrangeiros proprietários⁵³.

Este quadro levou à afirmação de que “a característica essencial da imigração no sul do Brasil foi seu destino profissional, praticamente unívoco: embora não faltassem indivíduos que, não tendo direito à terra, exerciam atividades artesanais, 95% se dedicavam a agricultura”. Este pré-conceito quanto à origem profissional dos imigrantes italianos gerou distorções na fala de autoridades:

Mas há ainda outra variedade desses emigrantes, que só veio para o Brasil por curiosidade ou por falta do que fazer, se não por motivos piores. Eles, que se dizem homens de letras, jornalistas, professores, não sabem ou não querem submeter-se aos trabalhos manuais dos quais poderiam tirar seu sustento⁵⁴.

A historiografia que aponta motivações para a emigração/imigração contrasta com uma significativa produção literária com a finalidade de resgatar aspectos da identidade do imigrante italiano. Esta produção assumiu “muitas vezes uma postura de apologia em relação ao imigrante e aos seus descendentes apresentando-os de forma homogênea e idealizada”, e ao enaltecer o sucesso de muitos, ocultou, ao mesmo tempo, inúmeros fracassos⁵⁵.

⁵¹ CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *Estudos de imigração italiana: tendências historiográficas no Brasil meridional*. 2012 (?). Material impresso gentilmente cedido pela autora.

⁵² A bibliografia que trata do tema é farta, citam-se apenas alguns títulos: IANNI, Constantino. *Homens sem Paz*. Os conflitos e os bastidores da imigração italiana. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.; PRADO JR, Caio. *História Econômica do Brasil*. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1961. ; GIRON, Loraine Slomp. *A imigração italiana no RS: fatores determinantes*. In: LANDO, Aldair (org.). *RS: Imigração e Colonização*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980.; PETRONE, Maria Thereza Schorer. *O Imigrante e a pequena propriedade: 1824-1930*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

⁵³ BEIGUELMAN, Paula. *A crise do escravismo e a grande imigração*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

⁵⁴ TRENTO, op. cit., p. 97, 98. O autor revela que o responsável por este discurso pode ter sido o próprio cônsul.

⁵⁵ BIAVASCHI, Márcio Alex Cordeiro. *Relações de poder coronelistas na Região Colonial Italiana do Rio Grande do Sul durante o período borgista (1903-1928)*. 2011. (Doutorado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-Graduação em História, PUCRS, Porto Alegre, 2011, p. 49 e 63.

O que chama a atenção é que não se trata apenas de resgate histórico, mas uma tentativa de reforçar uma identidade étnica, com longas recordações, muitas oriundas de relatos apreendidos sob uma rudimentar história oral sem rigor metodológico. Percebe-se esta situação na obra *Entre o passado e o desencanto*⁵⁶, na qual De Boni, valendo-se de entrevista pré-formulada, busca informações junto a imigrantes e seus descendentes. As perguntas, separadas por conjuntos homogêneos, fazem com que se intua como os autores gostariam que os italianos fossem percebidos pelos leitores, pois tão interessante quanto as respostas é a condução da própria entrevista⁵⁷. No total, foram 34 entrevistados, mas há perguntas em que só um depoente responde. Alguns exemplos:

Sobre a residência:

Trabalhou pessoalmente na construção de sua moradia?; Serrou madeira no estaleiro?; Fabricou tijolos?; Quem construiu as camas da família?

Os autores evidenciam o imigrante trabalhador, e a diversidade das tarefas faz com que o leitor intua o quão esforçado é o imigrante.

Tirava água do poço? Quando teve água encanada?; Havia latrina em casa? Desde quando com encanamento?; Quando teve em casa água encanada? (repete); Quando chegou luz elétrica?; Sempre teve pratos de louça?

Neste conjunto, destacam as dificuldades, inúmeras, pelas quais passaram os pioneiros nos primeiros tempos.

Sobre a alimentação

Tomava vinho em todas as refeições?; O vinho era feito ou comprado?; Quantos hectares ocupava o parreiral?

Apenas um entrevistado respondeu que tinha parreiral, isto é, de 34 entrevistados, apenas um era produtor de vinho, 3 tomavam vinho todas as refeições e quatro responderam que faziam o vinho

⁵⁶ DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério. *Entre o passado e o desencanto: entrevistas com imigrantes italianos e seus descendentes no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias, Editora da Universidade de Caxias do Sul, 1983.

⁵⁷ Biavaschi afirma que *muitas destas representações assumiram status de memória comunitária sendo, posteriormente, reelaboradas e divulgadas por estudos historiográficos transformaram-se em verdades pretensamente indiscutíveis*. BIAVASCHI, Márcio Alex Cordeiro, op. cit., p. 50.

em casa. A ideia de que *todos* fossem produtores de vinho, e *todos* fossem consumidores ativos da bebida ficava registrada⁵⁸.

Os imigrantes são identificados como italianos pelos de fora do grupo, uma vez que não se tratava de um grupo monolítico culturalmente. Ribeiro conta que um filho de imigrantes identificava assim a família: “meu pai era vicentino e minha mãe, uma milanesa. Falavam línguas diferentes. Meu pai dizia ‘secier’ para a pia, mas minha mãe dizia ‘lavandin’. Nossos vizinhos eram tirolezes e mantuanos”⁵⁹.

Este pequeno trecho consegue imprimir a dimensão das diferenças que não foram ressaltadas nas entrevistas da obra *Entre o passado e o desencanto*. Os autores De Boni e Gomes, em algumas passagens, imprimiram ao grupo de imigrantes um identidade conjunta única. Não foi perguntado o que era servido para beber nas refeições, ocorreu a indução de que o vinho era a bebida principal. O leitor percebe um costume de alguns entrevistados como sendo hábito de todo um grupo. Igualmente não foi dado ao leitor a oportunidade de perceber que poderia haver italianos que não trabalhavam “muito” e imigrantes que talvez tenham passado menos problemas (caso da ausência da água encanada).

Este tipo de literatura, reforçada ao longo dos anos, ajudou a moldar, a construir um imigrante idealizado: trabalhador, esforçado (fazia de tudo um pouco), que passou dificuldades e trouxe consigo hábitos não corriqueiros no Brasil (caso do vinho). Todas estas situações (e muitas outras) existiram, mas... não se pode generalizar, não se pode tratar os imigrantes como um bloco monolítico. Deixa-se de lado uma historiografia laudatória voltada para heróis, esquiva-se de uma historiografia calcada no econômico e desemboca-se numa pretensa escrita histórica marcada pela construção de um personagem unívoco.

Quando se percebe que nem todos tiveram os mesmos costumes, as mesmas visões de mundo, não se adequaram ao novo de forma idêntica, então é possível falar de imigrantes que ficaram à margem. Não devido à miséria econômica, mas às dificuldades de se reconstruírem diante do diferente. É necessário ser desconstruída a percepção (tão bem fundamentada) de que todos eram iguais, e que a identidade com o grupo que se formava na nova terra era automática.

⁵⁸ A condução das entrevistas não tira da obra a força do documento como história oral. Desta feita, será ela utilizada em trechos da tese, como fonte primária.

⁵⁹ RIBEIRO, Cleodes Maria Piazza. A Construção da identidade na cultura da imigração italiana no Rio Grande do Sul. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). *Imigração e fundações*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000, p. 54.

Mas questões identitárias não abrangem apenas o que é relativo aos estrangeiros, aos imigrantes. Os italianos que para o Brasil vieram trouxeram na bagagem uma diferença milenar que mesmo os estudiosos da aculturação e identidade/etnicidade esqueceram: a questão do gênero⁶⁰.

Se foi construída uma identidade única para os imigrantes, esta criação diz respeito apenas a traços culturais do grupo no conjunto, não às diferenças individuais e tampouco às de gênero. Obras de Costa e De Boni trazem relatos sobre costumes ligados à condição feminina, mas deixaram à margem possíveis rebeldias e descompassos: aparecem a mulher trabalhadora, mãe, esposa e filha. A mulher é apenas mais um membro do grupo.

Enfim, o trabalho que segue nas próximas páginas procura dar conta de imigrantes que estiveram internados no Hospício São Pedro. Parte-se da possibilidade de que problemas oriundos do processo emigratório/imigratório podem sim, ter contribuído para tanto.

⁶⁰ A questão do gênero será explorada no capítulo 4, *A loucura inscrita no corpo feminino*.

1 CONCEITOS PARA UMA ESCRITA HISTÓRICA QUE CONTEMPLE A LOUCURA

A contagem, nem a restituição dos fatos mórbidos no tempo, não é suficiente para fazer (...) [da doença] um objeto histórico⁶¹.

O “corpo” não pode ser tratado pelo historiador, simplesmente como biológico, mas deve ser encarado como mediado por sistemas de sinais culturais⁶².

(...) é (...) fato incontestado de que o objeto das Ciências Sociais é *histórico*. Significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visões de mundo são provisórios, passageiros, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado.

(...) as ciências sociais, (...) estão submetidas às grandes questões de nossa época e têm seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social. Portanto, tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico (palavra histórico, grifada pela autora)⁶³.

Introdução

Os conceitos que ora embasam esta pesquisa estão indelevelmente ligados à postura da pesquisadora. Não se trata de valorizar este ou aquele teórico, de insistir em considerações que talvez possam inclusive estar ultrapassadas. Na realidade, a escolha pelos conceitos que serão expostos a seguir, é fruto de uma postura pessoal da historiadora, que vivenciando seu tempo histórico, entende que eles respondem a seus questionamentos de investigadora do passado.

⁶¹ REVEL, Jacques; PETER, Jean-Piere. O Corpo. In: LE GOFF, Jacques. *História: Novos Objetos*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976, p. 142.

⁶² PORTER, Roy. História do Corpo. In: BURKE, Peter. *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1995, p. 308.

⁶³ MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994, p. 20-21.

O entendimento da loucura enclausurada no Hospício⁶⁴ São Pedro no início do século XX, tradução da exclusão de comportamentos indesejáveis, só é possível quando se percebe que a cultura de uma época determinava que diagnósticos ligados a embriaguez e epilepsia eram sinônimos de distúrbios mentais. Buscar os caminhos da loucura junto à História é observá-la de forma distinta da percepção médica, fazendo-se necessário determinar uma rede de conceitos que melhor orientem a apreensão de dados/informações das fontes médicas.

Para a observação tanto dos internos do Hospício São Pedro quanto da própria instituição, idéias de “exclusão/integração”, “poder institucional”, “instituição total”, “discurso médico”, “poder/saber/verdade médico” e “controle simbólico”⁶⁵ são pontos de partida para uma escrita histórica. É sobre a relação destes conceitos com a documentação que será manipulada para esta tese (prontuários médicos de um hospício, o Hospício São Pedro, e Relatórios ao Presidente do Estado do RS) que trata o presente capítulo.

São objetivos desta etapa do trabalho:

- expor o conceito de *exclusão/integração* proposto por Basaglia;
- expor os conceitos de *instituição total* e *mortificação do eu* propostos por Goffman;
- expor as características do conceito de *discurso médico*, bem como aspectos do *poder normalizador*, *poder/saber*, *saber/verdade* segundo Foucault;
- expor o conceito de *poder simbólico* proposto por Bernstein;

O espaço de “tempo” utilizado para demarcar o trabalho está circunscrito para o período definido entre 1900 e 1925. Serão também utilizados Relatórios confeccionados antes desta data, para tratar sobre os primórdios do HSP. Quanto aos prontuários médicos do Hospício São Pedro, serão utilizados aqueles em que *a primeira internação tenha ocorrido na faixa de tempo acima*

⁶⁴ O marco cronológico final para este trabalho, o ano de 1925, marca a mudança do nome da instituição para Hospital São Pedro. Portanto, a utilização da nomenclatura Hospício São Pedro é condicionada a uma época histórica: ao menos até 1925 a instituição se autodenominava hospício. Não cabe aqui utilizar eufemismos tais como Hospital Psiquiátrico ou Hospital São Pedro, pois embora as últimas denominações façam parte de uma linguagem politicamente correta, seria ela anacrônica: os loucos (não doentes mentais) eram encaminhados ao hospício (não hospital), no período citado, a ser analisado.

⁶⁵ Uma vez que a autora desta tese, desconhece o funcionamento de estabelecimentos que visam o trato de doentes mentais, lançou mão de conceitos de autores consagrados, tais como Goffman, Basaglia e Foucault. A escrita destes teóricos não pode ser entendida como pré-conceituosa, leviana ou desqualificada: dois deles tiveram conhecimento do funcionamento de instituições para doentes mentais *in loco*.

mencionada, significando que as anotações feitas nos prontuários, anotações registradas após este período, também serão contempladas.

Ao longo do texto serão utilizadas as seguintes nomenclaturas: “HSP” para Hospício São Pedro, “PHSP” para prontuário do Hospício São Pedro, “RSCM” para Relatório da Santa Casa de Misericórdia e “RSIE” para Relatório da Secretaria do Interior e Exterior.

1.1 Exclusão/integração

Franca Basaglia⁶⁶, ao explicar os caminhos da exclusão ao longo da História, registra a possibilidade da coexistência da exclusão simultaneamente com a integração, e nunca está ela apartada de um determinado contexto sócio/econômico: exclusão acaba tendo equivalência a relações de dominação social e econômica.

Neste primeiro texto, a autora inicia com a narrativa bíblica acerca de Caim e Abel. O primeiro mata o segundo por ter sido sua oferenda desprezada por Deus, e só na morte/exclusão do irmão enxerga sua sobrevivência. Nesta história/mito, a morte foi a única forma encontrada de excluir, de eliminar o outro, o diferente, o inoportuno. Ao contrário desta narrativa bíblica, ao longo da história⁶⁷ da humanidade, a exclusão não virá sempre acompanhada da eliminação: nuança como a exclusão associada à integração estará presente. A morte então passa a ser metafórica: a exclusão significa, para o excluído, não ter os mesmos direitos de determinadas parcelas da sociedade.

Embora a morte física continue ao longo dos séculos, ela adquire caráter temporário (como por exemplo: nas guerras, invasões, genocídios, etc.), e é observada junto a um grupo em confronto com outro. Interessam aqui as exclusões ocorridas dentro de um mesmo agrupamento e que divide um mesmo espaço físico. Quando do surgimento dos primeiros grupos sociais, aparecerá a figura do chefe, que comanda e defende os integrantes do grupo da ameaça externa:

(...) é a existência do chefe – e portanto, do poder de um sobre os outros – que começa a criar a exclusão no interior do grupo, em nome da sua própria organização e integração. O chefe – aquele que mata o inimigo – exclui os outros do poder, e, contudo o poder que este exerce está

⁶⁶ BASAGLIA, Franca Ongaro. Exclusão/Integração. In: RUGGIERO, Romano. *Enciclopédia Einaudi*. v. 23. Inconsciente – Normal/Anormal. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1994. Salienta-se que são “dois” Basaglia, se trata não de um, mas de dois autores. Franco Basaglia (falecido em 1980), psiquiatra italiano, responsável pelo movimento que ficou conhecido por antipsiquiatria, desposou Franca Ongaro (falecida em 2005), que passou a assinar Basaglia após o matrimônio. Ocorre que os textos dos quais são retirados determinados conceitos são escritos ou por Franco, ou por Franca ou por ambos, numa quase simbiose de idéias.

⁶⁷ A história de Caim e Abel, revestida de simbologia religiosa não pode ser creditada como narrativa histórica, está mais para mito do que para apreensão da realidade de fatos ocorridos.

ainda no interior dos interesses e dos valores partilhados pelo grupo, que se reconhece e se identifica com aquele que mata para o defender⁶⁸.

Esta identificação do grupo com aquele que mata para defender, faz parte do princípio da fundação de normas e valores que norteiam a conduta da comunidade. O chefe exclui o que não é pertinente, o que causa problemas, e, em troca, tem o endosso do coletivo para seus atos. Organizar-se-iam assim as primeiras formas de poder.

A autora enumera processos de exclusão, quando da intensificação da complexidade das relações sociais ao longo dos séculos. Na relação servo/senhor, inscrita na Idade Média, tem-se o fenômeno exclusão/integração em prol do funcionamento do corpo social. O servo, que trabalha para o senhor, é excluído do poder, mas o senhor também trabalha para o servo, uma vez que assume a sua defesa do perigo externo, promovendo assim uma reciprocidade. A instituição do direito divino, em período posterior, será vista como natural, assim como a exclusão do povo que acata esta situação: “miséria e penúria fazem parte de sua natureza, como riqueza e requinte fazem parte da natureza de quem manda”⁶⁹. Até os que hipoteticamente estariam isentos de promover exclusão a realizam. Os intermediários da palavra divina, aqui especificamente na religião judaico-cristã, têm o poder de excluir o pecador de uma relação direta com a divindade e mantê-lo impotente quanto aos rumos (desconhecidos) de sua sorte, e fazem isto se utilizando de um estratagema cruel: a culpa.

Estas técnicas de exclusão/integração mostram como o domínio do homem sobre o homem se vai afinando (...). A conservação do domínio funda-se, pois, na contínua busca de instrumentos de manipulação que produzam o anulamento da contradição representada por quem pretende excluir ou dominar, mas – ao mesmo tempo – a adesão do excluído a sua exclusão⁷⁰.

Com a promessa de uma igualdade entre todos, que ocorrerá principalmente na Revolução Francesa, e a estruturação do Estado moderno, o processo de exclusão se apresentará sob outro prisma. Como excluir se todos são iguais? É necessário que se entenda que os excluídos do poder estão integrados à exploração, portanto a norma que dita a igualdade é o trabalho: aquele que produz pode ser integrado ao social. Os que não são absorvidos como força de trabalho serão também integrados, só que em instituições de exclusão. Desta forma, todos continuam iguais, todos fazem parte da sociedade, só que alguns são *menos iguais*.

quem não entra nesta categoria porque a sociedade (...) não quer o seu trabalho, ou porque não pode trabalhar ao ritmo e de maneira requerida, será absorvido (integrado) nas instituições de exclusão. É neste momento que começa a tomar corpo a ambigüidade do termo ‘integração’

⁶⁸ BASAGLIA, Franca Ongaro, op. cit., p. 325.

⁶⁹ BASAGLIA, Franca Ongaro, op. cit., p. 326 e 327.

⁷⁰ BASAGLIA, Franca Ongaro, op. cit., p. 329.

(...). Ambigüidade que tornará mais difícil ao próprio excluído/integrado dar conta do processo de manipulação e de expropriação de que é objeto, em nome da integridade de quem o manipula e expropria, porque esta operação passa por uma parcial ou aparente resposta às suas necessidades: o trabalho e o salário, por um lado, e as instituições da tutela, da assistência e da punição, por outro⁷¹.

Existe a manipulação de um grupo (excluídos) feita por alguns (integrados à normalidade) que pretendem sua própria integridade, seu próprio benefício. Segundo Almeida, do ponto de vista dos integrados, os excluídos tendem a ser avaliados com medo, com pena, ou com a combinação dos dois sentimentos⁷².

Em fins do século XVIII e início do século XIX, surgiram “disciplinas humanas e sociais como a psiquiatria, a pedagogia, a criminologia”⁷³, que auxiliarão a fomentar a diversidade relativa a uma *norma*, e o indivíduo portador de uma anormalidade ou que incorre em desvio quanto à conduta é reduzido a um dado natural, isto é, comportamentos não aceitos sempre foram rejeitados como tais. Seria uma forma de desresponsabilizar a sociedade, transferindo para o indivíduo a culpa (como sendo só sua) de ser diferente. Não é o meio que o torna diverso, mas sua natureza, que precisa ser tratada, recuperada. A coletividade isola o desviante para melhor controlá-lo.

É neste sentido que o termo ‘integração’ assume a conotação de recuperação, reabilitação, reabsorção numa totalidade cuja integridade é garantida pela localização precisa e o controle seguro daquilo que se exclui/integra: o processo de exclusão/integração traduz-se, de fato, num processo constante e legitimado de repressão⁷⁴.

O espaço que abriga os loucos, se por um lado os exclui da sociedade, por outro, teoricamente, os integra sob forma de pretensa recuperação, no entanto, nada mais é do que uma forma de reprimir comportamentos indevidos. Para Costa, a Psiquiatria que nasce no século XIX, surge para disciplinar o corpo, com o intuito de criar um sujeito “apto a submeter-se às exigências econômicas, sociais e políticas da sociedade europeia daquele século”⁷⁵.

Para abordar o conceito de exclusão/integração focando o Hospício São Pedro, pareceu apropriado recortar alguns trechos dos Relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e de Relatórios da Secretaria do Interior e Exterior.

Em 1867, o RSCM informa sobre os alienados:

⁷¹ BASAGLIA, Franca Ongaro, op. cit., p. 331.

⁷² ALMEIDA, João Ferreira. Integração social e exclusão social: algumas questões. *Análise Social*, Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, vol. XXVIII (4º e 5º), 1993, p. 830. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223292685C6oHU6bm4Iv42AH9.pdf>, acesso em 24 de janeiro de 2013.

⁷³ BASAGLIA, Franca Ongaro, op. cit., p. 333.

⁷⁴ BASAGLIA, Franca Ongaro, op. cit., p. 335.

⁷⁵ COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Documentário, s/d, p. 10.

Asilo de alienados de ambos os sexos

Estes dois asilos tiveram as limpezas precisas, além das amiudadas que durante o ano é preciso ser feita, pois os infelizes que neles habitam, muito os enxovalham e estragam (...). Os alienados de ambos os sexos são velados cuidadosamente, lavados todas as semanas, cortados os cabelos e mudadas as roupas amiudadas vezes para a conservação do seu necessário asseio, estando entregue aos cuidados dos seus bons enfermeiros⁷⁶.

O relatório acima informa como são cuidados os alienados que, na ausência de uma instituição própria para este fim, acabam absorvidos pela caridade. Não existe preocupação com tratamento da loucura, e a fala registra a bondade cristã em cuidar (não tratar) de pessoas que dependem exclusivamente da boa vontade e da caridade, como acontecia nas instituições similares. Já em 1872, mantendo a mesma linha de informação, acrescenta que são muitas as despesas que os alienados representam para a Santa Casa de Misericórdia:

Asilo de alienados de ambos os sexos

O asilo continua repleto de alienados de ambos os sexos e se maior fosse não chegaria para tantos infelizes, pois de todas as partes da província se reclama a entrada de novos. É este o maior ônus que pesa sobre a Santa Casa, tão desprotegida e abandonada a seus escassos recursos, cuja receita repito, já não alcança as avultadas despesas que é obrigada a fazer. Estes pensionistas vitalícios, são os mais pesados para o pio estabelecimento pelas despesas que fazem, e o incômodo que dão⁷⁷.

Este relatório emite um parecer de como os doentes mentais eram tratados antes do advento da psiquiatria. São “pensionistas vitalícios”, uma vez que não há preocupação com cura, mas apenas de retirar do meio público os que incomodam. Ao longo de diversos relatórios, há informações de que seria a Santa Casa de Misericórdia que iniciaria uma luta pela construção de um espaço para receber os alienados⁷⁸:

(...) porém a Divina Providência a quem a Santa Casa só deve sua conservação vela por eles, e pelos indigentes que procuram este pio estabelecimento, onde encontram lenitivo às suas dores e a seus males⁷⁹.

(...) existe na cadeia civil desta capital por não poderem ser recolhidos a este Estabelecimento 14 desses infelizes, remetidos de diversos pontos da província!! (duplo ponto de exclamação no Relatório)⁸⁰.

Aqui aparece novamente o endosso da caridade como forma de auxílio aos doentes mentais. A Santa Casa entende que se tratava apenas de um “lenitivo” ao trato do doente mental, além de

⁷⁶ RSCM de 1867, p. 10 e 12.

⁷⁷ RSCM de 1872, p. 7.

⁷⁸ Sobre o discurso que envolveu a luta pela construção do Hospício São Pedro, que ocorrerá em 1884, a obra de WADI, Yonissa M. *Palácio para guardar doídos: uma história das lutas pela Construção do Hospital de Alienados e da Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. 1996. (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.

⁷⁹ RSCM de 1872, p. 7.

⁸⁰ RSCM de 1873, p. 6.

observar que é depósito para os pobres “infelizes”. Não se pode esquecer que recebia um oportuno auxílio da cadeia pública para esta tarefa.

A inauguração do Hospício São Pedro marcará o advento do cuidado ao insano, e se tornará referência de instituição com o objetivo de recuperação/integração dos que apresentam comportamentos não apropriados para viverem no corpo social do qual são retirados. Se na Santa Casa de Misericórdia era observada a exclusão pura e simples dos loucos para lá encaminhados, com a inauguração do Hospício São Pedro em 1884, esta situação sofrerá algumas modificações.

Tabela 1 - Movimento de enfermos no ano de 1896 no Hospício São Pedro⁸¹

Movimento	Total
Existiam em janeiro	257
Entraram durante o ano	159
Soma	416
Tiveram alta	
Curados	21
Melhorados	20
Sem melhoras	10
Fugiram	7
Faleceram	64
Ficaram em tratamento	
	294

A tabela acima extraída do Relatório da Secretaria do Interior e Exterior informa que existem pacientes que tiveram alta tanto por melhora quanto por cura. É importante salientar que agora a fala diz respeito a um espaço asilar que é próprio ao doente mental e que oferece tratamento.

Apenas como referência, um texto extraído de relatório de 1884 (quando da inauguração do HSP) da Santa Casa de Misericórdia, em que demonstra que a idéia de tratamento e não simples exclusão dos doentes mentais já era pensada naquela época:

Sem pretender historiar o que tem sido o alienado, o modo por que tem sido tratado, o horror que sempre causou à sociedade até a abençoada ocasião, em que a caridade em santa união com a ciência abriu-lhe as portas de um Hospício e prodigalizou-lhe os meios de recompor a sua razão alterada, direi, entretanto, que não há história mais contristadora do que essa. (...). Até os próprios médicos, é duro de dizê-lo, estudavam não a alienação mental, nem o modo de combatê-la, mas sim o meio de aumentar cada vez mais o número crescido das terríveis torturas que ao pobre alienado faziam sofrer⁸².

⁸¹ RSIE 3-005 do ano de 1897, p. 308.

⁸² RSCM de 1884, p. 3. Em verdade, trata-se do *Relatório do Hospício São Pedro apresentado ao Sr. Coronel Joaquim Pedro Salgado provedor da Santa Casa de Misericórdia pelo Dr. Carlos Lisboa médico diretor do mesmo hospício*. Por alguns anos o HSP estará submetido à Santa Casa de Misericórdia. Em 1893, será escrito o primeiro relatório do Hospício São Pedro já como instituição desligada da Santa Casa. A partir de então, uma das obrigações do diretor do

Dois pontos podem ser claramente verificados no texto acima. Primeiramente a observação de que quem trata o doente agora é a ciência e que esta veio para recompor a razão do alienado. Em segundo lugar, a observância de um médico (quem escreve este relatório é o diretor do HSP à época) que informa que seus colegas de outrora (antes do surgimento da psiquiatria) não estavam aptos ao trato da loucura.

Feita a exclusão via instituição, cabe agora a integração não somente visando cura ou melhora, mas tornando o doente mental produtivo:

Como sabeis, entre os alienados atualmente existentes neste hospício, há alguns com aptidão aproveitável para servirem como alfaiate, sapateiro, carpinteiro, funileiro, pedreiro, colchoeiro, e desde que a prescrição médica autorize seu emprego nesses misteres, poder-se-á atender com resumido dispêndio a diversos serviços, até aqui confiados a pessoal estranho ao estabelecimento⁸³.

No Hospício São Pedro, dentre as diversas oficinas onde a mão-de-obra empregada é a de alienados, ressalta-se a oficina de costuras, que só no ano de 1897 produziu 2.020 peças (vestuário, roupa de cama e mesa), além da oficina de colchoaria, onde ocorria o fabrico de colchões e travesseiros. No mesmo ano citado, foram 150 colchões e 120 travesseiros confeccionados⁸⁴. Resta saber onde eram eles empregados: “tu não calculas o que tenho sofrido aqui no hospício. Acho-me no meio de doidos e sem o menor conforto. Imagina que ando quase nu apenas com um calção de brim, que trouxe como ceroulas, sem camisa e de pés no chão”⁸⁵.

A integração é então completada: o louco, este alimenta o hospício que vive da sua exclusão, e se o louco o mantém (ao HSP) com o seu trabalho, também o faz com o próprio hospício junto à comunidade. A partir do internamento na instituição hospitalar, os enfermos passam a ser orientados de forma a se tornarem produtivos. Sobre as consequências desta organização institucional que visa ao controle dos internados, Goffman e Basaglia indicam algumas características e desdobramentos.

hospício será enviar relatório anual a Secretaria do Interior e Exterior que por sua vez presta informações ao presidente do Estado do Rio Grande do Sul.

⁸³ RSIE 3-003 do ano de 1895, p. 238.

⁸⁴ Sobre este assunto ver SCOTTI, Zelinda Rosa. Trabalho terapêutico no Hospício São Pedro. Terapêutico? (final do século XIX e início do século XX). In: Secretaria Municipal de Cultura de Porto Alegre. (Org.). *Histórias de Trabalho 2010*. 17. ed. Porto Alegre: Gráfica RJR Ltda, 2011/B.

⁸⁵ PHSP de Demétrio, 26 anos, solteiro, internado em 1918. Carta escrita em 15-02-1918. Demétrio, engenheiro e proveniente de Porto Alegre, ao que parece passou uma temporada de dez dias (de 12 de fevereiro a 21 de fevereiro de 1918) no HSP por mau comportamento, indicado por seu diagnóstico *demência psicose (com pequenos déficits disfarçados pela cultura que recebeu...)* furto. A sigla PHSP se refere a Prontuário do Hospício São Pedro.

1.2 *Instituição total e poder institucional*

Segundo o sociólogo Erving Goffman, uma “instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”⁸⁶.

As instituições totais são lugares em que o sujeito é isolado/excluído da comunidade, sendo que as atividades desenvolvidas pelo grupo de internos são organizadas e vigiadas por um grupo de dirigentes.

O autor enumera cinco tipos de instituições totais: as que cuidam de pessoas tidas como incapazes ou inofensivas (casa para cegos, órfãos, indigentes); as que cuidam de pessoas que podem ser uma ameaça à sociedade de forma não intencional (leprosários, sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais); aquelas que são criadas visando a proteger a comunidade de indivíduos perigosos intencionais (prisões); instituições destinadas a realizar alguma tarefa de trabalho (quartéis, navios); e por fim, as que são criadas com o intuito de servir como refúgio, sendo local para instrução de religiosos (mosteiros, conventos)⁸⁷.

Dentre as características gerais, apresentadas por estas instituições, destaca o autor: todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Os internos são obrigados a fazer em conjunto as mesmas coisas, atividades diárias predeterminadas e com horários rigorosos e, finalmente, atividades impostas ao grupo de internos são planejadas no intuito de atender aos objetivos oficiais da instituição⁸⁸. Também a existência de grandes grupos controlados por um grupo dirigente, que mantém a todos sob vigilância, bem como a não participação dos planos da equipe de supervisão quanto aos caminhos a seguir para os internados, exemplo do médico que oculta o diagnóstico do paciente, podem ser observados como características de uma instituição total⁸⁹.

O autor, ao explicar o mundo do internado e seus desdobramentos irá criar um conceito particular: “mortificação do eu”, consequência e “alimento” de uma instituição total:

O novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições. (...) começa uma série de rebaixamentos,

⁸⁶ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007, p. 11.

⁸⁷ GOFFMAN, Erving, op. cit., p. 16 e 17.

⁸⁸ GOFFMAN, Erving, op. cit., p. 17 e 18.

⁸⁹ GOFFMAN, Erving, op. cit., p. 18 e 20.

degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado⁹⁰.

Em uma instituição total existe um grupo de dirigentes que comanda, vigia o grupo (sempre maior) de internados. No intuito de melhor controlar, este grupo de supervisão através de diversas práticas que buscam a humilhação, a inferiorização, submete então, aos ditames da instituição, o interno. É a este processo de submissão que visa ao aniquilamento do indivíduo, que se dá o nome de “mortificação do eu”.

Na seqüência, Goffman enumera diversos aspectos da “mortificação do eu”. Percebe-se claramente a proximidade dos exemplos apontados na obra com circunstâncias relatadas nos prontuários e nos relatórios, permitindo afirmar que o aniquilamento do sujeito ocorreu para os internos do Hospício São Pedro.

A seguir, trechos da obra acompanhados de exemplificações por meio de fontes.

O processo de ingresso, no qual o interno fica nu para ser melhor observado para um primeiro exame:

Foi enviado pela (...), sem nenhum dado de anamnese⁹¹ objetiva. Apresenta-se inquieto, respondendo com morosidade ao interrogatório. (...) É um indivíduo (...) desnutrido. Apresenta arranhões nos antebraços e no lado direito da face. (...) Pêlos pubianos com implantação. Face quase sem barba. (...) Alguns pêlos axilares. Testículos descidos nas bolsas escrotais. Pênis pequeno. Pulso tenso, amplo, rítmico – 94⁹².

O uso de uniformes padronizados impedindo a individualidade que é caracterizada pelo gosto particular, pode ser conferido na cópia encaminhada pela Polícia Administrativa em 5 de agosto de 1912: “(...) Faço ir (...) uma preta alienada trazida de São Francisco de Assis, por pessoa que ignoro, anteontem, num dos trens da Viação Férrea, e abandonada na Capital (...) vagava, vestindo uma camisola idêntica às usadas no Hospício São Pedro (...)”⁹³.

A utilização de eletrochoque, ponto máximo da mortificação, onde o insano perceberá que o *seu* corpo já não tem garantia de integridade física:

Os dados foram extraídos da Observação Psiquiátrica em 1945/46

⁹⁰ GOFFMAN, Erving, op. cit., p. 24.

⁹¹ Anamnese ou anamnésia: informação ou histórico dos antecedentes de uma doença. In: FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso Pedro; GUIMARÃES, F. Marques. *Dicionário Brasileiro Globo*. 14 ed. São Paulo: Globo, 1994, s/p.

⁹² PHSP de Carlos, 26 anos, casado, internado em 1940. Não foram encontrados dados a respeito do exame inicial feito nos pacientes que entravam no HSP, no entanto, este exame feito em um alemão, em 5-12-1940, poderia revelar indícios de como era o procedimento. Não é possível dizer se esta prática ocorreu no período pesquisado para esta tese (1900-1925).

⁹³ PHSP de Maria Jacinta, 45 anos, solteira, internada em 1912.

10/11/45 - Fala com grande loquacidade, desenvolvendo as suas idéias delirantes, baseadas em interpretações mórbidas. Conta que dos 13 aos 18 anos, manteve um namoro com o vigário de sua paróquia. Em torno dessa história expande o seu delírio.

30/11/45 - Iniciou a convulsoterapia

1/12/45 - Eletrochoque – convulsão (1)

3/12/45 - Eletrochoque – convulsão (3)

13/12/45 - Eletrochoque – convulsão (4)

21/12/45 - Eletrochoque – convulsão (5)

7/1/46 - Eletro – convulsão, com 85 V tempo limiar (6)

[continuam as anotações sobre a aplicação do eletro-choque até o dia 21 de fevereiro de 1946, perfazendo um total de 15 sessões – os números informados ao lado são do próprio alienista]⁹⁴

Esta invasão física também é percebida quando se trata de medicamentos e/ou tratamentos sobre os quais o insano não tem acesso a explicações do porquê de estarem sendo administrados: “lanço mão também nos casos, a que me refiro, dos banhos frios, e deles raramente tenho deixado de tirar reais vantagens”⁹⁵.

Nos hospitais para doentes mentais, o indivíduo pode ser obrigado a comer de colher, deixando de lado hábitos que o colocam num patamar de dignidade mínima. No Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do ano de 1899 (RSIE 3-007), na página 35 do relatório apresentado pelo administrador do HSP, quando enumera os pertences adquiridos pela instituição não é observada a aquisição de pratos, garfos (adquiridos apenas 2) e facas, apenas em grande quantidade canecas e colheres de sopa (250 de cada)⁹⁶.

É possível afirmar que uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu, podem ser observadas quando um interno não é compreendido na sua língua materna, gerando esta situação uma profunda humilhação por considerar a comunicação como algo menor. Quando do internamento de alemães no HSP no início do século XX, internos de origem germânica não eram compreendidos, podendo permanecer por anos na instituição apenas por não saberem se fazer entender:

Na observação psiquiátrica de fevereiro de 1931:

a paciente não se exprime em português [tornando] impossível o interrogatório. Encontra-se em atitude instável, fazendo gestos e dizendo frases em alemão. (...). A enfermeira informa que a paciente nunca apresentou no Hospital crises convulsivas⁹⁷.

Goffman também fala da exposição contaminadora a que o interno está sujeito. Desde a visitação que ocorre para todos em horários pré-determinados acabando de vez com a individualidade do sujeito, até o ambiente que carece de limpeza ou as roupas que são coletivas, não

⁹⁴ PHSP de Catarina, 19 anos, solteira, primeira internação em 1923.

⁹⁵ RSCM do ano de 1884, p. 7.

⁹⁶ No entanto se faz necessário frisar que a não aquisição de garfos e facas em uma instituição como um hospício, significaria antes de tudo a garantia da segurança dos próprios internos.

⁹⁷ PHSP de Maria E., 31 anos, solteira, de Lajeado, primeira internação em 1919. A questão do idioma será retomada no capítulo 2.

mais individualizadas e, portanto, passíveis de ficarem sujas por outrem. O contato mútuo a que o interno é forçado, também seria um foco de contaminação: “de modo que, para acomodação propriamente dos alienados, só dispõe o Hospício de 106 células e 7 salas, entre grandes e pequenas. E nesses compartimentos que poderão alojar, no máximo 160 alienados, o Hospício já tem admitido mais de 200 enfermos”⁹⁸.

A mistura sem aquiescência dos internos, seja no caso de grupos etários, seja étnicos ou raciais pode fazer com que o interno se sinta contaminado por pessoas indesejadas. Contato este que pode ser intensificado para além do simples convívio em um mesmo alojamento:

Como um poderoso recurso para o desempenho de nossa tarefa, já dispomos, com grande regozijo (...), de um serviço hidroterápico (...), consegui preparar para aquele fim uma sala de banhos (...). Consta esse anexo de uma (...) piscina de alvenaria para banhos de imersão (...), 4, m I de comprimento, I, m 4 de largura e I, m 38 de profundidade com proporções para permitir aos enfermos franca liberdade em seus movimentos (não há registro de quanto em quanto tempo é feita a troca da água, ou mesmo se ela é feita)⁹⁹.

O próprio alimento que é ofertado ao interno, e este é obrigado a ingerir, é uma invasão/contaminação do seu eu: “além dessa falta, existe uma outra que é também sensível: o Hospício não dispõe de uma sonda para alimentação forçada (...)”¹⁰⁰.

Ao demonstrar respeito e obediência para com a equipe dirigente, o interno cria uma relação em que ele se humilha e é humilhado. Sobre o pessoal que trabalha no HSP, o diretor informa:

Compreende-se bem que seria absurdo acreditar na possibilidade de encontrar um auxiliar com todos esses requisitos no meio social, onde ordinariamente vamos recrutar nossos enfermeiros e guardas.

E com mais forte razão se reconhecerá essa impossibilidade, atendendo a exiguidade dos vencimentos que percebe atualmente essa classe de empregados em nosso hospício, onde os enfermeiros e seus ajudantes, mesmo incluindo a vantagem de ter cama e mesa por conta do estabelecimento, tem ordenado inferior de qualquer jornaleiro¹⁰¹.

O carinho e as boas palavras que acalmam o pobre que chora a família perdida, irritam o outro que a voz imperiosa e ao gesto dominador ou ao medo, modera os seus ímpetos¹⁰².

A “instituição total” e seu funcionamento culminam na “mortificação do eu”: a mortificação só poderia ocorrer em um lugar específico que dela necessitasse, a instituição total só poderia funcionar submetendo/controlando uma grande massa de internos. Este controle sobre os internos

⁹⁸ RSIE 3-001 do ano de 1893, p. 104.

⁹⁹ RSIE 3-001 do ano de 1893, p. 114.

¹⁰⁰ RSCM do ano de 1884, p. 7.

¹⁰¹ RSIE 3-003 do ano de 1896, p. 347.

¹⁰² RSCM do ano de 1884, p. 13.

acaba por gerar modificações no comportamento do alienado. Instituições fechadas à sociedade lançam mão do controle e vigilância ao extremo para manipular os insanos, como no caso de um hospício.

Complementando os conceitos de Goffman, dois artigos escritos por Franco Basaglia são utilizados. Neles pode-se observar que a formação de um “poder institucional” descrito pelo psiquiatra italiano seria a congregação da “instituição total” com a “mortificação do eu”.

Em *A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do espaço fechado*¹⁰³, Basaglia aponta que a tutela dos internos nos manicômios estava não somente nas mãos dos médicos mas também do legislador¹⁰⁴. Se a doença mental significa a perda da liberdade para o sujeito, a instituição será o espaço em que o doente torna-se objeto, pondo fim a sua individualidade¹⁰⁵. As exigências da instituição que se revelam em horários rígidos, dias fracionados, fazem com que os internos percam sua autonomia. O dano provocado ao doente adviria da combinação dos limites próprios à doença com a perda definitiva da individualidade imposta pelo manicômio¹⁰⁶.

O doente ao ser submetido às regras e aos esquemas da instituição, acaba por institucionalizar-se mediante o aniquilamento do pessoal, do individual. Cria-se um homem imóvel, como que petrificado, sem objetivo e sem futuro. Fruto de observações *in loco* num hospital com aproximadamente 600 doentes, o autor registra a existência de um “poder institucionalizante”, que se sobreporia à doença original, concorrendo para produzir uma alienação induzida. Finaliza apontando medidas para uma solução. O sistema *open door* (porta aberta) seria “o terror dos nossos legisladores”, pois auxiliaria na mudança das relações dos médicos com a loucura. Esta modificação, no entanto, poderia não ser absorvida pela sociedade¹⁰⁷.

¹⁰³ BASAGLIA, Franco. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do espaço fechado. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005/A. Texto originalmente apresentado em Congresso no ano de 1965 demonstra a influência de Erving GOFFMAN no subtítulo, onde aparece a expressão mortificação. BASAGLIA e sua esposa Franca fizeram em 1969 a introdução da primeira edição italiana da obra de GOFFMAN, *Manicômios, prisões e conventos*. Segundo AMARANTE, Paulo. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, na apresentação p. 8 e 11.

¹⁰⁴ BASAGLIA, F., 2005/A, op. cit., p. 23. Estaria em mãos do legislador desde o momento que é decretada a “morte civil” do interno, aspecto legal que engendra mais uma perda ao insano.

¹⁰⁵ É interessante notar que o autor praticamente não utiliza a expressão “louco”, preferindo sempre doente, alienado, etc.

¹⁰⁶ BASAGLIA, Franco, 2005/A, op. cit., p. 24 e 25.

¹⁰⁷ BASAGLIA, Franco, 2005/A, op. cit., p. 26-31.

Em *Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica*¹⁰⁸, os autores criticam que a psiquiatria deveria ocupar-se do louco na própria sociedade. Ao invés disto, “construiu uma imagem idealizada do homem de modo a garantir a validade científica do castelo de entidades mórbidas no qual havia encerrado os respectivos sintomas”¹⁰⁹. A análise da doença mental deveria ocorrer a partir de algo que seja comum a todo o louco: a exclusão. Esta ocorre porque parte da sociedade exclui aquilo de que tem medo, e na exclusão mostra sua força que então o diferencia do excluído. Tanto a sociedade, quanto o psiquiatra, que representa o corpo social, rejeitariam o indesejado, excluindo-o através do uso de sua doença que é entendida apenas pelo médico que o recusa e o exclui¹¹⁰.

Enfim, o autor complementa:

posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedades constituem a regra, o homem – seja qual for o seu estado mental – objetifica-se gradativamente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, a formação de uma crosta de apatia, desinteresse e insensibilidade constituiria acima de tudo um ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila (...) último recurso pessoal (...) para defender-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído¹¹¹.

A transcrição de parte de dois prontuários do HSP pode contribuir para uma visualização do exposto até aqui: a “mortificação do eu”, que ocorre por intermédio de um “poder institucionalizante” próprio a uma “instituição total”.

Na Observação Psiquiátrica¹¹²:

Abr. 1933: Um pouco melhor atualmente tem tido as crises de choro mais espaçadas.
 Jul. 1933: Muito Irritável, grita muito.
 Ago.: 1934: Chora facilmente. Recusa responder, entretanto trabalha com proveito na cozinha.
 Mai. 1943: Apresenta-se em estado maníaco sob o qual parece esconder-se um pouco de debilidade mental. (...) o quadro mental tomou características maníacas (...). Presc. Eletrochoque (...).
 8 de maio de 1943: Eletrochoque
 12 de maio de 1943: Eletrochoque
 15 de maio de 1943: Eletrochoque
 19 de maio de 1943: Eletrochoque
 Fev. de 1953: A paciente apresenta-se tranqüila. Quando interrogada, fita o interlocutor com ar estúpido, demora a responder e quando o faz é de maneira incompreensível emitindo sons inexpressivos. Riso tolo. Atitude de displicência. Executa prontamente as ordens dadas¹¹³.

¹⁰⁸ BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca Ongaro. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005/B. Texto originalmente impresso em revista italiana no ano de 1966.

¹⁰⁹ BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca Ongaro, 2005/B, op. cit., p. 35.

¹¹⁰ BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca Ongaro, 2005/B, op. cit., p. 37 e 38. Na atualidade, é provável que a observação feita acima não corresponda à realidade, uma vez que a inclusão progressiva dos que são diferentes, é fato. Mas em se tratando do HSP entre 1900 e 1925 esta lógica da exclusão (por ser diferente) pode estar correta: o corpo social exclui aquilo que não entende, que receia, por absoluta falta de alternativa para ver o diferente com outros olhos.

¹¹¹ BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca Ongaro, F., 2005/B, op. cit., p. 53.

¹¹² A *Observação Psiquiátrica* é um campo para anotações dos médicos, que surgirá em nova guia (abordado no capítulo 2, em fontes) adotada a partir de meados da década de 20.

Este é um prontuário dos mais contundentes para exemplificar o poder institucional. Regina, procedente de Porto Alegre, internada em janeiro de 1924 com diagnóstico de “depressão melancólica”, sairia para assistência em domicílio em março do mesmo ano. Retornaria em 1932, e sua saída só ocorreu por falecimento 39 anos depois (em 1971).

Em 1933, a partir do segundo ano de sua derradeira internação, passou a reagir de maneira absolutamente *normal*, para quem de alguma forma pressente o abandono: choro e irritação causados por verificar que do HSP não sairia mais, afinal, sua primeira internação teve duração de apenas três meses.

As anotações de eletro-choque aparecem em 1943, mas é possível que já estivesse sendo submetida ao mesmo há algum tempo. O fato é que, passados nove anos da anotação de que chorava facilmente, apresenta-se agora, em 1943, com aparência modificada. Em 1953, a coroação do “poder institucional”: as reações são de absoluta apatia e servilidade às ordens dadas. Estava completa a “mortificação do eu” de Regina, como pode ser constatado na Observação Psiquiátrica de 1953: “executa prontamente as ordens dadas”.

O mesmo ocorreria com Maria V. que foi internada pela primeira vez em 1909, na primeira classe. Sairia para assistência em domicílio, em 22 de abril de 1910, retornando em 26 de abril de 1910, e retirada alguns meses depois, em outubro de 1910. Ambas as vezes foi internada pelo marido. Em 1915, seria internada pelo genro, com o detalhe de que da 1ª classe passará consecutivamente para a 2ª classe, e, por fim, para a 3ª classe.

Em 1940, passados vinte e cinco anos de internamento, Maria V. demonstrava em seus gestos ter *incorporado* a instituição: “passa os dias andando (...) [de um] lado para o outro, o corpo continuamente animado (...) [de um] movimento de balanço. Internada com o diagnóstico de loucura histérica com delírio sistematizado religioso associado”, seu comportamento inicial, possivelmente inconveniente para o marido, foi substituído por comportamento de apatia completa¹¹⁴.

Basaglia faz também referência ao tratamento farmacológico em seu primeiro texto. Se o tratamento às doenças mentais muitas vezes ia de encontro a terapias ineficazes, a era farmacológica modificaria isto. Embora o autor não explique, é provável que o *status* do psiquiatra mude com este acréscimo. Se a sociedade encarrega o psiquiatra de tratar o doente mental, e, neste acordo não escrito entre comunidade e médico, faz do louco objeto de estudo e análise, ocorreria com o advento da farmacologia um deslocamento do simples observar para o condicionamento mental sem

¹¹³ PHSP de Regina, 24 anos, solteira, primeira internação em 1924.

¹¹⁴ PHSP de Maria V., 33 anos, casada, primeira internação em 1909.

escapatória. Isto é, de regras e horários dados ao insano por imposição, passa-se para uma coisificação que parte de algo mais poderoso, o remédio, controlado somente por quem dele entende: o médico psiquiatra. Abaixo, exemplificação do emprego de um dos muitos medicamentos utilizados no HSP: a aplicação de *valeriana*, citada em Relatório do Hospício São Pedro¹¹⁵. Lê-se no Portal da Farmácia:

Em latim Valeriana quer dizer valer, que significa "ter força", provavelmente devido à eficácia (...) dessa planta curar pessoas no passado. (...), desde o século VI, que esta planta causava estranhos efeitos sobre (...) comportamento de seres humanos e dos animais. Pouco depois, no século VII (...), descobriu-se o poder antiepiléptico, não por muito tempo, na verdade, até que este morresse "louco". (...), depois de experimentar a planta em seus pacientes, concluiu que ela diminuía a sensibilidade nervosa e era dotada de um perceptível efeito sobre o sistema nervoso central e que, portanto, poderia controlar a epilepsia. Com a descoberta dos princípios ativos contidos na Valeriana, notou-se que ela não apenas tinha uma ação efetivamente específica sobre o sistema nervoso central, mas também, que poderia produzir ofuscamento da vista e convulsões quando usada em dosagem muito elevada. Esse seria um dos motivos pelo qual se aconselha utilizar a Valeriana em doses menores, mais como um sedativo brando.

O fato de tratar-se de um produto "natural" não significa que a droga é completamente inócua e destituída de qualquer perigo. Altas doses podem causar problemas e ela pode, mesmo em doses recomendadas, potencializar outras substâncias com ação no Sistema Nervoso Central. Mal utilizada a Valeriana pode causar vômito, estupor, tremores, dor de cabeça, palpitação e depressão emocional, quando em altas doses e por muito tempo¹¹⁶.

Não se sabe em que grau o medicamento valeriana era utilizado, mas é provável que fosse empregado aos epiléticos. Não há anotações de terapia antes do fim da década de 20, o que indica que possivelmente a medicação era utilizada a *olho nu*, afinal eram objetos de estudo os que estavam sendo medicados. Mesmo assim, ainda há um porém. Se realmente fossem objeto de estudo do médico as intervenções junto aos insanos deveriam vir anotadas de forma sistemática nos prontuários.

Adentra-se num outro aspecto: o poder médico calcado num saber só por ele conhecido, e que chega à sociedade através de um discurso próprio.

1.3 Discurso médico¹¹⁷

1.3.1 Características

Para falar sobre discurso médico psiquiátrico, será utilizado trecho d*Os Anormais*¹¹⁸ de Michel Foucault, em específico, os dois primeiros capítulos que tratam do discurso psiquiátrico em matéria penal assim caracterizado pelo autor:

¹¹⁵ RSCM do ano de 1884, p. 9.

¹¹⁶ Disponível em: <http://www.portalfarmacia.com.br/farmacia/principal/conteudo.asp?id=433>, acesso em 4 de agosto de 2007. O Portal ainda informa que usada em doses não elevadas poderia potencializar a cura de determinados males.

¹¹⁷ Este tópico foi extraído de SCOTTI, Zelinda. *Discurso psiquiátrico segundo Foucault: submetendo o corpo social*. Revista Pontes, v. 11, p. 1-15, 2010/A.

1. discurso de vida e de morte (pois pode determinar a morte de um sujeito),
2. *discurso de verdade* possui estatuto de científico (sem o ser), formulado por pessoas qualificadas no interior de uma instituição científica,
3. discurso que faz rir, grotesco, Ubuesco¹¹⁹,
4. discurso que condena, baseado na biografia do sujeito examinado,
5. discurso que julga comportamentos.

Documentos distintos aos que Foucault manuseou e que não fazem parte de matéria penal, mas sim prontuários médicos de um hospício, especificamente do Hospício São Pedro, possibilitaram perceber que as características apontadas pelo autor também são pertinentes a este tipo de discurso, e não somente ao relativo a psiquiatria/matéria penal. A seguir, anotações extraídas de Foucault e a contrapartida com anotações compiladas de prontuários do HSP.

Segundo Foucault, não é a lei que os indivíduos em questão infringem. Antes, cometem “irregularidades em relação a certo número de regras”¹²⁰, ou seja, condutas irregulares levariam ao julgamento de quem as cometesse. Desta forma, a psiquiatria julga (e induz à punição) os comportamentos indesejáveis, podendo resultar em condenação aplicada pelo judiciário. Seria um discurso que determina se o sujeito que é julgado pode ou não viver.

Maria E., quando internada em 1919, falava outro idioma: o alemão. O alienista anota em 1931 que não tinha como levar adiante o interrogatório, pois a paciente não falava português. Maria E., internada com diagnóstico de “psicose epiléptica”, segundo a enfermeira, nunca teria apresentado crises convulsivas no HSP. Ainda assim, o médico a mantém no hospício, anotando em seu prontuário:

13 de novembro de 1931: Sem modificação.
 4 de maio de 1933: Estado mental sem alteração.
 13 de julho de 1933: Sem alteração.
 6 de setembro de 1933: Idem, idem.
 9 de janeiro de 1934: Idem, idem.
 6 de abril de 1934: Idem, idem.
 4 de maio de 1934: Idem, idem.
 5 de julho de 1934: Idem, idem.
 6 de setembro de 1934: Idem, idem.
 9 de novembro de 1934: Idem, idem.

¹¹⁸ FOUCAULT, Michel. *Os Anormais*: Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002. As aulas ocorreram em 8/01, 15/01 e 22/01 de 1975. Trata-se de coletânea de aulas que foram ministradas por M. Foucault em 1975.

¹¹⁹ “O adjetivo ‘ubuesco’ foi introduzido em 1922, a partir da peça (...) *Ubu roi*, Paris, 1896. (...) ‘Diz-se do que, por seu caráter grotesco, absurdo ou caricato, lembra o personagem Ubu’; (...) ‘Que se assemelha ao personagem Ubu rei (por um caráter comicamente cruel, cínico e covarde ao extremo)’” FOUCAULT, Michel, 2002, Op. cit., p. 35.

¹²⁰ FOUCAULT, Michel, 2002, op. cit., p. 21.

28 de dezembro de 1934: Idem, idem.
 25 de janeiro de 1935: Mesmo estado mental.
 ? de fevereiro de 1935: Idem, idem.
 11 de abril de 1935: Idem, idem.
 21 de maio de 1935: Revisada, sem modificação do estado mental.
 22 de junho de 1935: Revisada, apresenta-se (...), responde muito pouco, sempre de cabeça baixa.
 26 de outubro de 1935: Faleceu as 7 horas de hoje. Estado de mal epilético. Colapso cardíaco.
 26 de outubro de 1935: Alta por falecimento¹²¹.

O médico, mesmo tendo conhecimento de que não possuía quadro sintomático que justificasse sua permanência no HSP, não promoveu sua alta. Estava traçado pelo alienista o futuro desta paciente: permaneceria internada até o término de sua vida, e quem assim o decidiu foi(ram) o(s) médico(s) que a examinou(ram). Um detalhe a salientar é que a palavra *idem* é anotação do próprio médico, passando uma noção de trabalho meramente burocrático.

Em *Os Anormais*, fica evidente que o discurso de verdade baseia-se na competência do médico. “O médico é competente, o médico conhece as doenças, detém um saber científico que é do mesmo tipo que o do químico ou do biólogo; eis o que permite sua intervenção e a sua decisão”¹²². Esta noção de competência dá ao médico um poder baseado justamente no saber por ele elaborado:

Assim, de um modo geral, nos casos em que o super funcionalismo do sistema nervoso se manifesta trazendo como consequência uma excitabilidade exagerada, tenho empregado: o bromureto de potássio, o bromureto de sódio, o ohioral, a belladona, o meimendo, o ópio, a morfina, etc. etc. Lanço mão também nos casos, a que me refiro, dos banhos frios, e deles raramente tenho deixado de tirar reais vantagens.
 Quando o alienado apresenta justamente o estado oposto (...), isto é, quando a depressão domina a cena, lanço mão da noz-vomica, da valeriana, dos tônicos, e quando este estado depende ou se acha ligado a anemia, a chlorose ou (...) ambas (...) moléstias reunidas, emprego os ferruginosos e as preparações iodadas, etc.
 O iodureto de potássio, o sulfato de quinina, a digitalis, os emeticos, os purgativos, os emenagogos, os revulsivos, etc., são ainda medicamentos, de que tenho lançado mão conforme as indicações se apresentam¹²³.

O Dr. Carlos Lisboa, então diretor do HSP, demonstra toda a competência médica ao enumerar medicamentos por ele utilizados nos enfermos do hospício. Aqui um claro exemplo de persuasão: ligada à habilidade na argumentação, confere a este tipo de discurso dimensão de verdade¹²⁴. Afinal, quem determina que esta medicação é apropriada para doentes mentais é o médico do HSP, e ele o faz sem maiores explicações de quais os efeitos que os medicamentos possam trazer ao enfermo. Seu discurso basta, pois ele é competente no assunto.

¹²¹ PHSP de Maria E., de 31 anos, solteira, primeira internação em 1919.

¹²² FOUCAULT, Michel. *A Casa dos Loucos*. In: *Microfísica do Poder*. 18 ed. (organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. 123.

¹²³ RSCM do ano de 1884, p. 9.

¹²⁴ CITELLI, Adilson. *Linguagem e Persuasão*. São Paulo: Ática, 1985. p. 7 e 10.

A característica mais marcante do discurso em matéria penal seria a maneira com que se expressa o psiquiatra ao formular seu discurso. Usando termos como “grotesco, risível, caduco, ridículo”, Foucault procura ressaltar o quanto incomoda esta linguagem.

Nos Dados Comemorativos de 1945¹²⁵:

O paciente (...) já nos últimos três dias começou a apresentar extravagâncias, tocando violino seguidamente, rezando, lendo livros, etc. Não se apresentava regularmente no serviço e quando ia não trabalhava, abandonando-o¹²⁶.

Na Observação psiquiátrica de 1931:

Atitude tranqüila, fisionomia risonha, mímica e gesticulação adequadas. Exprime-se coerentemente, não revelando idéias delirantes nem alucinações. (...). Faz também movimentos inconscientes de levantar as vestes mostrando muitas vezes as partes pudendas¹²⁷.

Em ambos os casos, os prontuários registram uma linguagem risível, quando revela como “extravagâncias” determinados comportamentos: tocar “violino seguidamente”, rezar e ler “livros”, além de o médico registrar o “levantar as vestes mostrando muitas vezes as partes pudentas”. Este aspecto do discurso, será abordado novamente adiante.

Outra característica dos discursos apresentados, ligados ao judiciário, é que o psiquiatra mostra o indivíduo, analisado por ele, o médico, como um objeto que já levaria em si, de forma latente, o delito a ser praticado (ou comportamento indesejável). Existiria uma condenação prévia baseada em fatos que não foram observados, mas possivelmente relatados por testemunhas. Condena-se não pelo delito, mas por comportamentos ocorridos fora do tempo em que aconteceu o fato pelo qual o sujeito estaria sendo julgado, a condenação estaria ligada à biografia do sujeito.

Nos Dados Comemorativos de set 1931:

O paciente foi sempre abobado, palerma, no tempo de escola era motivo de chacota dos companheiros de estudo. Praticava atos pueris, dava risadas imotivadas. Há cinco anos ficou macambúzio, indiferente, não se cuidava mais, não queria sair com medo da rua (informações prestadas por um primo do paciente)¹²⁸.

Onofre que foi internado sob o diagnóstico de “demência precoce”, contou com o auxílio da memória de um parente para justificar sua estada no HSP. Adentrou no hospício pela primeira vez com 33 anos, e informações extraídas do tempo de escola, “abobado, palerma, no tempo de escola era motivo de chacota dos companheiros de estudo”, contribuíram para que o médico indicasse seu internamento na instituição. Não se tratava de um quadro sintomático registrado, mas de uma

¹²⁵ *Dados Comemorativos* é o título dado para a guia de recolhimento que possui perguntas a serem feitas aos que levam os doentes ao HSP. Esta guia surgirá ao final da década de 20.

¹²⁶ PHSP de José, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1920.

¹²⁷ PHSP de Ignez, 30 anos, casada, internada em 1925.

¹²⁸ PHSP de Onofre, 33 anos, solteiro, primeira internação em 1925.

biografia relatada, à qual o médico teve acesso através dos olhos de um leigo. Recorda-se que todo médico procura fazer uma anamnese de seu paciente, pois é através dela que obtêm informação ou histórico dos antecedentes de uma doença. Portanto, a noção de biografia apontada por Foucault e observada também no prontuário acima faz parte de procedimentos médicos usuais. O que importa aqui é que o julgamento do médico parece basear-se apenas em relatos de outrem, em indicações anteriores à observação do alienista: “praticava atos pueris, dava risadas imotivadas, há cinco anos ficou macambúzio”, ações realizadas no passado, apenas no passado¹²⁹.

Na carta abaixo, enviada datilografada ao HSP por pessoa que se identificou como cunhado de um paciente, alguns dados esclarecedores:

A doença começou da seguinte maneira: Logo após a epidemia influência espanhola manifestou ciúmes da mulher sem razão. Nesta ocasião modificou-se completamente. Era sempre alegre, tornou-se então muito triste e pensativo, principiou a beber, de onde resultou muita inapetência e indisposição do estômago. (...). Em janeiro de 1925 adoeceu novamente, donde resultou o atual estado dele. Ele sofria mania de perseguições. Discutia com pessoas imaginadas, e enfim fechou-se num quarto, considerando-se prisioneiro, mas também ameaçando cada um, quem queria entrar. (...). Quando criança sofria um pouco de flouxo (sic) de urina, (...). O pai dele sempre foi um homem muito forte, mas também gostou um pouco da bebida. (...). Os parentes dos dois lados todos são um pouco nervosos. Mas na família tem um caso só de loucura, que é um primo do lado materno, que se acha também internado no hospício São Pedro, mais ou menos há um ano¹³⁰.

A biografia do sujeito está também ligada à herança hereditária, que seria, via de regra, responsável por possíveis distúrbios mentais. No diagnóstico anotado pelo alienista, “enfraquecimento mental com idéias de crime e perseguição, de natureza tóxica (álcool num degenerado psicopata)”, dois aspectos podem ser destacados. Primeiro, que fez parte do diagnóstico uma menção pessoal do cunhado, foi ele quem diagnosticou Walter como sofrendo de “mania de perseguições”. Um segundo ponto é que o uso de bebida alcoólica pelo pai de Walter chamou a atenção do alienista que grifou: “o pai dele sempre foi um homem muito forte, mas também gostou um pouco da bebida”. De qualquer maneira, para o médico, que se utilizou da biografia do paciente para diagnosticá-lo, um item sobre o qual nenhum paciente pode ter domínio, selou a sorte de Walter: a hereditariedade.

Por fim, conclui Foucault, que o psiquiatra, quando escreve em exame para matéria penal, não emite um parecer médico, científico, ele julga comportamentos.

¹²⁹ Em *Eu, Pierre Rivière...*, o interessante é comparar as informações prestadas pelas testemunhas com o depoimento do próprio Pierre. FOUCAULT, Michel. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parricídio no século XIX*. 7 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

¹³⁰ PHSP de Walter, de 36 anos, casado, internado em 1925. Frase grifada pelo alienista.

1.3.2 Poder normalizador, poder/saber, saber/verdade

Observa Foucault que a “instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária”¹³¹. Isto é, mesmo julgado culpado, o indivíduo que é tido como louco deve ser encaminhado a um hospital psiquiátrico, e não à prisão. A linguagem dos exames expostos pelo autor, que pretende expor o perigoso e o perverso, é um discurso que não pertence nem à justiça nem à psiquiatria, pois, segundo o filósofo, adultera a ambos. Faria parte de um outro poder, um poder chamado de “normalizador”¹³². Controlar-se-ia não a doença, no caso a loucura, mas o anormal, principalmente no que se refere à sexualidade. O exame teria a função de reprimir comportamentos inadequados.

De que maneira? O discurso psiquiátrico em matéria penal, ele é observado em público, afinal a fala do médico é utilizada no tribunal, contribuindo desta feita, para divulgar quais comportamentos são adequados ou não. Quais condutas são normais ou não.

Esta forma de normalizar a sociedade é antes de tudo um poder, mas trata-se de uma tecnologia positiva de poder. É bom lembrar que as relações de poder não estão necessariamente atreladas a formas de violência, e seria falso definir o poder como algo que diz não, que impõe limites, que castiga. Esta seria uma concepção negativa, que costuma ser identificada com o Estado. Com uma idéia positiva, Foucault pretende uma reflexão sobre o poder que transforma, aprimora e adentra o homem social. Sua função “não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações, para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo”¹³³.

Desta forma, não se trata de controlar o louco, o criminoso, mas a sociedade que passa a perceber quais os comportamentos pertinentes à malha social. Este poder classifica e cria normas de conduta para a sociedade, todavia, ele só existe porque está atrelado a um conhecimento, a um saber. Um saber que se respalda na competência: é o discurso da competência/conhecimento/saber sobre a ignorância do leigo:

(...) uma nova divisão (...) se abrirá no espaço social. Incorporando a separação instituída entre loucos e não loucos, trata-se da sinistra divisão entre aqueles que estão autorizados a saber (os especialistas) e todos os demais homens (os não especialistas). (...). O discurso proferido pelo especialista é ‘discurso competente’. Isto é, discurso instituído, socialmente permitido ou

¹³¹ FOUCAULT, Michel, 2002, op. cit., p. 40.

¹³² *Normal*: que é segundo a norma, que serve de modelo, exemplar; *Normalizar*: tornar normal, regularizar, reentrar na ordem. In: *Dicionário Brasileiro Globo*.

¹³³ MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 18 ed. (organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. XVI.

autorizado (...). A noção de competência marca a desigualdade entre os que detêm o saber e os demais homens. É na admissão da incompetência dos homens como sujeitos do pensamento e da ação que reside a eficácia do discurso do especialista. E, ao mesmo tempo, é a crença na competência que alimenta o prestígio desse discurso, tornando a existência real da dominação de homens sobre outros homens invisível¹³⁴.

Em suma, é uma competência baseada num saber/conhecimento que respalda um poder.

Em se tratando do Hospício São Pedro, esta normalização da sociedade é evidenciada através de relatos dos que enviavam os doentes mentais.

Em Guia da Sub-prefeitura em Guarany, 5º Distrito do Município de São Luiz Gonzaga, em 1931:

Atesto em razão de meu ofício e pelo perfeito conhecimento que tenho, que Estanislau, agricultor, casado, é residente e domiciliado neste distrito há mais de vinte anos, tendo atualmente cinquenta anos de idade e sofre das faculdades mentais. O referido é verdade e dou fé. Sub-prefeito¹³⁵.

Quando o sub-prefeito informa que “pelo perfeito conhecimento que tenho” [de que Estanislau] sofre das faculdades mentais, nada mais faz do que reproduzir um saber que julga conhecer/entender. Através da sociedade que conhece e reconhece sintomas o doente mental será encaminhado a uma instituição para doentes mentais.

Da Chefatura de Polícia em junho de 1912:

Em resposta ao vosso ofício (...), pondero-vos que o pronunciado João Francisco M. deve ficar neste estabelecimento, onde pode receber o tratamento conveniente, durante os ataques epiléticos a que está sujeito, em vista da seguinte informação prestada a esta Chefia, pelos srs. Médicos legistas:

“Temos a informar sobre o caso:

1º Que João Francisco, observado mais duma vez por nós, é um epilético;

2º Que é um epilético de má índole, com impulsos contra a pessoa e contra a propriedade, incorrigível;

3º Que João Francisco, se não é um ‘anti-social’ é um ‘extra-social’, isto é, um indivíduo que deve viver fora da sociedade, muito próprio para trabalhar numa Colônia Correccional;

4º Que não havendo, entre nós, uma Colônia desse tipo, o paciente acima deve ficar recluso ou numa seção de criminosos alienados, na Casa de Correção, ou – numa seção de alienados criminosos, no ‘Hospício São Pedro’, (...) afirmamos ser o epilético mais perigoso, sob o ponto de vista da ordem social, que nos tem caído sob a observação (...)¹³⁶.

O médico legista da Chefatura de Polícia, não necessariamente um psiquiatra, informa que se João Francisco não é um “‘anti-social’ é um ‘extra-social’, isto é, um indivíduo que deve viver fora da sociedade”. Esta observação estaria ligada diretamente a uma normalização da conduta guiada pelo psiquiatra, produtor e detentor de um saber de normalização social.

¹³⁴ FRAIZE-PEREIRA, João Augusto. *O que é loucura?* São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos), p. 94 e 95.

¹³⁵ PHSP de Estanislau, 47 anos, casado, primeira internação em 1922.

¹³⁶ PHSP de João Francisco, 18 anos, solteiro, primeira internação em 1909.

Na já citada carta escrita por um parente de Walter, tem-se então o registro contundente de uma sociedade leiga normalizada. O cunhado informa que a “doença começou da seguinte maneira”, isto é a gênese da doença é observada por um não alienista. Após longa descrição, chega a um diagnóstico: “sofria mania de perseguições”. Isto só seria possível graças a um entendimento já repassado para o corpo social de que existe um sintoma passível de internação em hospício e que se manifesta como mania de perseguição.

Não se trata apenas da razão sobre a não-razão, o embate é entre os que sabem, conhecem (médicos) e os que não sabem, ou leigos (todo o restante da sociedade). Diferente da *História da Loucura*, em que Foucault desenvolve a questão da razão e da desrazão, a primeira necessitando da segunda para existir¹³⁷, a questão do poder/saber está atrelada à necessidade de submeter todo o corpo social, para que este forneça o objeto de pesquisa (o louco), para a razão então estudá-lo e classificá-lo. Esta pesquisa entende que a relação poder/saber embutida no discurso psiquiátrico não é sobre o louco, este é mero objeto, mas sobre os que o enviam para o hospital psiquiátrico.

Mas o criminoso que é submetido ao exame de matéria penal, acaso depende da sociedade para que seja enviado para exame? Não se pode esquecer que as autoridades, sejam elas policiais, juízes ou advogados, fazem parte do corpo social, e eles também necessitam entender que é o psiquiatra quem comanda o teatro do louco: seja este teatro dentro do hospício, seja dentro de um tribunal.

Esta lógica está ligada ao fato de que nenhum médico psiquiatra captura o louco no espaço público, em sua moradia, ou no local do crime. Ele, o médico, deverá ser procurado como autoridade máxima. A sociedade já está suficientemente submetida ao conhecimento do qual ela, tanto quanto o louco, são reféns.

Por fim, retorna-se à caracterização da linguagem feita por Foucault para os discursos psiquiátricos em matéria penal apontados como “caducos, risíveis, grotescos”, como puderam ser observados em prontuários, algumas página atrás. Casos de José, que “começou a apresentar extravagâncias, tocando violino seguidamente, rezando, lendo livros, etc.” e Ignez que “faz também movimentos inconscientes de levantar as vestes mostrando muitas vezes as partes pudendas”.

As anotações nos prontuários de José e Ignez possuem espaço, tempo e objetivos distintos dos relatados por Foucault em *Os Anormais*, que transcreve dois diagnósticos psiquiátricos em

¹³⁷ FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na idade clássica*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

matéria penal na França.¹³⁸ Trata-se de diagnósticos médicos realizados no interior de uma instituição psiquiátrica no início do século XX em Porto Alegre (São Pedro).

Comparados os diagnósticos do HSP aos relatórios apresentados por Foucault, percebe-se que o conteúdo pode modificar-se ao longo dos anos, devido a transformações que ocorrem no interior da sociedade, mas a forma/linguagem do discurso psiquiátrico permanece inalterada.

Para responder por que soam estranhos, retorna-se à questão do saber/poder, agora ligados a um novo par: saber/verdade. O médico produz uma verdade no hospital psiquiátrico. Mas não se trata de uma verdade que poderia ter um contraponto, e sim, *a verdade*. Portanto, se estamos diante da verdade, conhecimento produzido que não pode ser contestado, pois quem a emite é uma autoridade competente no assunto, qual o motivo para que o discurso psiquiátrico sofra modificações quanto a sua forma?

Não ocorrem alterações na configuração da escrita (risível, grotesca), simplesmente porque traduz o que é correto, a verdade. Quem cria esta verdade não permite a observância de fora deste círculo, afinal os outros, os leigos, desconhecem, não detém o conhecimento de especialista.

Sendo assim, o discurso apresentado por Foucault, quanto à matéria penal, e mesmo os diagnósticos transcritos do São Pedro soam bizarros. Ao mostrarem-se inalterados na forma de descreverem a loucura, pois não sofrem modificações, mostram-se então, anacrônicos¹³⁹ para os dias de hoje.

¹³⁸ Transcreve-se aqui somente o relatório médico de 1974: “X. intelectualmente, sem ser brilhante, não é estúpido; encadeia bem as idéias e tem boa memória. Moralmente, é homossexual desde os doze ou treze anos, e esse vício, no começo, teria sido uma compensação para as zombarias de que era vítima quando, criança, criado pela assistência pública, estava na Mancha [o departamento francês - M.F.]. Talvez seu aspecto afeminado tenha agravado essa tendência à homossexualidade, mas foi a ganância que levou X. a praticar a chantagem. X. é totalmente imoral, cínico, falastrão até. Há três mil anos, certamente teria vivido em Sodoma e os fogos do céu com toda justiça o teriam punido por seu vício. Devemos reconhecer que Y [a vítima da chantagem - M.F.] teria merecido a mesma punição. Porque, afinal de contas, ele é idoso, relativamente rico e não tinha nada mais a propor a X., senão instalá-lo numa boate de invertidos, de que ele seria o caixa, abatendo progressivamente o dinheiro investido na compra do estabelecimento. Esse Y, sucessiva ou simultaneamente amante masculino ou feminino, não se sabe, de X., causa desprezo e náusea. X. ama Z. Só vendo o ar afeminado de um e de outro para compreender que tal palavra pode ser empregada quando se trata de dois homens tão afeminados que não é mais em Sodoma, mas em Gomorra, que deveriam viver.

Z é um ser deveras medíocre, do contra, de boa memória, encadeando bem as idéias. Moralmente, é um ser cínico e imoral. Compraz-se no estupro, é manifestadamente esperto e reticente. (...). Mas o traço mais característico do seu caráter parece ser uma preguiça cujo tamanho nenhum qualificativo seria capaz de dar idéia. É evidentemente menos cansativo trocar discos e encontrar clientes numa boate do que trabalhar de verdade. Aliás, ele reconhece que se tornou homossexual por necessidade material, por cobiça, e que, tendo tomado gosto pelo dinheiro, persiste nessa maneira de se conduzir (...). Ele é particularmente repugnante.” (A substituição dos nomes por letras é da obra). FOUCAULT, 2002, p. 7 e 8.

¹³⁹ “Que está em desacordo com a moda, o uso, constituindo atraso em relação a eles; retrógrado” In: *Mini Aurélio*. “Que não está de acordo com os usos da época a que se refere, antiquado, ridículo” In: *Dicionário Brasileiro Globo*.

1.4 Controle simbólico

Ao longo deste capítulo alguns conceitos foram abordados. O doente mental faz parte de um processo de *exclusão/integração*. Ao mesmo tempo em que ele é excluído do corpo social dito normal, ele é também integrado através de uma pretensa recuperação que a instituição hospício se propõe a oferecer, e esta instituição asilar submete o doente mental. Dito de outra forma, existe um *poder institucional* que domina o alienado.

Mas a gênese de tal ocorrência, isto é, o envio dos doentes mentais para um hospício, necessita de um discurso que esteja acima de especulações, um discurso que traduza a verdade. O *discurso psiquiátrico* foi mostrado, independente de tempo/espaço/objetivo, como imutável no que se refere à forma, soando estranho por ser anacrônico. O anacronismo seria explicado por ser um discurso que traduz a verdade, e, portanto, não teria motivos para ser modificado e tampouco contestado. Esta verdade, um saber produzido pelo médico, teria por objetivo justamente a normalização da sociedade que desencadearia o restante do processo: o internamento só seria possível graças a uma coletividade que era normalizada por um conhecimento, e então se via no alívio e na obrigação de enviar seus loucos para um espaço propício para sua guarda.

A questão final aqui colocada é: estariam o psiquiatra, e o conhecimento que ele produz, apenas a serviço da ciência, ou quem sabe, numa hipótese mais otimista, a serviço do bem estar da comunidade? Nas próximas linhas, a apresentação do conceito de “controle simbólico”, que pode contribuir para a elaboração diferenciada à idéia, talvez não tão precisa, de que o poder médico (ou micropoder) não era independente quando se tratava de uma instituição como o HSP.

Basil Bernstein, sociolinguista, inova, ao explicar o “controle simbólico” a partir de conceitos foucaultinanos, não no intuito de refutá-los, mas sim, complementá-los. Busca elucidar o funcionamento dentro do corpo social por meio de questões ligadas ao poder, saber e discurso.

Bernstein¹⁴⁰, parte da seguinte hipótese para iniciar explicação sobre controle simbólico “Quanto más abstractos sean los principios de las fuerzas de producción, más sencilla será la división social del trabajo, pero mas compleja será la división social del trabajo de control simbólico”¹⁴¹.

¹⁴⁰ BERNSTEIN, Basil. *La estructura del discurso pedagógico: clases, códigos y control*. 3 ed. Madrid: Ediciones Morata S.L.; La Coruña: Fundación Paidéia, 1997. (primeira edição 1993). Aqui será utilizado especificamente o capítulo IV: Educación, control simbólico y practicas sociales, p. 137-167.

¹⁴¹ BERNSTEIN, Basil, op. cit., p. 137.

Aqui não serão explorados conceitos como forças de produção e divisão social do trabalho, mas o que seria o controle simbólico, quem nele atua e de que forma isto ocorre. Sendo assim, não serão explicados conceitos de cunho marxista, mesmo porque o autor comenta, que sobre esta questão, “todos temos uma ideia” a respeito. De início é necessário especificar o que é a “divisão social do trabalho do controle simbólico”.

O autor faz uma breve introdução sobre as principais idéias a respeito da relação entre o econômico e o cultural, baseando-se em escritos de Marx (com os conceitos de base material e superestrutura), Gramsci (com os conceitos de sociedade civil, hegemonia, intelectuais e transformação cultural), Althusser (ideologia e aparato do Estado ou aparelhos ideológicos de Estado) e por fim, Poulantzas (grupos de classe, ideologia e especializações de consciência). Para Bernstein, se os neomarxistas se dedicaram a explicar consciência e ideologia, deixaram, no entanto, de aprofundar as relações entre os discursos.

Adiante, o autor observa que as análises foucaultianas de poder, saber e discurso, seriam tentativas de revelar novas formas discursivas do sujeito:

Sin embargo sorprendentemente, no existe ningún análisis relevante del complejo de agencias, agentes, relaciones sociales a través de las cuales el poder, el saber y el discurso se ponen en juego como dispositivos reguladores; tampoco existe exposición alguna de las modalidades de control. Em cierto modo, es un discurso sin relaciones sociales¹⁴².

Será com o intuito de estabelecer as relações do controle simbólico dentro do corpo social, descrever seu campo de atuação, seus agentes e suas funções, que Bernstein seguirá sua análise.

O controle simbólico possui uma divisão social de trabalho que diz respeito às profissões que regulam a mente, o corpo, as relações sociais. Estas profissões se manifestam através de formas discursivas próprias. Desta feita, agentes e agências do controle simbólico se especializam em códigos discursivos sobre os quais são os únicos que possuem domínio. A questão do discurso é importantíssima, pois enquanto os agentes dominantes do campo econômico regulam os recursos físicos, os agentes do controle simbólico regulam os recursos discursivos.

Campo econômico = códigos de produção

Controle simbólico = códigos discursivos

Existem diferentes categorias de agentes que se especializam em códigos discursivos, tais como sacerdotes, médicos ou cientistas. Mas se no campo econômico os interesses podem ser

¹⁴² BERNSTEIN, Basil, op. cit., p. 138.

comuns entre seus agentes, podem não ocorrer interesses comuns entre os agentes do controle simbólico, podendo inclusive existir posturas opostas¹⁴³.

É verificada a separação do controle simbólico em privado e estatal. Os agentes que trabalham no setor privado funcionariam como empresas unipessoais, tais como empresários (caso de consultórios privados de advogados, psiquiatras, etc.). Percebe-se que aqueles que podem oferecer um serviço passível de ser contratado pelo Estado podem submeter seus códigos discursivos ao mesmo. E nem precisa ser necessariamente o Estado o patrão. Por exemplo, um desenhista, agente do controle simbólico de determinado tipo de código discursivo, pode ter controle sobre a produção discursiva (uma charge), mas o poder sobre a distribuição deste código discursivo pode não estar concentrado nas mãos dele e sim de uma empresa (no caso um jornal). Portanto, os que formam códigos discursivos, estes tanto podem ser autônomos, como estar a serviço de uma empresa seja privada ou estatal.

O trabalho dos agentes do controle simbólico pode ser assim dividido:

- *Reguladores*, agências ou agentes que teriam por funções definir supervisionar e manter os limites de pessoas e atividades (o sistema legal ou a polícia);
- *Reparadores*, agências ou agentes que teriam por funções diagnosticar, prevenir, reparar, asilar os que são considerados falhos de corpo, mente ou em suas relações sociais. Alguns reparadores podem se tornar reguladores com oferta de serviços especializados tais como o de psiquiatras;
- *Reprodutores*, que seriam os professores;
- *Difusores*, agentes de meios de comunicação de massas;
- *Configuradores*, ligados às artes e ciências;
- *Executores*, função administrativa geralmente ligada a um governo¹⁴⁴.

Estas agencias pueden estar o no controladas directamente por el Estado, aunque es claro que algunos deben estarlo por definición. La cuestión fundamental consiste siempre en el grado de autonomía o dependencia respecto del Estado (...). Todas estas agencias y agentes se encargan del mantenimiento y del cambio del orden por medios discursivos y todos se ocupan de aspectos de normalización. (...). Estos organismos pueden ser públicos o privados y, si son públicos, estarán directa o indirectamente sometidos al Estado¹⁴⁵.

¹⁴³ BERNSTEIN, Basil, op. cit., p. 137, 139 e 140.

¹⁴⁴ BERNSTEIN, Basil, op. cit., p. 143 e 144.

¹⁴⁵ BERNSTEIN, Basil, op. cit., p. 144.

Se os agentes do controle simbólico são responsáveis pela normalização do corpo social, cabe definir em que proporção estes agentes estão submetidos ao Estado. Como visto anteriormente, o agente poderia estar ligado ou ao setor público ou ao privado. No primeiro caso, portanto, estaria submetido ao Estado. Especificamente em se tratando de médicos, podem eles exercer suas atividades em clínica privada ou em hospital subjugado a regras ditadas pelo Estado. No último caso, os códigos discursivos utilizados pelos agentes do controle simbólico estariam a serviço do Estado.

Não é errôneo pensar o saber/poder médico normatizando a sociedade, afinal era necessário que houvesse uma justificativa para enviar o diferente para uma instituição que muitas vezes tornava-se a moradia final do doente mental. Mas o psiquiatra não atuava no isolamento de um consultório, ao contrário. Quando se fala de uma instituição subvencionada pelo poder público, subentende-se que tanto o psiquiatra quanto o saber que ele produz ou mesmo reproduz, está a serviço de um padrão chamado Estado. A normatização produzida como ciência, é utilizada pelo Estado, pois é ele quem envia o louco e o sustenta no hospício, e não o psiquiatra, como será observado adiante com alguns exemplos.

Foi visto que o discurso médico psiquiátrico, segundo Foucault, traduz um saber que teria o poder de normatizar comportamentos sociais. Como já mencionado, a normatização é dirigida ao corpo social e não ao doente mental. Este é apenas joguete da sociedade que, observando comportamentos desviantes, retira o doente do meio e o remete a um espaço próprio para sua reclusão. Isto só seria possível se a comunidade de um determinado espaço soubesse que é um comportamento passível de ser enviado a um hospício. A paciente Vitória, internada em 1917, tem em seu prontuário carta manuscrita que informa que “o começo do sofrimento da enferma” iniciou quando esta estava menstruada¹⁴⁶.

A pessoa que escreveu a carta carece de escolaridade (a missiva contém muitos erros gramaticais e ortográficos), não tem qualquer formação na área médica. No entanto, se arroga o direito de indicar Vitória como “enferma”, além de que acredita que suas informações possam orientar sobre a origem do mal (não especificado) de que sofre a doente. Ausência de menstruação (“nunca mais apareceu a regra”), ausência de linguagem coerente (“não diz uma palavra que seja certa”), são dados apreendidos não na escola, mas na dita sabedoria popular. Vitória, casada e que foi internada quando tinha 39 anos, entrou no HSP sob o diagnóstico de “demência precoce”, em 1917, e saiu por falecimento, em 1918. Foi observado um comportamento com o qual é difícil a convivência dos mais próximos. Neste caso, a internação poderia estar ligada a dificuldades que a

¹⁴⁶ PHSP de Vitória, 39 anos, casada, internada em 1917.

família encontrou em estabelecer um diálogo com Victória, e esta ausência de comunicação condicionaria ao internamento. O comportamento está restrito ao espaço privado, e embora incomode os familiares, percebe-se que há uma preocupação com o “sofrimento da enferma”. No entanto, quem encaminha a alienada é a Chefatura de Polícia, mostrando que o caminho até o HSP deveria necessariamente passar por ela.

Já o comportamento ligado ao espaço público, este é focalizado com um julgamento explícito.

As informações coletadas foram extraídas dos Dados Comemorativos e foram prestadas por um filho da alienada (possivelmente do ano de 1931, numeração não legível):

Casou com 16 anos. Bebia cerveja preta diariamente, num copo. Alegre e expansiva. Muito trabalhadora e caseira ultimamente quase não parava em casa saindo todos os dias e voltando altas horas da noite [esta declaração teria sido feita pelo filho].

A paciente declarou que tendo arrumado um amante seus filhos deviam abandonar o lar procurando granjear a vida como pudessem. Ponderada por um filho que sendo uma senhora já idosa não lhe ficava bem semelhante procedimento, agrediu-a. Ontem foi a polícia declarar que um filho a queria assassinar e ao seu amante. A noite ao sair de casa e defrontando-se com seu filho pôs-se a correr e gritar que seu filho e a polícia a queriam assassinar¹⁴⁷.

Maria P. adentrou o HSP pela primeira vez em 1918, com o diagnóstico de excitação maníaca. Seria internada mais quatro vezes por curtos espaços de tempo (suas estadas no HSP duravam meses), até sua soltura provisória em 1937, da qual não retornaria à instituição. Na terceira vez em que foi recolhida à instituição, em 1931, o foi porque seu comportamento, no espaço público, não agradou aos filhos, afinal de mãe “muito trabalhadora e caseira ultimamente quase não parava em casa saindo todos os dias e voltando altas horas da noite”. Com aproximadamente 45 anos (em 1931), e “sendo uma senhora já idosa, não lhe ficava bem semelhante procedimento”. Se Maria percebia que a polícia, e não apenas o filho, estava em seu encalço, devia-se possivelmente ao fato de já ter sido encaminhada pela Chefatura de Polícia em sua primeira internação (o que voltaria a ocorrer também nesta ocasião).

Ambos os casos relatados refletem a submissão da família à Chefatura de Polícia, pois mesmo que o comportamento fosse percebido, quer no espaço privado, quer no espaço público, pelos familiares, era à polícia que se devia recorrer. Entende-se assim que a normatização da sociedade tinha dois aspectos: submissão a idéias médicas, e submissão à autoridade policial, afinal era a esta última que se recorria em caso de internamento.

Em que grau estava o Hospício São Pedro submetido à Chefatura de Polícia?

¹⁴⁷ PHSP de Maria P., viúva, 32 anos, primeira internação em 1918.

Decreto n. 595, de 7 de fevereiro de 1903
 Dá novo regulamento para o Hospício S. Pedro
 O Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, no uso da atribuição que lhe é conferida pelo n.º 4 do artigo 20 da Constituição, resolve aprovar o regulamento abaixo transcrito, organizado pelo diretor do Hospício S. Pedro¹⁴⁸.

O HSP é uma instituição pública, e como tal obedece a normas e regulamentos que estão submetidos ao Estado. Portanto, a normatização não é efetuada por códigos discursivos independentes, este controle simbólico exercido pelo médico está a serviço do Estado. Estes códigos discursivos, chegam até a sociedade normatizada, que acredita ter capacidade de perceber quem é louco, mas está – a sociedade - submetida ao Estado. Mesmo que o regulamento tenha sido organizado pelo diretor do hospício, ele tem de ser aprovado pelo presidente do Estado. A questão poder/saber/verdade não possui autonomia quando a instituição em questão é o Hospício São Pedro.

Da admissão e saída dos alienados

Art. 4.º - Ninguém poderá ser recolhido ao hospício S. Pedro [somente] em virtude de autorização do diretor, mediante requerimento de pessoa legítima, ou por efeito de requisição de autoridade competente.

§ 1.º São competentes para requisitar: o secretário do interior e exterior, o chefe de polícia e o juiz de órfãos desta capital; as autoridades residentes nos outros municípios do Estado só poderão requisitar por intermédio do chefe de polícia; se o alienado for militar, a requisição partirá de seu superior autorizado. Essas requisições deverão ser acompanhadas de uma guia contendo o nome, filiação, idade, sexo, residência, naturalidade, cor, profissão, bem como de pareceres médicos ou documentos de interdição, se os houver, e na falta deles, da exposição minuciosa dos fatos que motivaram a reclusão.

§ 2.º são competentes para requerer: o ascendente ou descendente; um dos cônjuges; o tutor ou curador; o chefe da corporação religiosa ou de beneficência. (...) ¹⁴⁹.

Embora o HSP recolha alienados através da requisição de particulares (geralmente parentes) ou autoridades civis, a esmagadora maioria dos doentes que adentravam o hospício eram enviados pela Chefatura de Polícia¹⁵⁰. Um dado relevante que não pode passar despercebido é a necessidade de que a requisição contenha os dados completos do indivíduo encaminhado (nome, filiação, idade, sexo, residência, naturalidade, cor, profissão, bem como de pareceres médicos). Levando-se em consideração que a guia de internação contenham apenas estes mesmos dados iniciais e um diagnóstico, é possível que sequer o doente fosse examinado no HSP, no período entre 1900 e 1925, pois a ausência de anotações terapêuticas foi uma constante nos primeiros vinte e poucos anos do século XX.

¹⁴⁸ Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1903. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de “O Independente”, 1909. p. 126.

¹⁴⁹ Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1903. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de “O Independente”, 1909. p. 127 e 128. Foi realizada atualização ortográfica.

¹⁵⁰ Dos 1.158 enfermos internos no HSP, 870 (75,1%) foram encaminhados pela Chefatura de Polícia.

O caminho observado, através dos prontuários, seria este:

Intendência → Chefatura de Polícia → Gabinete Médico-legal → Chefatura → HSP.

Alguns trechos extraídos de prontuários dão a dimensão do poder que a Chefatura de Polícia tinha em relação ao Hospício São Pedro.

Em guia da Intendência Municipal de Jaguary em 8-12-1921:

(...). Existindo nesta Villa a mulher de nome Laura, de 34 anos presumíveis, parda natural deste Estado, aqui residente, a qual sofrendo das faculdades mentais e andando perambulando pelas ruas desta Villa, tornando-se uma arruaça constante ao sossego e tranqüilidade das famílias aqui residentes, tornando-se ultimamente necessário conservá-la reclusa para não ofender a moralidade pública, peço permissão (...) para fazer apresentá-la nessa Chefatura afim de que lhe seja dado o competente destino¹⁵¹.

Da Intendência Municipal de Alegrete em março de 1910:

Para o Chefe de Polícia do Estado

(...) remeto-vos para ser internada no mesmo estabelecimento, a alienada que consta chamar-se Maria I., de cor parda, com 18 anos presumíveis e sem maiores esclarecimentos por não ser ela conhecida neste município onde apareceu casualmente¹⁵².

Além da “exposição minuciosa dos fatos que motivaram a reclusão” conforme o Decreto de 1903 acima citado, é observado no encaminhamento de Laura a escrita dirigida não ao HSP mas à Chefatura de Polícia: “peço permissão (...) para fazer apresentá-la nessa Chefatura”. Mas esta ligação das Intendências Municipais junto à Chefatura poderia ter motivações que não estariam apenas ligadas à medicina, e sim a interesse de limpeza urbana. No prontuário de Maria I., “sem maiores esclarecimentos por não ser ela conhecida neste município onde apareceu casualmente”, observa-se a necessidade de recolher a algum lugar o que sobra e é indesejável na cidade. Internada na 4ª classe em abril de 1910, viria a falecer em setembro de 1910. As datas informam também que, entre o percurso da Intendência até o HSP, o doente estaria em *trânsito* talvez por semanas.

Alguns prontuários contêm informações esclarecedoras quanto à submissão do HSP ao Estado, representado este pela Chefatura de Polícia. Do Gabinete Médico-Legal da Chefatura de Polícia em maio de 1907: “Atestamos que Maria F., (...), remetida pelo delegado de polícia de Taquary, está em condições de recolhida ao Hospício São Pedro, afim, de ser devidamente observada e tratada”¹⁵³.

¹⁵¹ PHSP de Laura, 34 anos, solteira, internada em 1921.

¹⁵² PHSP de Maria I., 18 anos, não consta estado civil, internada em 1910.

¹⁵³ PHSP de Maria F., 32 anos, solteira, internada em 1907.

Neste primeiro exemplo, o que se observa é que o gabinete médico-legal determina se há condições de ocorrer internamento. Lembrando que os médicos legistas não eram necessariamente psiquiatras, e, no entanto, se outorgavam o direito de dizer quem poderia ser internado.

Da Chefatura de Polícia em outubro de 1908:

Ao Sr. Diretor do Hospício S. Pedro
De ordem do Sr Dr. Chefe de Polícia, autorizo-vos a entregar ao portador desta a reclusa Margarida, que acha-se em condições de ter alta deste estabelecimento, conforme vosso ofício¹⁵⁴.

Em Guia da Chefatura de Polícia em janeiro de 1919:

(...) podeis entregar a reclusa (...) ao portador (...) cidadão Fernando seu pai de criação, que deseja assisti-la em domicílio¹⁵⁵.

Mas não era apenas a internação que necessitava de autorização da Chefatura de Polícia. Se o médico psiquiatra detém conhecimento que concorre para a cura de um doente mental, por que razão deveria ele pedir autorização à Chefatura de Polícia para a soltura de alienados? Como observado acima, a alta para assistência em domicílio necessita de autorização prévia do órgão estatal.

Da Chefatura de Polícia em junho de 1912:

Em resposta ao vosso ofício (...), podero-vos que o pronunciado João Francisco deve ficar neste estabelecimento, onde pode receber o tratamento conveniente, durante os ataques epiléticos a que está sujeito, em vista da (...) informação prestada a esta Chefia, pelos srs. Médicos legistas¹⁵⁶.

O padeiro João, proveniente da Casa de Correção, foi internado pela primeira vez em 1909. Saiu para assistência no ano seguinte, e seria então internado por mais quatro vezes. Em uma destas ocasiões, em 1912, quando recebe novamente alta, a Chefatura de Polícia se manifesta no sentido de que “João Francisco deve ficar neste estabelecimento”. Provavelmente porque a família não o queira mais, e as autoridades entendam que local melhor para um epilético seria o hospício e não a Casa de Correção, que não dispõe de espaço e recursos para atender um doente. Percebe-se então que a alta era questionada, não havia um *saber* que estava acima da autoridade policial.

Porém, este procedimento sofreu resistências por parte dos dirigentes do hospício:

(...) deveis ter notado que só consegui classificar os alienados quanto a procedência, sexo, idade, estado civil, cor, nacionalidade, profissão, incluindo ainda nesses quadros grande número de indivíduos de estado desconhecido. Nenhum esclarecimento mais pude coligir, não me sentindo autorizado nem a precisar na maior parte desse número de enfermos quais aqueles

¹⁵⁴ PHSP de Margarida, 23 anos, solteira, internada em 1908.

¹⁵⁵ PHSP de Jardelina, 15 anos, solteira, primeira internação em 1917.

¹⁵⁶ PHSP de João, 18 anos, solteiro, primeira internação em 1909.

em que influiu a herança patológica, quais aqueles em que influíram outros fatores etiológicos importantes e cujo conhecimento é indispensável debaixo de todos os pontos de vista. Essa deficiência de dados anamnésicos é sobretudo constante nos enfermos que são admitidos em virtude de requisição das autoridades civis ou militares (...), quase a totalidade dos alienados remetidos por essas autoridades, (...) trazem apenas o nome, e esse algumas vezes trocado ou mesmo omitido¹⁵⁷.

Este Relatório apresentado ao então presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo diretor do HSP, Dr. F. P. Dias de Castro, esclarece alguns pontos interessantes. Primeiro, que o diretor informa que deveriam ser da alçada das autoridades que enviam os doentes informações mais precisas para uma correta anamnese, pois esta ausência de informações acarretaria em não poder classificar, dentre os enfermos, “quais aqueles em que influiu a herança patológica, quais aqueles em que influíram outros fatores etiológicos importantes e cujo conhecimento é indispensável debaixo de todos os pontos de vista”. Ou seja, o indivíduo era encaminhado ao HSP, não pelo saber médico, mas por leigos que utilizavam de um pretense saber para respaldar a exclusão, do corpo social, daqueles que de alguma forma perturbavam a comunidade. Por outro lado, esta “deficiência” era claramente apontada como tendo origem no procedimento de “autoridades civis ou militares”, às quais estaria o Hospício São Pedro submetido, isto é, o diretor do hospício não se submetia a este procedimento de forma passiva. Se o “controle simbólico” é exercido pelo Estado, este controle é questionado por quem o deveria ter na origem: o psiquiatra.

Quatro personagens contribuíram em definitivo para o encarceramento de insanos no RS no início do século XX: a família, a autoridade estatal (representada pela polícia), um hospício, que fora construído para abrigar doentes mentais, e o médico que empresta uma áurea de cientificidade ao processo. Não se trata de família má, ou médico malvado, ou ainda instituição perversa a serviço de um Estado que visa a prejudicar. Trata-se da não admissão de comportamentos indevidos, e o envio de doentes ao HSP era a melhor forma de ensinar sobre o que se esperava das pessoas dentro de uma comunidade.

Não se pode falar em micropoder médico ou familiar isolados, ou uma ideologia médica a serviço do Estado. Estes poderes, todos eles, sejam micros ou não, se entrelaçam e se auxiliam quando se trata de doenças mentais no RS. A família tem o poder de enviar ou não seu familiar doente. Quando opta em remeter ao HSP, o faz com o auxílio da polícia. A Chefatura de Polícia

¹⁵⁷ RSIE 3-010 do ano de 1901, p. 160.

conta com uma instituição que abriga, longe do corpo social, os que possuem comportamentos indesejados e modifica este comportamento seja através de trabalho, seja de terapêutica via eletrochoque. O médico então fecha este círculo, e cria uma atmosfera de cientificidade em torno de internamentos que nem sempre condizem com um hospício.

Em outras palavras, o louco sofre uma “exclusão” quando é retirado da comunidade, sendo *integrado* através do trabalho, quando enviado à uma instituição que o submete, que utiliza de mecanismos que promovem uma “mortificação do eu”. Isto acontece porque o conhecimento se fundamenta num “discurso” visto como verdade absoluta, não questionada. E no caso do HSP, este conhecimento, este código discursivo, era submetido ao Estado.

2 ETNIA ITALIANA NO HOSPÍCIO SÃO PEDRO

Não se trata apenas de fazer falar (...) setores adormecidos da documentação e dar voz a um silêncio (...). Significa transformar alguma coisa, que tinha sua posição e seu papel, em alguma outra coisa que funciona diferentemente¹⁵⁸.

Como é que se pode fazer para, vamos dizer, Caxias – como se formou, como se desenvolveu, que problemas houve, que indústrias se instalaram, que culturas foram aí desenvolvidas – tudo isso relacionado com a história nacional, com a economia, com a política? (...). Como é que se capta a História através desses documentos sobre o imigrante – cartas, biografias, depoimentos, registros, etc.?¹⁵⁹.

Introdução

A presença de italianos no Brasil é anterior ao ano de 1875, data utilizada para indicar início do deslocamento desta etnia rumo ao sul do país: nas Missões Jesuíticas em 1629, na Bahia em 1820, em Santa Catarina em 1836. “Mais de 27 milhões de italianos emigraram (...), e de 1875 a 1914 aproximadamente cem mil italianos vieram para as colônias gaúchas”¹⁶⁰.

As causas da emigração da Itália estão intimamente atreladas à política de unificação: aumento dos impostos, que resultaram na tomada de pequenas propriedades pelo fisco, concentração de terras nas mãos de poucos e perda do mercado consumidor francês para o vinho italiano, quando do rompimento das relações comerciais entre os dois países, são algumas das motivações. Dificuldades por que passou a população da península itálica são, portanto, fatores que desencadeiam a emigração, não a superpopulação italiana. Consciente de ser a emigração “válvula de

¹⁵⁸ CERTAU, Michel. *A Escrita da História*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982, p. 83.

¹⁵⁹ *Imigração Italiana: estudos*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 1979. (Conferências e debates apresentados durante o 1º e o 2º Fórum de Estudos Ítalo-Brasileiros, 1975 e 1976), p. 44. A frase é do reconhecido marxista Octavio Ianni direcionada a Thales de Azevedo, após palestra deste último.

¹⁶⁰ MACHADO, Cesar Pires. *Buona gente: marcha para o sul*. Porto Alegre: Edições EST, 2005, p. 21 e 23.

segurança” pois enviava para fora possíveis líderes de perigosas agitações, “a emigração era uma arma eficaz para preservar a mesma ordem social que lhe dava causa”¹⁶¹. Quanto ao país receptor, o Brasil, a extinção do tráfico (somado à iminente abolição da escravidão), aliada a uma necessidade de branqueamento da população, contribuiu para os esforços encetados pelo governo para a ocorrência da imigração em larga escala para terras gaúchas¹⁶².

Alguns anos antes, em 1810, Porto Alegre se tornava Vila, para, em 1822, tornar-se cidade. À mudança de *status*, somou-se a necessidade de implantação de serviços urbanos para atender à população, e, dentre estes serviços, a criação de hospitais se fazia necessária. Em 1826, já funcionavam as primeiras enfermarias da recentemente inaugurada Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, com função muito mais assistencial do que terapêutica, ajudando além dos pobres, os excluídos do convívio social por doença mental: os loucos. Serão os provedores da instituição que reclamarão novo destino aos alienados instalados na Santa Casa (além daqueles alojados na cadeia da cidade), e em 1884 será então fundado o Hospício São Pedro¹⁶³.

A constatação de que italianos estiveram internados no Hospício São Pedro encaminhou pesquisa no sentido de quantificá-los e qualificar em que termos foram feitas as reclusões na instituição, tendo por fontes os prontuários oriundos do HSP.

Na historiografia brasileira, trabalhar com prontuários médicos de um hospício não é novidade. Pioneira na escrita de uma história sobre a loucura em São Paulo, Maria Clementina Pereira Cunha publicou em 1986 *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*¹⁶⁴, e o fez em uma época em que os escritos históricos estavam focados em questões econômicas. O trabalho de

¹⁶¹ IANNI, Constantino, op. cit., p. 50, 70-77 e 83.

¹⁶² GIRON, Loraine Slomp. A imigração italiana no RS: fatores determinantes. In: LANDO, Aldair (org.). *RS: Imigração e Colonização*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980, p 53-55.

¹⁶³ WADI, Yonissa. Um “palácio para guardar doidos”: a construção do Hospício São Pedro e o surgimento da Psiquiatria no Rio Grande do Sul. In: MAUCH, Cláudia (et al.). *Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade*. Porto Alegre/Canoas/São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS/Ed. Ulbra/Ed. UNISINOS, 1994, p. 44 a 46, 51, 53 e 57. Outros títulos que informam sobre fundação e início de atividades do Hospício São Pedro: SCHIAVONI, Alexandre. *A institucionalização da loucura no Rio Grande do Sul: O Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina*. 1997. (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997; SCOTTI, Zelinda Rosa. *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospício São Pedro (1900-1925)*. 2002. (Mestrado de História), - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

¹⁶⁴ CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. A obra de CUNHA tornou-se de inestimável valor após incêndio que destruiu o acervo do hospício Juquery: “Queimaram com ele mais de cem anos da história da psiquiatria paulista e brasileira – prontuários médicos, arquivos técnicos e administrativos – que guardavam o dia a dia do Hospital do Juquery desde o tempo do médico Franco da Rocha, fundador da instituição. O edifício abrigava ainda a mais completa biblioteca brasileira de livros e periódicos em psiquiatria da metade do século XIX até metade do século XX.”

Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/minhacidade/06.065/1957>, acesso em 19 de agosto de 2011.

Cunha, bem como o de Engel¹⁶⁵ que escreveu sobre a loucura no Rio de Janeiro, não aborda o tema da alienação¹⁶⁶ pelo enfoque quantitativo. Os documentos, em específico os prontuários, são observados por um viés qualitativo. E em se tratando do Hospício São Pedro em Porto Alegre, a tese *Louca pela vida: a história de Pierina*¹⁶⁷ é bastante audaciosa uma vez que se baseia em um único prontuário.

A proposta para este capítulo é, sem perder de vista o qualitativo, evidenciar que a pesquisa calcada em número significativo de documentos médicos para dada época permite observação mais acurada dos internamentos realizados. Desde motivações para que ocorressem (plausível de ser observado por meio dos diagnósticos¹⁶⁸), até possíveis diferenciações no que diz respeito a gênero, estado civil, idade, etc. Estas observações procedem de pesquisa sobre **1.175** prontuários do Hospício São Pedro para o período de 1900 a 1925 (período que compreende a primeira internação). No entanto, uma vez que foram identificados prontuários duplicados (ver Anexo 1 - Homônimos), a pesquisa irá trabalhar com um número inferior de prontuários: **1.158**.

Através destes documentos de origem médica, “que tinham sua posição e seu papel, [transformados] em alguma outra coisa que funciona diferentemente”¹⁶⁹, acredita-se admissível efetuar *operações* de comparação, acréscimos e esclarecimentos quanto aos internamentos de italianos e seus descendentes no Hospício São Pedro: os prontuários possibilitam uma maneira distinta de escrever história sobre a etnia italiana.

O tratamento dos dados coletados, feito por intermédio do programa de computador Office/Access, procura trazer à luz um maior número de informações extraídas das fontes pesquisadas, que seria praticamente inviável de forma manual. Assim, **se a ideia central é discorrer sobre italianos e executar a tarefa comparando esta etnia com o restante da população do Hospício São Pedro**, o quantitativo auxiliará no sentido de evitar distorções.

São Objetivos desta etapa do trabalho:

- apresentar as principais fontes que embasam este capítulo e os próximos, a saber, prontuários médicos do Hospício São Pedro;

¹⁶⁵ ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

¹⁶⁶ “No sentido de ‘alienação mental’, está hoje em desuso, mas até meados do século XX o termo era sinônimo de *loucura*, de perturbação mental grave (*psicose*) com perda da ligação e sentido da realidade” (grifos no original). PESTANA, Emanuel; PÁSCOA, Ana. *Dicionário Breve de Psicologia*. Lisboa: Presença, 1998, p. 16.

¹⁶⁷ WADI, Yonissa Marmitt. *Louca pela vida: a história de Pierina*. 2002. (Doutorado em História) – Faculdade de História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

¹⁶⁸ Questões relativas aos diagnósticos serão abordadas no capítulo 3. *Entre diagnósticos médicos e narrativas* e capítulo 4. *A loucura inscrita no corpo feminino*.

¹⁶⁹ CERTAU, Michel, op. cit., p. 83.

- explicitar a TI (tecnologia da informação¹⁷⁰) utilizada para o tratamento dos prontuários;
- tendo por base os Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior e os prontuários do HSP, apurar sobre quantificação de italianos nas dependências da instituição médica;
- ressaltar a procedência dos pacientes italianos e italianas (se capital ou interior), e se os internos são italianos, italianas ou descendentes;
- apontar aspectos sobre internamentos de italianos e italianas (e descendentes) ressaltando *estado civil e profissões*;
- levantar aspectos sobre internamentos de italianos e italianas (e descendentes) ressaltando *falecimentos* ocorridos na instituição;
- listar italianos e italianas (e descendentes) *pensionistas e procedentes de Porto Alegre*.

2.1 Fontes

É importante frisar que este trabalho utiliza fontes que foram produzidas nos domínios do Hospício São Pedro. Em se tratando de Relatórios, estes são confeccionados pelo Diretor do Hospício, e/ou por seu administrador¹⁷¹. Quanto aos prontuários médicos¹⁷², estes são a *real* escrita médica, discurso médico na sua *verdade*. Se os Relatórios emitem um parecer que pretende retratar uma instituição modelo, os prontuários muitas vezes refutam, involuntariamente, os Relatórios. Produzidos para não serem manuseados por leigos, eles contestam aquilo que é mencionado nos Relatórios, como, por exemplo, terapêuticas aplicadas aos insanos¹⁷³ (nos Relatórios, visualiza-se um hospício modelo, nos prontuários, ausência total de anotações de terapêutica).

¹⁷⁰ Para maiores esclarecimentos sobre Tecnologia da informação ver <http://www.infowester.com/ti.php>.

¹⁷¹ Trata-se de Relatórios assinados por alienista (diretor) e um funcionário (administrador) do Hospício São Pedro, contidos nos *Relatórios apresentados ao Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior*, tendo por sigla SIE, e devem ser observados com a devida cautela. Adiante, poderá ser constatada informação errônea extraída de um destes Relatórios, e que foi utilizada por historiadores no passado recente. O que se enfatiza é que ambas as fontes, prontuários e Relatórios, se complementam, mas não devem ser vistas como fontes livres de críticas. Também serão utilizadas informações extraídas de Relatórios oriundos do Hospício São Pedro, quando este esteve sob a égide da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Todas as fontes serão submetidas a devida atualização ortográfica: Relatórios, prontuários e obras impressas.

¹⁷² Entende-se que a História é feita com documentos, e estes sofrem leitura e interpretação, muitas vezes, distintas de quem os produziu, mesmo tratando-se de um prontuário médico. É um mito supor que documentos desta natureza possam ser entendidos apenas por quem os confecciona, afinal, uma vez que, os códigos discursivos de um médico, empregam a mesma linguagem vernácula do pesquisador, o entendimento do que está escrito é passível de ser compreendido.

¹⁷³ Os diagnósticos informados nos prontuários médicos do Hospício São Pedro, coletados conjuntamente com outros dados, são, neste trabalho, apresentados com significados e quais prováveis sintomas apresentariam, traduzindo o “discurso médico” da época. Isto foi possível lançando-se mão de literatura especializada: manuais médicos, tendo por público alvo estudantes da área médica. No intuito de evitar anacronismos, foram privilegiadas obras que estejam localizadas no *espaço* em relação ao HSP de Porto Alegre e ao *tempo* em que foram apreendidas informações nos

Sabendo-se que, os prontuários do HSP fazem parte de uma documentação com acesso restrito, optou-se por mostrar visualmente um exemplo (em específico a guia de internação). Estes documentos médicos apresentavam o seguinte formato no início do século XX:

Figura 1 – Guia de internação do Hospício São Pedro no início do século XX

HOSPICIO S. PEDRO

N^o _____

Classe _____ Divisão _____ Secção _____

Nome _____	
Filiação _____	
Temperamento _____	Residência _____
Constituição _____	Profissão _____
Idade _____	Admissão provisória a _____ de _____ de 1911
Estado Civil _____	Admissão definitiva a _____ de _____ de 1911
Sexo _____	Faleceu a _____ de _____ de 1911
Nacionalidade _____	Saíra a _____ de _____ de 1911
Estadualidade _____	
Diagnóstico _____	Objecto em depósito _____
Moléstias antecedentes _____	
Moléstias intercorrentes _____	

prontuários. A título de informação duas obras do início do século XX: ROXO, Henrique. *Manual de Psychiatria*. 2 ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1925, e BENCHIMOL, Newton. Burlamaqui. *Menstruação: anomalias menstruaes*. Rio: Flores & Mano, 1935. Na ausência de literatura da época se recorreu então a escritos mais recentes, caso de *Pequena psiquiatria: para estudantes e para os que colaboram com o psiquiatra*, de J. H. Van Den Berg, com primeira tradução para língua portuguesa realizada em 1970. Em relação ao espaço de escrita, optou-se por manuais de cunho psiquiátrico feitos no Brasil e não em específico no Rio Grande do Sul. Quando da leitura de *Manual de Psychiatria* de Henrique Roxo, o autor informa, dentre outros diagnósticos, sobre a demência precoce: *No entanto já é coisa corrente e bem aceita no Rio de Janeiro a concepção da demência precoce quando ao mesmo tempo na França ainda há hesitação em a aceitar* (p. 280 e 281). Como será observado, no Hospício São Pedro foi encontrada mais de uma centena e meia de alienados com o diagnóstico de *demência precoce*, assim escrito pelos alienistas que recepcionaram os loucos nesta instituição. No último capítulo, a obra *O Segundo Sexo* de Simone de Beauvoir, será utilizada como fonte.

Figura 2 – Detalhe da guia de internação do Hospício São Pedro no início do século XX

HOSPICIO S. PEDRO	
N.º	
Classe	Divisão
Secção	
Nome	
Filiação	
Temperamento	Residência
Constituição	Profissão
Idade	Admissão provisória a de de 191.....
Estado Civil	Admissão definitiva a de de 191.....
Côr	Falleceu a de de 191.....
Nacionalidade	Sahio a de de 191.....
Naturalidade	
Diagnostico	Objectos em deposito

No detalhe é possível observar quais informações eram registradas sobre os pacientes do HSP, sendo que os dados pessoais são as únicas anotações que podem ser verificadas além do diagnóstico. Os prontuários pesquisados demonstram que todo e qualquer tratamento que por ventura tenha ocorrido com os internos não foi devidamente anotado, quer a administração de medicação, quer apontamentos sobre comportamento do interno e observações do alienista, neste sentido. Enfim, quaisquer dados que indicassem algum tratamento junto aos alienados do HSP, não importando a classe a que pertenciam, se pensionistas (e portanto pagantes) ou indigentes, são inexistentes para o

período ora trabalhado: 1900 a 1925. Raras anotações como a cor do cabelo, estatura e a cor dos olhos podem ser verificadas no verso desta guia. Bem como informações sobre temperatura do corpo (apontadas em uma guia, mas sem observações quanto a medicação), ou apontamentos de um estado mórbido (quando o paciente apresentava diarreia eram feitas anotações seguidas até o óbito), e anotações esparsas. Os compostos farmacológicos, apontados nos relatórios, não aparecem nos prontuários, quer seu emprego, e muito menos a quantidade utilizada. Como citado à página 58 no primeiro capítulo, uma gama variada de fármacos já era utilizada no São Pedro segundo consta em relatório expedido pela instituição: bromureto de potássio, bromureto de sódio, ohioral, belladona, meimendro, ópio, morfina, noz-vomica, valeriana, tônicos, ferruginosos, preparações iodadas, iodureto de potássio, sulfato de quinina, digitalis, emeticos, purgativos, emenagogos, revulsivos¹⁷⁴.

Existe a possibilidade de que as informações contidas no cabeçalho dos prontuários, em alguns casos, sequer correspondam aos dados reais de pacientes. Sobre isto o Diretor Dr. Tristão de Oliveira Torres comenta em Relatório de 1902:

(...) as autoridades do interior continuaram a remeter para esta capital os infelizes doentes sem as necessárias informações, o que alias constitui uma imposição regulamentar. Não raro é virem ter a este estabelecimento requisições que apenas, por única informação, consignam o nome próprio do doente, e algumas nem isso, fato que se pode verificar no livro de matricula, onde estão dois sugestivos N.N. substituindo o nome de um doente. Este ano foi matriculada uma doente vinda de Cacimbinhas com o nome de Comissária. A infeliz alienada, nas suas concepções delirantes, dizia-se comissária, e a autoridade, aproveitando-lhe a ideia, assim a batizou e assim a remeteu para esta capital. Não se torna necessário por em evidência os inconvenientes que uma tal política acarreta, que elas saltam a vista. Compreendo bem que nem sempre será fácil a autoridade policial colher informações amplas e exatas das famílias, que em geral, obcecadas pelo preconceito, se recusam a fornecer elementos ou dados anamnésicos, cujo valor desconhecem¹⁷⁵.

As informações, ou a falta delas, colhidas pela autoridade que encaminhava o paciente, na grande maioria das vezes a Chefatura de Polícia, eram vistas como fundamentais pelos médicos que acolhiam os loucos no HSP. A pesquisa permitiu observar que, somente em meados da década de 20 do século passado, uma nova guia passará a ser utilizada, e nela constarão então as medidas terapêuticas que foram empregadas nos internos.

¹⁷⁴ RSCM do ano de 1884, p. 9.

¹⁷⁵ RSIE.3-011, do ano de 1902, p. 238.

Os pacientes que porventura permaneceram no Hospício após a data da incorporação da nova guia a tem em seu prontuário e assim adiciona maiores informações, melhor dizendo, finalmente¹⁷⁶ adiciona alguma informação sobre o que é feito (terapêutica) aos pacientes na dita instituição.

Portanto, o período de tempo de 1900 a 1925, é para a *primeira internação*, e a documentação com data posterior (caso da nova guia) ao período estipulado será também analisada quando puder contribuir sobre dados a respeito do paciente. Exemplo desta nova guia:

Figura 3 – Nova guia de internação do Hospício São Pedro¹⁷⁷

ASSISTENCIA A ALIENADOS DO RIO GRANDE DO SUL
HOSPITAL S. PEDRO

PAPELETA N.º _____
(Antigo)

NOME _____
PRENOMES _____

Idade 40 anos Raça BRANCA Naturalidade DESTE P.S. ?
Estado civil _____ Profissão _____
Alguns sinais característicos _____

Município de _____ } P O R T O A L E G R E,
procedencia)

N.º de Registro _____ N.º de Matrícula _____
Divisão _____

Classe de _____ Sala _____ Leito n.º _____ Seção de (1.º) Observação
(2.º) Tratamento
(3.º) Crônico

Diagnóstico *Psicose letárgica - álcool - alcoolismo - 5.9.8. deuse*

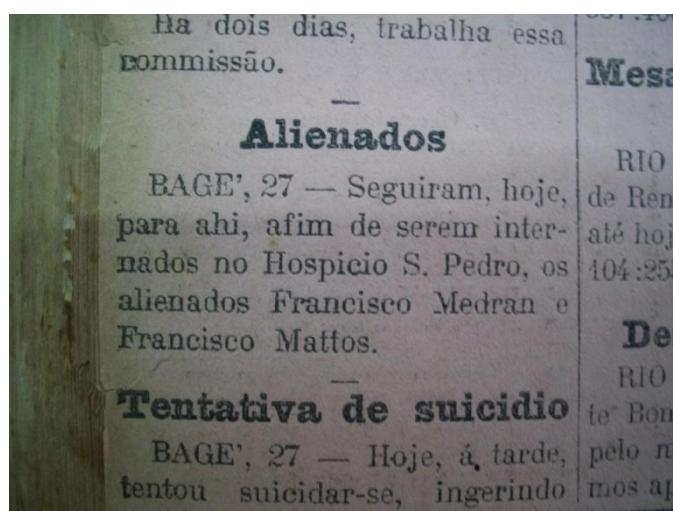
Mez	Dia	OBSERVAÇÃO PSYCHIATRICA	MOLESTIAS INTERCURRENTES
<i>Maço</i>	<i>24</i>	<i>Examinada</i>	
<i>Julho</i>	<i>19</i>		<i>Exame de urina Exame de sangue 152</i>
			<i>Requisição em clínica de psicologia em 17/11/24 J. A. B. de Azevedo</i>

¹⁷⁶ Os trabalhos de Wadi e Santos (WADI, Yonissa Marmitt, 2002, op. cit.; SANTOS, Nadia. *Histórias de Sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos*. 2005. (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005) podem dar uma dimensão errônea dos prontuários do HSP. Tese com riqueza de detalhes sobre a interna *Pierina*, Wadi trabalha com o mesmo período, e baseia sua tese em um único prontuário, que contém, além de cartas da alienada, o processo crime deixado junto ao documento médico pelo próprio APERS (que o localizou na década de 90). Isto permitiu trabalho bastante instigante da historiadora. Porém, trata-se de documento totalmente excepcional. Já a tese de Santos está circunscrita à década de 30, quando os prontuários já detêm maior número de informações através de anotações sistematizadas.

¹⁷⁷ As imagens constantes nas figuras 1, 2 e 3 são oriundas de uma autorização informal (telefonado ao Comitê do HSP, o qual permitiu o procedimento) concedida ao final dos anos 90, quando foi requerido para uma apresentação de trabalho e posterior apresentação do mestrado. No caso das figuras 1 e 2 foi encontrada guia em branco e na ocasião foi realizado escaneamento (hoje chamada digitalização), já a figura 3 foi feita fotocópia, apagados nome e prenome com corretivo e novamente fotocopiado.

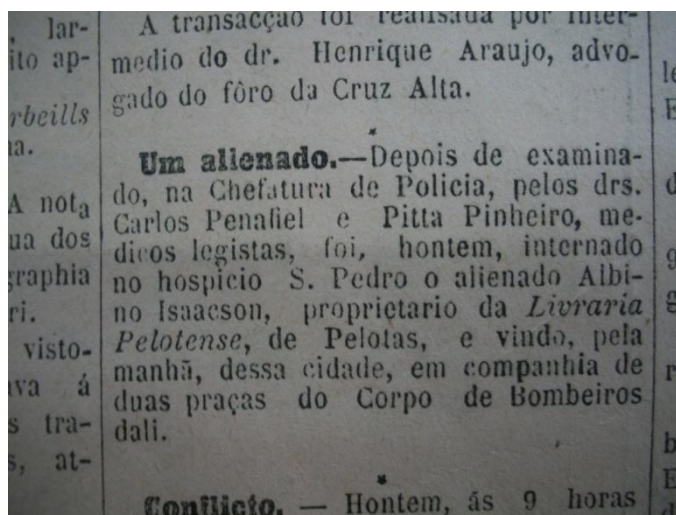
Por fim, a título de informação, a questão ética envolvendo os prontuários, no sentido de não divulgar nomes de pacientes, deve ser vista como algo atual, pois esta condição não era respeitada à época estudada, entre 1900 e 1925, sendo divulgado o nome completo de alguns pacientes e sua procedência. Abaixo, alguns exemplos de notícias extraídas de jornal em 1911:

Figura 4 - Em 28/10/1911, página 6 do jornal *Correio do Povo*¹⁷⁸



“Bagé, 27 – Seguiram, hoje, para ai, afim de serem internados no Hospício S. Pedro, os alienados Francisco Medran e Francisco Mattos”.

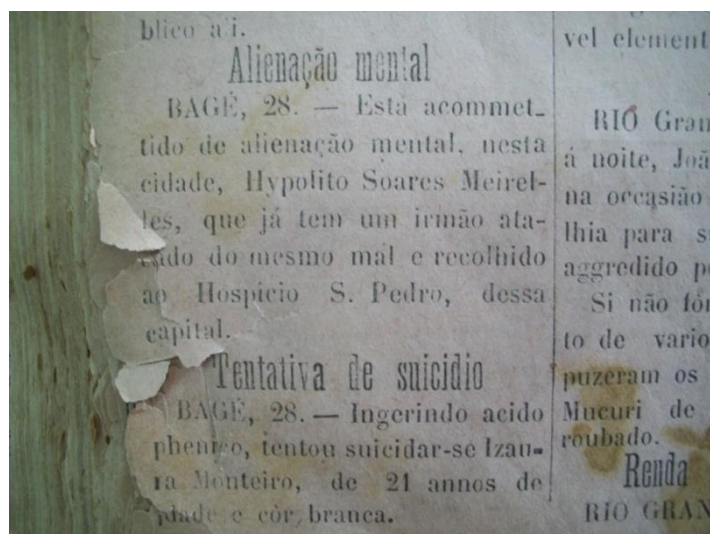
Figura 5 - Em 04/06/1911, página 4 do jornal *Correio do Povo*



“Um alienado – Depois de examinado na Chefatura de Polícia, pelos Drs. Carlos Penafiel e Pitta Pinheiro, médicos legistas, foi, ontem, internado no hospício S. Pedro o alienado Albino Isaacson, proprietário da Livraria Pelotense, de Pelotas, e vindo, pela manhã, dessa cidade, em companhia de duas praças do Corpo de Bombeiros dali”.

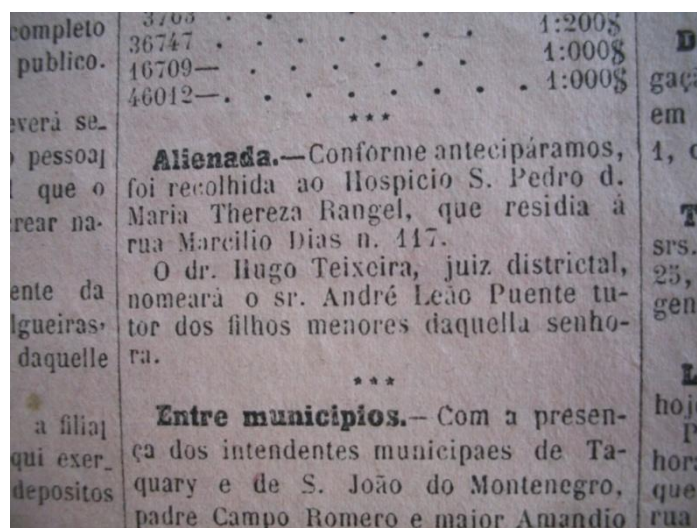
¹⁷⁸ A reprodução do texto abaixo de cada noticia digitalizada, tem intuito apenas de auxiliar na leitura em caso de impressão sem nitidez.

Figura 6 - Em 29/06/1911, página 6 do jornal *Correio do Povo*



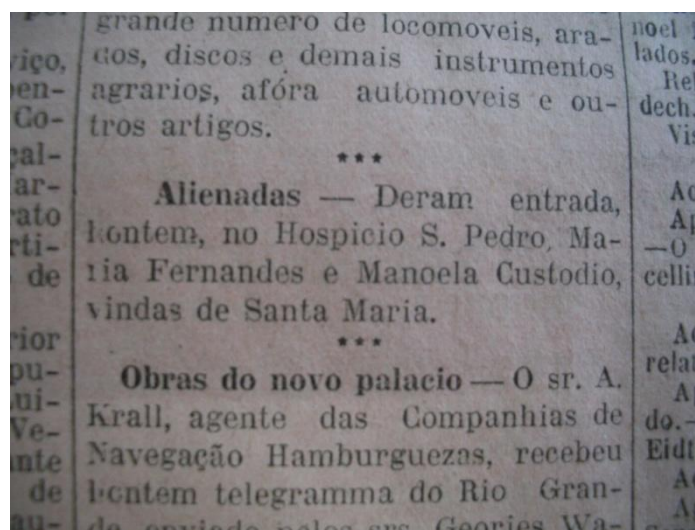
“Bagé, 28 – Está acometido de alienação mental, nesta cidade, Hypolito Soares Meirelles, que já tem um irmão atacado do mesmo mal e recolhido ao Hospício S. Pedro, dessa capital”.

Figura 7 - Em 07/07/1911, página 4 do jornal *Correio do Povo*



“Alienada – Conforme antecipamos, foi recolhida ao Hospício S. Pedro d. Maria Thereza Rangel, que residia à rua Marcilio Dias n. 117. O dr. Hugo Teixeira, juiz distrital, nomeará o Sr. André Leão Puente tutor dos filhos menores daquela senhora”.

Figura 8 - Em 25/07/1911, página 5 do jornal *Correio do Povo*



“Alienadas – Deram entrada, ontem, no Hospício S. Pedro, Maria Fernandes e Manoela Custodio, vindas de Santa Maria”.

Salienta-se que *alguns* dos mencionados acima não foram encontrados nas caixas manuseadas, e não fazem parte do Banco de Dados que originou este trabalho.

2.2 Metodologia: *Quantitativo e o programa Access*

Os procedimentos metodológicos foram construídos no intuito de valorizar quantitativamente (responder a questionamentos “sem interferência de casos limites sendo generalizados”) e qualitativamente os internos que nunca tiveram voz¹⁷⁹. Neste sentido, esta pesquisa observa que quantitativo e qualitativo são faces de uma mesma moeda: ambos se complementam, ambos têm mesmo peso e valor.

É importante frisar que “a pesquisa quantitativa tem os mesmos objetivos que a qualitativa: explicar o homem, coletivo e individual”¹⁸⁰ além da possibilidade de estabelecer relações exatas fornecendo informações que na pesquisa qualitativa poderiam passar despercebidas. O quantificar

¹⁷⁹ A metodologia foi diluída ao longo dos capítulos. Neste capítulo foi trabalhado o quantitativo, no capítulo seguinte, Análise Textual Discursiva e Micro-história.

¹⁸⁰ AROSTEGUI, Julio. *A Pesquisa Histórica: teoria e método*. Bauru: EDUSC, 2006, p. 538

torna-se um poderoso aliado de resultados que agregam informações. Para que ocorra a quantificação, é necessária a existência de uma “variável” que possa ser medida¹⁸¹,

(...) como indivíduos pertencentes a uma determinada associação, o preço dos cereais, os indivíduos existentes nas prisões, tipos de livros nas bibliotecas. Trata-se de exemplos, entre muitíssimos outros possíveis, de realidades conceitualizadas, que *são divisíveis em unidades e que podem ser medidas*: sócios, unidades de moedas por quilo de trigo, presidiários e livros (grifos meus)¹⁸².

Ao observar internos em um hospital, estes podem ser quantificados. Igualmente se o separarmos por gênero (homens e mulheres), estado civil (solteiros, casados, viúvos), local de procedência (interior ou capital), etc., todas estas *variáveis* são passíveis de serem medidas e, portanto, quantificadas. Neste trabalho, não importa o número exato de internos de etnia italiana, mas poder comparar a quantidade de internos desta etnia em relação ao restante da população do Hospício São Pedro dentro de um número “X” de internos. As tabelas contidas nos capítulos 3 e 4 têm por objetivo principal complementar informações.

Exemplificando. Na tabela a seguir foi contemplado apenas o número de internos de etnia italiana que foram asilados com demência precoce:

Tabela 2 – Internos no HSP de ascendência italiana com demência precoce

Diagnóstico demência precoce			
		Homens italianos	12 (100%)
		Homens italianos casados	2 (16,6%)
		Homens italianos solteiros	10 (83,3%)
		Homens italianos viúvos	-
		Mulheres italianas	9 (100%)
		Mulheres italianas casadas	4 (44,4%)
		Mulheres italianas solteiras	4 (44,4%)
		Mulheres italianas viúvas	1 (11,1%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Aqui, 12 é o número total de homens italianos e 9 o número total de italianas que foram internados com diagnóstico de demência precoce. Os altos percentuais em alguns casos (83,3% de solteiros do sexo masculino) poderiam levar a conclusões deformadas: a demência precoce atinge muito mais os solteiros, e em especial os italianos com um percentual de 83,3%. A comparação com os outros internos evita a conclusão de que italianos solteiros foram em grande número atingidos pela

¹⁸¹ AROSTEGUI, Julio, op. cit., p. 539.

¹⁸² AROSTEGUI, Julio, op. cit., p. 540.

doença. Em comparação com a população masculina que detêm a mesma enfermidade, os percentuais são inexpressivos, afinal são 11,3% de italianos solteiros que têm demência precoce em relação a uma população masculina de 88 enfermos:

Tabela 3 – Internos no HSP com demência precoce

Diagnóstico demência precoce			
Homens	88 (100%)	Homens italianos	12 (13,6%) ¹⁸³
Homens casados	11 (12,5%)	Homens italianos casados	2 (2,2%)
Homens solteiros	67 (76,1%)	Homens italianos solteiros	10 (11,3%)
Homens viúvos	1 (1,1%)	Homens italianos viúvos	-
<hr/>			
Mulheres	78 (100%)	Mulheres italianas	9 (11,5%)
Mulheres casadas	25 (32,0%)	Mulheres italianas casadas	4 (5,1%)
Mulheres solteiras	46 (58,9%)	Mulheres italianas solteiras	4 (5,1%)
Mulheres viúvas	3 (3,8%)	Mulheres italianas viúvas	1 (1,2%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Observação: os números nem sempre fecham em 100%, porque, quando há informações cruzadas, alguns dados podem não constar no prontuário. Por exemplo: para os 88 homens com demência precoce, 9 não possuem dados de estado civil (8 não constam e 1 ignorado).

Além do auxílio do dado qualitativo (ocorreram internações de italianos e italianas por demência precoce), é possível inferir que um número significativo de outros homens e outras mulheres também foram internados pelo mesmo motivo. Um detalhe a ser ressaltado é observar qual a incidência de internamentos quanto ao estado civil, e o que isto poderia significar. É o chamado *indicador*:

Os indicadores são conceitos, variáveis que servem de “mediadores” entre o conceito definido e sua presença real em uma determinada situação. O uso de bons carros é *senal* de (indica) riqueza; as cifras de desemprego podem ser *senal* (indicam o estado de) conjuntura econômica; o número de incidentes de rua é *senal* de (indício de) estado de violência. Os conceitos de “bom carro”, “desemprego” e “incidente de rua” constituem indicadores de magnitude de outros conceitos como “riqueza” (de uma pessoa em geral), “atividade econômica” e “violência”, respectivamente (grifos do autor)¹⁸⁴.

No caso da Tabela 3, a alta incidência de solteiros entre os que foram internados por demência precoce pode ser um *indicador* de que os casados possam ter sido preservados pelas famílias (cônjuges), e não foram remetidos ao HSP. A pesquisa não se propõe a trabalhar *apenas* com indicadores, que na verdade são possibilidades de que algo possa ter ocorrido. Utilizar tabelas com quantificações irá auxiliar quanto ao todo de internos anotados/quantificados (num total de **1.158 prontuários**), e neste universo capturar/comparar com os internos de etnia italiana.

¹⁸³ A título de orientação esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 88 homens internos no HSP devido a demência precoce, 10 são de etnia italiana e solteiros, perfazendo um percentual de 11,3%.

¹⁸⁴ AROSTEGUI, Julio, op. cit., p. 542.

Uma frase lapidar de Soboul indica que, na realidade, são os objetivos da pesquisa que vão encaminhar os pressupostos da quantificação: “Para que recolhemos e classificamos dados numéricos se não é para obter respostas a perguntas específicas?”¹⁸⁵.

Quando da primeira coleta de informações dos prontuários no APERS, entre 1998 e 2002¹⁸⁶, os dados foram digitados em tabelas simples para contagem manual. Aspecto das mesmas com o recurso *print*¹⁸⁷:

Figura 9 – Tabelas digitadas entre 1998 e 2002

Nome	Idade	Estado Civil	C	Ano Intern	Ano Alta	Motivo Alta	Diagnóstico	Cidade	Profissão	Observações	Encaminhamento
Dionísio F.	15	Solteira	4*	1913	1941	Assistência	Degeneração hereditária, debilidade mental, demência precoce	Porto Alegre	Não consta	Italiana Internação + 1 Sexualidade	Chefatura Polícia
Maria Theresia de J.	48	Solteira	4*	1913	1914	Falecimento	Degeneração hereditária, imbecilidade, psicose maníaco-depressiva	Cruz Alta	Serv. domést.		Chefatura Polícia
Dionísio F. Flores C.	30	Casada	3*	1913	1913	Assistência	Acesso delirante, obsessão e misticismo ...	Porto Alegre	Serv. domést.		Particular (mando)
Anna C.	40	Casada	4*	1911	1913	Assistência	Excitação maníaca, degeneração hereditária	Antônio Prado	Não consta	Italiana Internação + 1	Chefatura Polícia
Malvina C.	30	Solteira	4*	1913	1915	Falecimento	Demência precoce	Alegrete	Serv. domést.		Chefatura Polícia
Plácida Antonia R.	30*	Viúva	2*	1913	1914	Assistência	Psicose periódica (psicose maníaca depressiva)	Uruguiana	Serv. domést.		Particular (irmão)
Sylvia M. F.	60	Casada	4*	1913	1921	Falecimento	Psicose maníaca depressiva	Porto Alegre*	Não consta	Italiana	Chefatura Polícia
Rosa C.	36	Casada	4*	1903	N com	Não consta	Excitação maníaca	Lagoado	Colona*	Italiana Internação + 1 Maternidade	Santa Casa
Maria E.	30	N const.	4*	1913	1916	Transferida p/ Sta Casa	Psicose maníaca progressiva associada, e também esquizofrenia (ouve vozes de deuses, gelos cruéis)	São Gabriel	Não consta		Chefatura Polícia
Dida R.	15	Solteira	4*	1913	1913	Assistência	Psicose epiléptica, degeneração hereditária	Palotas	Serv. domést.		Chefatura Polícia

¹⁸⁵ SOBOUL apud TOPOLSKI, Jerzy. *Metodologia de la Historia*. 3 ed. Madrid: Catedra, 1992, p. 373.

¹⁸⁶ O que permitiu a execução da dissertação de mestrado *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospício São Pedro (1900-1925)*. Recordando o que foi informado na apresentação, a manipulação dos prontuários do Hospício São Pedro para fins de pesquisa para o mestrado foi permitida através da Resolução/aprovação expedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro em 5 de outubro de 2000 para o projeto de n. 00.008 (projeto de mestrado), e para a presente tese foram obtidas as autorizações do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, expedida em 23 de setembro de 2011, e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro através da Resolução/aprovação expedida em 16 de maio de 2012 para o projeto de n. 11.031 (projeto de doutorado).

¹⁸⁷ É importante frisar que este sistema foi o adotado para a confecção da Dissertação de Mestrado, mostrando-se posteriormente falho, pois não permitiria a contagem com cruzamento de dados. Para o número total de internos, a quantificação seria no mínimo penosa de ser feita sem recurso de algum programa de computador, além de que o cruzamento de informações seria algo inviável. Por ocasião do Mestrado, a quantificação ficou restrita aos internos de etnia alemã, em contagem manual.

Nome e Sobrenome: para identificar possíveis parentescos e/ou repetições de nome. Serve também como guia para investigações.

Idade: permite observar a que faixa etária pertenciam os internos. Esta informação possibilita a observação de crianças, em tenra idade (5 anos), no HSP.

Estado Civil: possibilita observar se a incidência de falecimentos ocorreu em maior número entre solteiros ou casados, se a internação era mais longa entre solteiros ou casados, etc.

Classe: desmistifica a idéia de que apenas pobres tiveram entrada no Hospício. As classes 1^a, 2^a e 3^a diziam respeito aos internos pensionistas que pagavam, necessitando de fiança, um documento a mais mostrando envolvimento de familiares ou mesmo empresas no internamento. A grande maioria porém, era da 4^a classe (pobres ou indigentes). Este dado poderá ser cruzado com a profissão do insano.

Ano da Internação e Ano da Alta: localização no tempo, e por que período ocorria a internação.

Motivo da Alta: poderia acontecer por cura, melhora, fuga, assistência ou falecimento.

Diagnóstico: necessário para conceituar loucura na época estudada.

Cidade de Origem: se oriundo do interior (é especificada a cidade) ou da Capital.

Profissão: muito rico no que diz respeito ao sexo masculino, embora também surjam alguns dados esclarecedores para mulheres, tais como: *mulher pública* e *serviço doméstico colonial*.

Encaminhamento: permite observar estreita ligação da Polícia com o Hospício, e a incidência de particulares e outras instituições que encaminham os alienados (familiares, Santa Casa, Casa de Correção, etc.)¹⁸⁸.

A coleta dos dados foi o primeiro passo, quantificar e como fazê-lo, foi tarefa para uma segunda etapa. Um domínio maior sobre TI seria necessário. O que se pode dizer sobre um conhecimento (programas de computador) pouco utilizado por profissionais da História? Quais avanços e recuos nesta área se levado em conta o saber histórico?

Escrever sobre História e Computação, ou sobre a computação a serviço da História, ou ainda o emprego de programa de computação para uma escrita da História, esbarra em um problema que dificulta tal tarefa: a ausência de textos acerca do assunto.

¹⁸⁸ SCOTTI, Zelinda Rosa. Os prontuários do Hospício São Pedro: metodologia para formação de banco de dados. *Revista Ágora* (Vitória), v. 12, 2010/B, p. 5-6.

Um ponto de partida é o texto de Luciano Figueiredo publicado em *Domínios da História*, obra sobre questões teóricas e metodológicas. Sob o título “História e Informática: o uso do Computador”, o autor discorre, em 1997, sobre um campo ainda em construção. Comenta acerca do emprego de editores de texto, o surgimento do e-mail, o armazenamento de informações em grande quantidade, etc. Dado bastante revelador é a informação de que, no curso de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina

foi recentemente [portanto na década de 90] implantada uma linha de pesquisa sobre história e informática, constituída por quatro disciplinas totalizando 12 créditos: Introdução à História e Computação; Computadores pessoais e Pesquisa Histórica I; Computadores Pessoais e Pesquisa Histórica II; Computadores Pessoais e a Comunicação do Conhecimento Histórico¹⁸⁹.

No entanto, ao *navegar*¹⁹⁰ na página do Programa citado acima, descobre-se que não mais existe esta linha de pesquisa. É possível dizer que ocorreu uma tentativa, frustrada, de incorporar uma tecnologia ainda em ascensão a um programa de Pós em História. Igualmente a Associação Brasileira de História e Computação (ABHC), também citada por Figueiredo, associação que tinha por objetivo reuniões periódicas para tratar sobre a temática da computação junto a História, ao que parece, já não existe mais.

Uma das possibilidades para a recusa à utilização de tecnologias de informação (TI) como auxiliares na escrita histórica para além do editor de textos, talvez esteja atrelada ao fato de que a linguagem da informática nem sempre é convidativa aos que dela utilizam apenas o básico: “a disseminação da informática entre os historiadores ultrapassou os programas lentos e pesados para cálculos demográficos e econômicos do passado, tempo de cartões perfurados, das enormes fitas magnéticas e dos diálogos penosos com os programas e especialistas”¹⁹¹. Se os programas hoje são mais simplificados e uma parcela significativa da população com computadores pessoais tem acesso a eles, ainda assim demanda esforço aos leigos a linguagem informatizada, não se tratando de ser passado como intuiu Figueiredo, o “diálogo penoso com programas e especialistas”.

Todavia, é uma certeza que a frase escrita por Cardoso e Brignoli quando comentam o uso da computação em História está definitivamente afastada:

Mas, convém esclarecer que, de modo algum, o historiador deve aprender a manejar o computador ou mesmo a programar o processamento da informação: para tais tarefas há pessoal especializado, muito mais capacitado do que qualquer cientista social para programar e manejar o computador¹⁹².

¹⁸⁹ FIGUEIREDO, Luciano R. História e Informática. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da História*. Rio de Janeiro, Campus, 1997 p. 433.

¹⁹⁰ UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em História. Apresentação. Florianópolis. Disponível em <http://ppghistoria.ufsc.br/>, acesso em 19 de agosto de 2011.

¹⁹¹ FIGUEIREDO, Luciano, op. cit., p. 437.

¹⁹² CARDOSO, Ciro Flamarion; BRIGNOLI, Héctor Perez. *Os Métodos da História: introdução aos problemas, métodos e técnicas da história demográfica, econômica e social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 503 e 504.

Décadas se passaram desde a utilização dos cartões perfurados a que o texto acima se refere, os computadores tornaram-se objetos domésticos, e a opção em utilizar algum programa para trabalhar dados quantitativos tornou-se viável a qualquer pessoa que porventura queira se utilizar da informática.

Em artigo mais recente, Juan Andrés Bresciano¹⁹³ enumera programas e sua utilização no emprego das Ciências Sociais: para a análise, classificação e interpretação de dados, os quais poderiam desenvolver análise qualitativa (de conteúdo) e análise quantitativa. Curiosamente, o programa do qual esta tese se vale, o Access/Office, não é citado por este texto, e, portanto, entende-se necessária uma explicação, mesmo que superficial, do que se trata e como é ele empregado.

O programa Office/Access “é um dos principais gerenciadores de bancos de dados utilizados atualmente”, entendido como Banco de Dados “um conjunto de informações inter-relacionadas. Em suma, serve para cadastrar, organizar, relacionar (...) e consultar informações com grande facilidade”¹⁹⁴.

Para a utilização do programa para fins de uma escrita da História (ou em outras palavras, para auxílio da mesma) nem todos os comandos são utilizados, tais como formulários e relatórios, apenas a organização da tabela e confecção de consultas é que são empregadas. O programa foi usado para cadastrar e cruzar as informações dos **1.158** prontuários pesquisados. Os dados coletados foram redigitados (no ano de 2009), e o programa Access permitiu maior precisão em relação à contagem das informações quantitativas.

A título de ilustração, serão indicadas algumas etapas para apreensão de informações junto ao Banco de Dados do Access. Uma vez que é vedada a exposição de informações que possam identificar os pacientes, optou-se em não apresentar os nomes, pois no Banco de Dados eles não estão abreviados. O Access funciona como filtro de dados, onde vão sendo informadas as variáveis com as quais se quer trabalhar. Na Figura 10 (panorama da tela cheia com barra de ferramentas do Access), a tabela com a digitação dos dados sobre o Hospício São Pedro, mostrando abaixo os 1.158 itens digitados:

¹⁹³ BRESCIANO, Juan Andrés. *Los Medios Informáticos en La Investigación Humanística: repertorio básico de programas y utilitarios*. Montevideo: Psicolibros, Waslala, 2005.

¹⁹⁴ GIAMARUSTI, Ana Paula; ROSA, Luciana Gonçalves. *Microsoft Access 2000*. Goiânia: Editora Terra, s/d, p. 13. Material fornecido pelo SENAC no PR.

Figura 10 – Tabela do Access com dados do Hospício São Pedro

sexo	idade	estado civil	classe	ano internaçã	ano alta	motivo da alt	diagnóstico	ci
m	27	solteiro	4	1902	1902	assistência	acessos maníacos... Epilepsia	Porto A
m	40	solteiro	4	1902	1916	falecimento	depressão mental degeneração	Pelotas
m	30	solteiro	pobre	1901	1901	assistência	delírio alcoólico	Porto A
m	25	solteiro	4	1900	1906	falecimento	imbecilidade	Cachoe
m	20	solteiro	4	1901	1902	assistência	excitação maniaca degeneraçã	não co
m	38	solteiro	4	1902	1903	curado [cura]	neurastenia	Pelotas
m	39	casado	pobre	1902	1916	falecimento	lypemia ansiosa	Santa I
m	29	casado	4	1902	1902	assistência	excitação maniaca	Porto A
m	25	solteiro	4	1902	1937	falecimento	debilidade mental	Bagé
m	38	solteiro	4	1903	1929	falecimento	mania religiosa	Porto A
m	34	casado	4	1900	1900	assistência	delírio alcoólico	Porto A
m	16	solteiro	4	1900	1906	falecimento	epilepsia	Santa I
m	21	solteiro	1	1900 (12/03)	1900(19/03)	falecimento	"(?)"	Santa I
m	42	solteiro	pobre	1902	1905	falecimento	confusão mental	Pelotas
m	26	casado	4	1902	1902	assistência	debilidade mental	Bento I
m	40	casado	4	1901	1902	assistência	excitação maniaca periódica sif	Concei
m	27	solteiro	4	1903	1903	assistência	lypemia	Alfredo
m	44	casado	4	1902	1903	assistência	excitação maniaca	Bento I
m	38	solteiro	4	1902	1903	assistência	neurastenia	Pelotas
m	25	solteiro	4	1903(set)	1903(out)	falecimento	mania sub-aguda	não co
m	não consta	não consta	4	1903	1904	falecimento	periencefalite difusa	não co
m	não consta	casado	4	1903(mai)	1903(jul)	falecimento	mania amada	não co

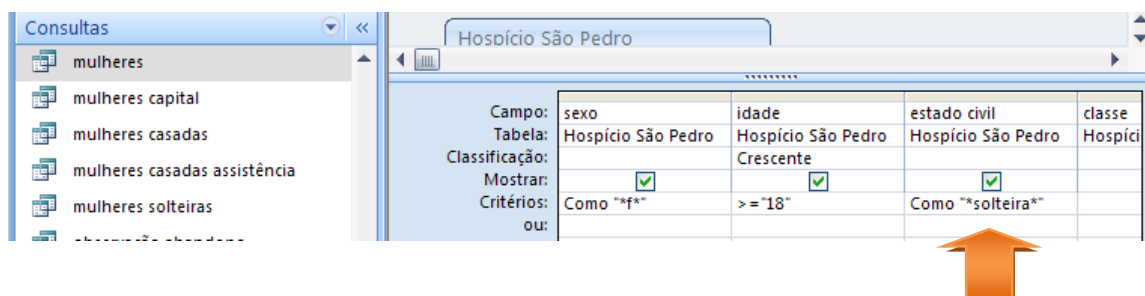
Ao se efetuar as consultas (que nada mais são do que as informações cruzadas), são estabelecidos campos com os quais se pretende trabalhar. Para que ocorra a filtragem dos dados, deverá ser também estabelecido quais as informações que estão sendo procuradas. Num primeiro momento, serão filtradas todas aquelas pertinentes às mulheres com idade igual ou maior de 18 anos, dentre os **1.158** alienados. No campo sexo, foi colocado o comando *como* “*f*”, indicando que se quer apenas mulheres (feminino) e no campo idade \geq “18”, significando que devem possuir idade igual ou maior que 18 anos.

Figura 11 – Access com indicação de sexo e idade

Campo:	nome	sexo	idade	estado
Tabela:	Hospício São Pedro	Hospício São Pedro	Hospício São Pedro	Hospício
Classificação:			Crescente	
Mostrar:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Crítérios:		Como "*f*"	\geq "18"	
ou:				

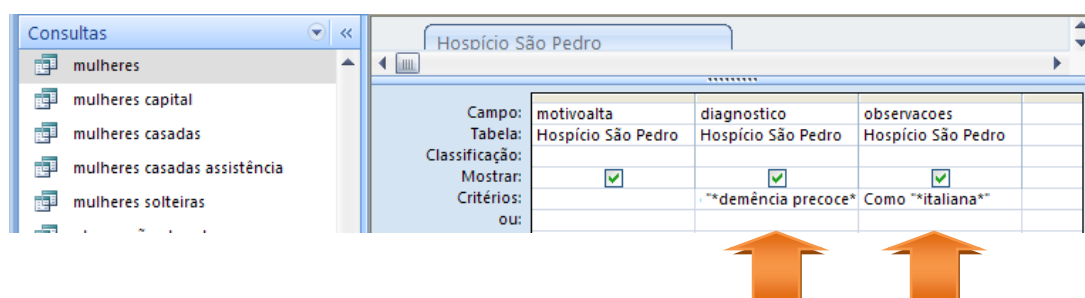
No “Modo de Exibição”, formato tabela, tem-se que, de um total de 1.158, alienados, 518 são mulheres. Restringindo ainda mais os filtros, retorna-se ao “Modo de Estrutura”, e é digitado no campo estado civil *como* “*solteira*”:

Figura 12 – Access com indicação de estado civil



Ficam 253 mulheres solteiras, com idade igual ou superior a 18 anos. Em um último exemplo, para a obtenção de informação de quantas italianas existem no Hospício São Pedro com o diagnóstico de demência precoce, mantêm-se os outros filtros (por sexo, idade e estado civil) e acrescenta-se em observação como **italiana** e em diagnóstico como **demência precoce**:

Figura 13 – Access com indicação de diagnóstico e etnia



Resultado final: 3 mulheres italianas com diagnóstico de demência precoce, solteiras, com idade igual ou superior a 18 anos, entre os 1.158 prontuários citados no início.

Figura 14 – Access com visualização final no “Modo de Exibição”¹⁹⁵

sexo	idade	estado civil	classe	ano internaç.	ano alta	motivo da alt.	diagnóstico	cidade
f	18	solteira	4	1914	1970	falecimento	demência precoce	Cachoeira
f	25	solteira	4	1914	1918	falecimento	demência precoce	Alegrete
f	27	solteira	4	1912	1914	falecimento	demência precoce	Rio Grande

¹⁹⁵ O número de internas difere do mostrado nas Tabelas 2 e 3, pois na Figura 14 constam apenas mulheres solteiras com idade igual ou maior do que 18 anos.

Alguns pontos devem ser ressaltados. Primeiro, os campos a serem digitados na tabela e que resultarão em consultas de informações cruzadas, quem os estabelece é o pesquisador. No exemplo acima, a etnia foi digitada no campo observação, porque assim o foi determinado. Em segundo lugar, o trabalho de digitação deve ser cauteloso, pois ao digitar uma palavra erroneamente, não haverá como *puxar* os dados via consultas (embora possa ser detectado o erro, e este ser reparado). Por exemplo, digita-se *demencia* precoce (sem a acentuação) na tabela, quando for feita a consulta deverá ser digitada de forma idêntica: *demencia* precoce (sem acentuação). Só irá parecer nas consultas informações que foram digitadas conforme está escrito na tabela principal.

Por fim, é importante salientar que embora tenha ocorrido um enorme avanço na área da informática, permitindo a confecção de tabelas bastante precisas quanto a dados numéricos, a História não pode ficar restrita a números. A explicação destes dados quantitativos se faz necessária, bem como o enriquecimento com informações qualitativas. Isto é, “a relação das técnicas qualitativas e as quantitativas não é, de maneira alguma, de oposição, mas sim de complementaridade”¹⁹⁶ (grifos do autor).

¹⁹⁶ AROSTEGUI, Julio, op. cit., p. 541.

2.3 Mulheres e homens italianos no HSP segundo os Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior

Observando os Relatórios apresentados ao Presidente do Estado, é impossível quantificar quantos italianos estiveram no Hospício São Pedro. Isto porque eram informados a cada ano quantos italianos *estavam* nas dependências da instituição, mas não são informadas nem as entradas nem as saídas dos italianos em particular, e sim de todos os internos. Sob o título “Cor, Nacionalidade, Estado Civil e Idade, por sexo dos alienados existentes neste Hospício”, se pode observar os seguintes dados (no exemplo abaixo as informações são referentes ao ano de 1901):

Quadro 2 (múltiplo) – Dados extraídos de Relatório do HSP apresentado ao Presidente do Estado

ESTADO CIVIL DOS ALIENADOS POR SEXO								
HOMENS				MULHERES				TOTAL
SOLTEIRO	CASADO	VIÚVO	DESCONHECIDO	SOLTEIRA	CASADA	VIÚVA	DESCONHECIDO	
127	44	7	7	63	39	9	30	326

COR NACIONALIDADE POR SEXO DOS ALIENADOS					
HOMENS			MULHERES		
CORES					
BRANCOS	PARDOS	PRETOS	BRANCAS	PARDAS	PRETAS
150	23	12	92	31	18

NACIONALIDADE											
BRASILEIRA		ALEMÃ		ITALIANA		FRANCESA		PORTUGUESA		DIVERSAS	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
129	120	5	2	26	9	4	-	5	1	16	9

Total 326

IDADE											
DE 6 A 20		DE 21 A 30		DE 31 A 40		DE 41 A 50		DE 51 A 60		DE 61 A 70	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
19	15	60	36	52	37	35	23	12	6	2	1

De 91 a 100: 1 M
Ignorada: 05 H e 22 M
Total 326¹⁹⁷

¹⁹⁷ Tabelas extraídas do RSIE.3-011, do ano de 1902, p. 242.

Parece evidente que as informações de sexo, estado civil, idade e nacionalidade estão desagregadas: os alienados são tratados em bloco, sem diferenciação quanto as suas características individuais (quantos italianos entre 31 a 40 anos, casados, estiveram no Hospício?).

Abaixo tabela com as informações condensadas:

Tabela 4 – Levantamento de entrada de italianos e italianas no HSP segundo os Relatórios ao Presidente do Estado¹⁹⁸

Ano*/Relatório	Homens Italianos	Mulheres Italianas	Total
1900 SIE 3-010	34	9	43
1901 SIE 3-011	26	9	35
1902 SIE 3-012	30	14	44
1903 SIE 3-013	29	18	47
1905 SIE 3-014	30	21	51
1906 SIE 3-015	27	19	46
1908 SIE 3-018	43	28	71
1909 SIE 3-019	46	24	70
1910 SIE 3-020	45	48	93
1911 SIE 3-021	35	20	55
1912 SIE 3-022	33	20	53
1913 SIE 3-023	39	22	61
1914 SIE 3-025	37	30	67
1915 SIE 3-026	33	20	53
1916 SIE 3-028	32	26	58
1917 SIE 3-030	29	28	57
1918 SIE 3-031	22	27	49
1919 SIE 3-039	30	25	55
1920 SIE 3-035	22	26	48
1921 SIE-3-039	22	25	47

*Ano a que se referem os dados, não a publicação.

Para o ano de 1904 não há Relatório, e no Relatório referente ao ano de 1907, não foram encontradas informações sobre a quantidade de italianos no HSP.

Como é possível observar, os Relatórios não permitem dizer quantos italianos estiveram no Hospício, pois não informam nem saídas nem entradas da etnia italiana em separado, no entanto, deixa evidente que eles estiveram na instituição e foram internados como etnia diferenciada (não apenas eles, mas também alemães, espanhóis, etc.).

Diante dos dados acima, se pode depreender que a informação prestada por Stella Borges e Rovílio Costa¹⁹⁹ apresenta uma pequena falha. Ao informarem o número de italianos que estiveram

¹⁹⁸ Foram coletadas as informações de cada um dos Relatórios discriminados (enumerados com indicação completa nas fontes, ao final da tese). No entanto, no Relatório SIE 3-039 [referente ao ano de 1922], em “Estatística dos Alienados, número de alienados por nacionalidades, existentes em 31 de dezembro nos anos de 1909 a 1921”, há divergência de informação em relação a dois anos. No ano de 1909, constam 21 mulheres italianas (ao invés de 24 como acima), e no ano de 1920, 30 homens italianos (ao invés de 22 como acima). O número de italianos(as) para os anos de 1919 e 1921, foi tirado desta “Estatística de Alienados”. Nos Relatórios SIE 3-038 [referente a 1921], SIE 3-039 [referente a 1922], SIE 3-040 [relativo a 1923] e SIE 3-041 [relativo a 1924], foram encontrados apenas dados por sexo.

¹⁹⁹ BORGES, Stella; COSTA, Rovílio. Do Sonho à realidade: criminosos e doentes mentais alienados em Porto Alegre. In: DE BONI, Luiz A. *A Presença Italiana no Brasil (III)*. Porto Alegre/Torino: EST/Fondazione Giovanni Agnelli, 1996, p. 420. Tabela extraída da obra citada (no rodapé da página seguinte):

no Hospício São Pedro, lançaram mão de uma tabela extraída de um Relatório da Secretaria do Estado dos Negócios do Interior e do Exterior, sob o título de “Número de Alienados, por nacionalidades existentes no Hospício São Pedro entre 31/5/1910 e 1920” (tabela reproduzida na nota de rodapé n. 199). Ocorre que esta tabela comete o equívoco de somar os dados ao longo dos anos. O profissional que a formatou somou os internos ano a ano, isto é, não foram considerados quantos alienados entraram nem quantos saíram. Isto claro, afetou também a contagem dos italianos que teriam estado no HSP. Dito de outra forma seria o equivalente a afirmar que a cada ano ocorreu uma renovação de alienados italianos no HSP. Por exemplo, segundo recorte da Tabela 4:

Tabela 5 – Entrada de Italianos no HSP nos anos de 1910, 1911 e 1912

Ano*/Relatório	Homens Italianos	Mulheres Italianas	Total
1910 SIE 3-020	45	48	93
1911 SIE 3-021	35	20	55
1912 SIE 3-022	33	20	53

*Ano a que se referem os dados, não a publicação.

Existiam, em 1910, 45 homens italianos no Hospício, e 48 italianas. No ano seguinte, **não entraram mais** 35 italianos e 20 mulheres italianas, e no ano de 1912 **não entraram mais** 33 homens italianos e mais 20 mulheres italianas. Estes números apenas informam **quantos estavam nas dependências da instituição** quando foi realizado o Relatório, ano a ano. A pessoa que executou a soma não levou em consideração o título das tabelas de onde foram extraídos os dados: “Cor, Nacionalidade, Estado Civil e idade, por sexo dos alienados **existentes** neste Hospício”.

Tabela 11
Número de Alienados, por nacionalidades, existente no Hospício S. Pedro
entre 31/5/1910 e 1920 (p. 195)

Ano	Brasileiros		Italianos		Alemães		Franceses		Portugueses		Diversos		Total
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
1910	240	181	45	48	7	5	2	0	1	2	21	20	572
1911	193	174	35	20	8	7	2	0	1	2	17	10	469
1912	220	183	33	20	6	8	2	0	1	1	24	19	517
1913	236	212	39	22	9	8	1	0	1	1	24	12	565
1914	241	227	37	30	3	8	2	0	5	1	30	14	598
1915	251	256	33	20	4	7	2	0	2	1	25	13	614
1916	256	258	32	26	4	8	2	0	2	1	29	13	631
1917	264	271	29	28	4	8	2	0	2	1	28	18	655
1918	217	268	22	27	3	6	3	0	2	2	17	20	587
1919	269	264	30	25	1	5	3	0	0	2	21	21	641
1920	286	295	30	26	1	7	3	1	0	2	21	22	694
Total	2.673	2.589	365	292	50	77	24	1	17	16	257	182	6.543

Fonte: Relatório da Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior: *Estatística do Hospício São Pedro*, 30.7.1897. Porto Alegre, D'A Federação, 1922.

2.4 Mulheres e homens italianos no HSP segundo Prontuários do Hospício São Pedro

Conforme exposto acima, no artigo de Borges e Costa, entre os anos de 1910 e 1920 teriam adentrado o Hospício São Pedro 365 italianos e 292 italianas. No entanto, esta é uma informação que é passível, no mínimo, de uma contestação. Neste caso, os prontuários médicos com informações individualizadas dos insanos italianos podem ser observados mais que simples amostragem, podem representar um número próximo do número total de internos desta etnia no Hospício.

Foram extraídos dados de **1.158 prontuários** de alienados (deste número, **175 são italianos**) contidos nas caixas de n. 0002 a 0037, sob a guarda do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul - APERS, e que dizem respeito ao período que vai de 1900 a 1925. Alguns pontos relativos a quantidade de prontuários trabalhados merecem esclarecimento. Quando a coleta de dados foi feita pela primeira vez, entre 1998 e 2002, as caixas eram numeradas de 1 em diante. Na ocasião, as caixas trabalhadas foram as de n. 4 a de n. 39. Passada mais de uma década da pesquisa original, o retorno ao APERS, em 2012, possibilitou a observação não apenas da realocação da documentação em novas caixas com nova numeração, mas principalmente o surgimento de *novos* prontuários. Em pesquisas anteriores, o número trabalhado é inferior ao apontado acima, por não se ter tido acesso a estes prontuários, que estavam em caixas distintas das trabalhadas. Desta forma, tanto o número total de alienados, quanto o número de italianos utilizados para esta pesquisa foi ampliado²⁰⁰, obedecendo a algumas regras:

1. todos os pacientes em cujo prontuário conste como nacionalidade italiana, ou procedência da Itália, ou algum documento que faça referência a sua nacionalidade italiana, foi apontado nesta pesquisa como italiano;
2. Os descendentes foram observados, levando-se em conta alguns aspectos:
 - pela filiação, principalmente mulheres casadas, duas mulheres não apresentaram filiação, sendo casadas, mas foram mantidas na pesquisa como descendentes;
 - pela origem do sobrenome, pesquisa feita nos sites http://www.heraldrysinstitute.com/cognomi_italiani.php e http://www.arquivoestado.sp.gov.br/livros_estrangeiros.php, para comprovar a italianidade do sobrenome, isto se fez necessário porque muitos ou não possuem, ou está ilegível a filiação;

²⁰⁰ No XIX Simpósio de História da Imigração e Colonização, Migrações: Mobilidade social e espacial realizado em São Leopoldo em 2010, foi apresentado o texto *Migrações involuntárias: questões metodológicas*, no qual o número era de 90 italianos 69 italianas, perfazendo um total de 159 internos de origem italiana. Se o número de italianos foi ampliado (ficando agora em 175), o número total de documentos médicos foi diminuído, uma vez que foram retirados os homônimos que poderiam ser de internações do mesmo paciente (mesmo paciente com mais de um prontuário). Nem todos os “novos” prontuários encontrados em 2012 foram incorporados à pesquisa, ver Tabela 6.

- dentre os descendentes também há os com sobrenome com dupla nacionalidade, caso específico de 3 pacientes, dois irmãos (um rapaz com sobrenome intermediário em alemão e uma moça que possivelmente adquiriu o sobrenome em alemão com o casamento, ambos são filhos de um italiano), além de uma menina cujo pai tem sobrenome em alemão e a mãe sobrenome italiano.

Tabela 6 – Número de prontuários segundo levantamento do APERS e da autora

Número de Prontuários		
Ano	APERS	Banco de Dados da Autora
1900 ²⁰¹	9	12
1901	20	20
1902	28	29
1903	22	18
1904	21	19
1905	25	28
1906	19	16
1907	28	27
1908	20	19
1909	20	20
1910	21	24
1911	27	27
1912	39	32
1913	47	46
1914	44	38
1915	42	38
1916	52	44
1917	47	47
1918	59	56
1919	65	56
1920	74	65
1921	95	88
1922	91	83
1923	73	65
1924	119	101
1925	158	134
TOTAL1	1.265	1.152
1899 ²⁰²	-	4
Não consta ano ²⁰³	-	2
TOTAL2		1.158

Dados (2ª coluna) originários do Sistema de Administração de Acervos Públicos – AAP – gentilmente cedidos por Elizabeth M. de Lima, Arquivista Chefe da Divisão de Documentação do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul - APERS – SARH.

²⁰¹ Para os anos de 1900, 1902, 1905 e 1910, no Banco de Dados da autora aparece um número superior de prontuários (para 1900 +3; para 1902 +1; para 1905 + 3 e por fim para 1910 +3). No entanto, este acréscimo não interfere na pesquisa, uma vez que se trata de prontuários pertencentes ao período trabalhado. Pode ter ocorrido uma leitura diferente na grafia quanto ao ano de entrada. Também deve-se salientar que, assim como surgiram “novos” prontuários, com o remanejamento da documentação, outros não foram encontrados, provavelmente estando em caixas relativas a outros anos, diferentes do período de 1900 a 1925.

²⁰² Os quatro pacientes cuja primeira internação ocorreu em 1899 ficaram por longo período (dois deles tiveram mais de uma internação, e os quatro vieram a falecer nas dependências do HSP), por conta disto foram utilizados para a pesquisa: José 1899-1935; Maria 1899-1935; Rosina B. 1899-1928 e Seipão 1899-1938.

²⁰³ Embora não conste o ano, pelo padrão do prontuário e guia, é plausível tratar-se de documento pertencente ao período ora trabalhado, 1900 a 1925.

O número de italianos e descendentes (175) não pode ser visto como conclusivo, pois futuramente poderão surgir outros prontuários que dizem respeito à mesma época. Merece também observação o fato de que **o número total** de prontuários trabalhados nesta pesquisa é inferior ao apontado pelo APERS na tabela acima.

Quanto às anotações feitas pelos alienistas nos prontuários, há restrições, isto é, limitações oriundas nos próprios prontuários. Como se faz necessário o entendimento de dificuldades encontradas para a determinação da etnia, serão visualizados sobrenomes por extenso nas próximas duas páginas (e somente nestas páginas) de alguns pacientes. Para salvaguardar o sigilo não será identificado (nesta página) o sexo (será empregada a terminologia *pessoa*), procedência e o primeiro nome²⁰⁴ para alguns.

1. Sobrenomes anotados erroneamente. Caso de *Escalante*, que na capa do prontuário consta como tal, mas em outros documentos consta com *Scalanti* e *Scolanti*. Pode tratar-se de sobrenome de origem italiana, uma vez que *Scolati* (segundo o site http://www.arquivoestado.sp.gov.br/livros_estrangerios.php) é sobrenome italiano. Este prontuário faz parte da tabela geral, mas não foi considerada pessoa italiana, tampouco será utilizado o documento qualitativamente na pesquisa.
2. Nomes distintos dentro do prontuário. Caso do sobrenome *Flores de Campos*. A leitura do prontuário mostra que ao longo dos anos o nome foi modificado. Originalmente chamava-se P. (sobrenome claramente italiano) e sua origem é italiana (segundo anotação no próprio prontuário). Porém, por razões desconhecidas foi modificado para um nome totalmente distinto. Este prontuário faz parte da tabela geral, da tabela de italianos, e será utilizado qualitativamente.
3. Grafia dos nomes italianos. Exemplo dos irmãos João e Clara. No caso do rapaz há um *s* no sobrenome e no sobrenome da moça um duplo *z*, ambos com sonorização idêntica na leitura. Estes dois prontuários fazem parte da tabela geral e de trabalho qualitativo na tese²⁰⁵.
4. Origem distinta em documentos distintos. Caso de *Pohorecki*, que consta como *polonês*, nacionalidade *rusa* e naturalidade *galiza*. Ou *Hemme*, que consta como nacionalidade

²⁰⁴ Ao longo de toda a pesquisa sempre serão empregados apenas os primeiros nomes. No caso dos italianos com prenomes idênticos (João, José, etc.), optou-se pela abreviação dos sobrenomes. Respeitando o sigilo que a pesquisa impõe, respeita-se também a individualização dos internos. Não foram inventados nem trocados nomes.

²⁰⁵ Todos os sobrenomes em que a grafia indique que uma dupla consoante possa validá-lo como sobrenome de origem italiana, mesmo que não o tenha sido assim anotado (com a dupla consoante) foi considerado italiano (descendente).

austríaca e natural da *Alemanha*. Estes prontuários fazem parte da tabela geral, mas não serão utilizados qualitativamente na pesquisa.

5. Documentos existentes/inexistentes. Felipe G. (italiano segundo documento de internação), foi encaminhado para internação, mas não foi encontrado seu prontuário, consta apenas na guia de internação²⁰⁶, junto ao prontuário de Verônica M. Este paciente não faz parte nem da tabela geral nem do trabalho qualitativo. Outro exemplo vem dos Relatórios emitidos pelo HSP:

Teve também alta por não sofrer das faculdades mentais, um italiano, criminoso de morte, e que foi recolhido a este hospício em 25 de agosto de 1900, onde se conservou até 19 de maio do ano passado. Esse individuo mancomunado com um irmão e uma irmã, assassinou o marido desta em S. Vicente. Transferido para a cadeia de Santa Maria, aí simulou loucura, mania aguda, segundo as informações ministradas por distinto colega dessa localidade. Inteligente, porém, compreendendo que não poderia por muito tempo desempenhar esse papel, fingiu-se de mudo, e em mutismo absoluto se conservou durante 21 longos meses! Não houve estratégia capaz de demove-lo desse propósito. Trabalhava, ajudava no serviço interno do estabelecimento, desempenhava com inteligência as ordens que recebia, sem articular, porém, uma palavra. Em abril do ano passado contraiu febre tifoide, de forma ataxica, e então o delírio dessa pyrexia, liberto o cérebro daquela tenaz força de vontade que o subjugava, traiu o simulador. Na convalescença quis voltar de novo ao mutismo; convencido porém, de simulação, confessou-se vencido, e, restabelecido da moléstia somática, foi entregue a autoridade competente²⁰⁷.

Não há qualquer prontuário que possa sugerir o caso acima, e também não é informado no Relatório o nome do paciente. Portanto, é plausível afirmar que tenham existido mais italianos internados, mas seus prontuários não mais existem, ou quem sabe estão ocultos em outros prontuários, ou em outras caixas distintas das trabalhadas.

6. Cidade de origem. Nos prontuários nem sempre a cidade de procedência ou origem significa que a pessoa é do local. O exemplo mais contundente é o de Maria Leôncia: “diz essa moça, que, nasceu em Jaguarão, esteve em Bagé, daí correu a fronteira, foi ao Estado Oriental, e por fim foi parar em Caxias, daí obteve passagem para Santa Maria, por conta da Intendência, perdendo o trem e embarcando para esta capital”, ainda assim foi marcado em seu prontuário como procedente de *Porto Alegre*. Este prontuário faz parte da tabela geral e de trabalho qualitativo na tese.

²⁰⁶ Algumas vezes a Chefatura de Polícia encaminhava diversos pacientes de uma única vez, discriminados numa mesma guia de internação. No caso de Felipe, seu prontuário não foi encontrado, apenas a guia de encaminhamento, podendo significar que sequer tenha ficado nas dependências do HSP.

²⁰⁷ RSIE.3-012, do ano de 1903, p. 277.

As limitações oriundas da própria documentação, fez com que um aspecto em específico fosse observado de forma distinta do previsto. **Para esta tese não foram empregadas estatísticas baseadas em dados populacionais relativos ao RS.** Não é possível avaliar com exatidão quantos internos italianos (ou seus descendentes) estiveram no HSP, quer porque a documentação foi muitas vezes escrita erroneamente na origem, quer porque o número de prontuários contidos no Banco de Dados da autora é inferior ao apontado pelo APERS: pode sim, ser o número de italianos superior (mais de 175).

Feitas as necessárias considerações acerca das limitações das fontes, e, portanto, do próprio trabalho, a seguir dados extraídos do Banco de Dados da autora.

Foram encontrados 93 homens italianos e 82 mulheres italianas, e estes foram divididos entre oriundos do interior e da capital, mas, como informado anteriormente, nem sempre a procedência dos internos está corretamente informada. Neste caso, as tabelas a seguir devem ser observadas com a devida cautela, principalmente no que diz respeito aos procedentes de Porto Alegre (capital).

Tabela 7 – Procedência dos italianos(as) e descendentes

Procedência	Capital	Interior	Outros	Total	Total
Homens	24 (25,8%)	66 (70,9%)	3 (3,2%)	93 (100%)	53,1%
Mulheres	17 (20,7%)	64 (78,0%)	1 (1,2%)	82 (100%)	46,8%
Total	41 (23,4%)	130 (74,2%)	4 (2,2%)		175 (100%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Os quatro internos que não consta a procedência, 1 está como “Casa de Correção”, dois não constam a cidade, e 1 último sem entendimento.

As seguintes informações são possíveis de serem observadas: alta incidência de italianos do interior (74,2%) e percentuais muito próximos de homens e mulheres na totalidade, são 53,1% de homens italianos e 46,8% de mulheres com ascendência italiana.

De quais cidades do interior são provenientes?

Tabela 8 – Cidades do interior do RS das quais os italianos(as) são procedentes

Cidades	Homens	Mulheres
Alegrete	1	1
Alfredo Chaves	2	7
Antônio Prado	2	2
Bagé	1	-
Bento Gonçalves	8	6
Bom Jesus	1	-
Cachoeira	1	2
Caxias do Sul	9	10
Cruz Alta	1	-
Encantado	-	2
Encruzilhada	1	1
Erechim	2	2
Estrela	1	-
Garibaldi	7	4
Guaporé	5	5
Ijuí	-	2
Itaqui	1	
Jaguari	2	2
Lajeado	3	2
Montenegro	1	1
Passo Fundo	3	2
Pelotas	4	2
Rio Grande	1	3
Rosário	1	-
Santa Cruz	1	-
Santa Maria	3	3
Santo Ângelo	1	1
São Gabriel	1	-
São Sebastião do Caí	-	1
São Sepé	1	-
Taquara	-	2
Vacaria	-	1
Venâncio Aires	1	-
Total	66	64

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Total geral 130 pessoas

Homens: 66+1da Casa de Correção+2não consta

Mulheres: 64+1sem entendimento

Segundo a Tabela 8, é possível constatar que o número de italianos enviados ao HSP procedentes do interior gaúcho foi de 130 insanos. Oriundos da própria cidade onde está o hospício São Pedro, isto é, Porto Alegre, foram 41 insanos. No total, os internos do interior somados aos provenientes da capital e mais 4 indivíduos dos quais inexitem dados de cidade de origem, teremos 175 alienados italianos e italianas que estiveram no HSP no início do século XX²⁰⁸.

²⁰⁸ Como já alertado anteriormente, é importante salientar que de maneira alguma este trabalho pretende apontar como conclusiva a quantificação de 175 italianos e italianas internos no Hospício São Pedro. A falha em acrescentar algum

Tabela 9 – Italianos, italianas e descendentes

Gênero Cidades/imigrantes e descendentes	Homens			Mulheres		
	Italianos	descendentes	total	italianas	descendentes	total
Alegrete	-	1	1	-	1	1
Alfredo Chaves	2	-	2	4	3	7
Antônio Prado	-	2	2	1	1	2
Bagé	1	-	1	-	-	-
Bento Gonçalves	7	1	8	2	4	6
Bom Jesus	-	1	1	-	-	-
Cachoeira	1	-	1	1	1	2
Caxias do Sul	4	5	9	7	3	10
Cruz Alta	1	-	1	-	-	-
Encantado	-	-	-	1	1	2
Encruzilhada	-	1	1	1	-	1
Erechim	-	2	2	-	2	2
Estrela	1	-	1	-	-	-
Garibaldi	5	2	7	-	4	4
Guaporé	4	1	5	4	1	5
Ijuí	-	-	-	2	-	2
Itaqui	-	1	1	-	-	-
Jaguari	2	-	2	2	-	2
Lajeado	1	2	3	2	-	2
Montenegro ²⁰⁹	-	1	1	1	-	1
Passo Fundo	1	2	3	1	1	2
Pelotas	3	1	4	1	1	2
Rio Grande	-	1	1	3	-	3
Rosário	1	-	1	-	-	-
Santa Cruz	1	-	1	-	-	-
Santa Maria	2	1	3	1	2	3
Santo Ângelo	1	-	1	-	1	1
São Gabriel	-	1	1	-	-	-
São Sebastião do Caí	-	-	-	-	1	1
São Sepé	1	-	1	-	-	-
Taquara	-	-	-	-	2	2
Vacaria	-	-	-	-	1	1
Venâncio Aires	1	-	1	-	-	-
Total	40	26	66	34	30	64

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).
Total geral 130 pessoas

Para Porto Alegre foram encontrados 12 homens italianos e 12 descendentes, e 7 mulheres italianas e 10 descendentes²¹⁰.

descendente (por observação de sobrenome) pode ter ocorrido, significando que o número de descendentes pode ser superior ao estabelecido neste trabalho.

²⁰⁹ A italiana que consta na cidade de Montenegro é oriunda de São João do Montenegro.

²¹⁰ As somas indicam não fechar o número de internos: para Porto Alegre, 12+12+7+10= 41; para o interior. 66+64=130, perfazendo um total de 41+130=171 internos. No entanto tem-se **1 (vindo da “Casa de Correção”) +2 (não consta cidade de origem) +1 (sem entendimento do nome da cidade) = 4, portanto, 4+171=175.**

Como observado anteriormente, não há como determinar através dos Relatórios apresentados ao Presidente da Província quantos italianos e seus descendentes estiveram no Hospício São Pedro entre 1900 e 1925, pois não é especificado quantos italianos saíram e quantos entraram a cada ano.

Para um melhor entendimento da procedência dos italianos e das italianas que foram remetidos ao Hospício São Pedro, será informado o nome das colônias do grupo original de imigração desta etnia no RS, quantos insanos procederam delas e quantos procederam de outras regiões que não a região original. Segundo *Italianos do Rio Grande do Sul*²¹¹, as primitivas colônias se desdobraram em outros municípios como mostra a tabela abaixo:

Quadro 3 – Região de Colonização Italiana

Colônia primitiva	Municípios atuais
Colônia Caxias	Caxias do Sul
	Flores da Cunha
	Farroupilha
	São Marcos
Dona Isabel	Bento Gonçalves
Conde d'Eu	Garibaldi
	Carlos Barbosa
Antônio Prado	Antônio Prado
Alfredo Chaves	Veranópolis
	Nova Prata
	Nova Bassano
Guaporé	Guaporé
	Muçum
	Serafina Correia
	Casca
Encantado	Encantado
	Nova Bréscea
Silveira Martins*	Silveira Martins
	Santa Maria
	Júlio de Castilhos
	Cachoeira do Sul

Dados retirados de COSTA, Rovílio; DE BONI, Luis A. *Os italianos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias, 1979, p. 78.

*Silveira Martins não faz parte da enumeração original que consta na página 78, os dados para esta localidade foram extraídos da página 83 da mesma obra: “Silveira Martins acabou como vila, e seu território, hoje em dia, encontra-se dividido entre os municípios de Santa Maria, Julio de Castilhos e Cachoeira do Sul.”

²¹¹ COSTA, Rovílio; DE BONI, Luis A. *Os italianos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias, 1979.

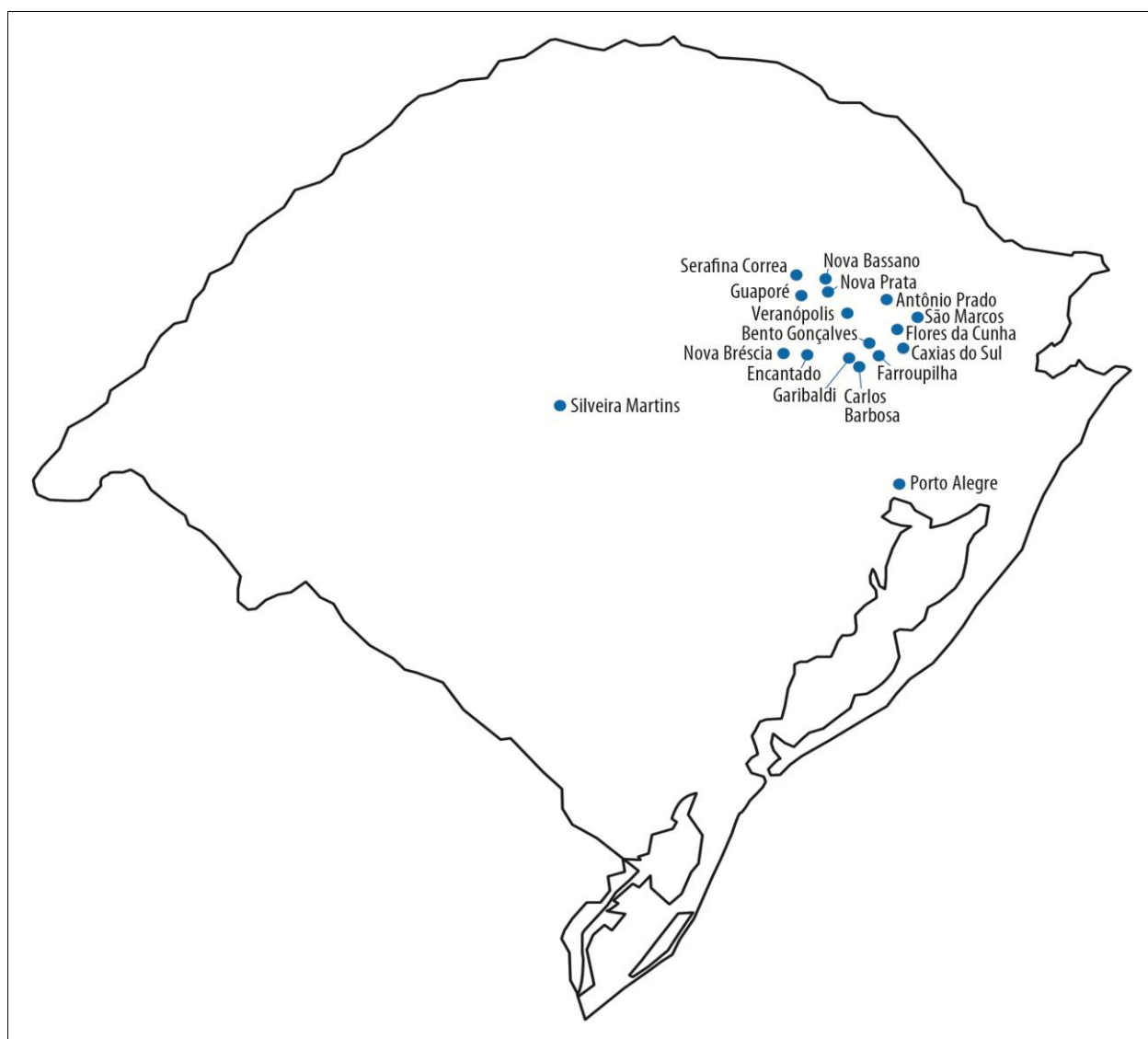
Procederam destes municípios o seguinte número de insanos:

Tabela 10 – Insanos italianos e descendentes procedentes da região colonial italiana

Gênero Cidades/imigrantes e descendentes	Homens			Mulheres		
	Italianos	descendentes	total	italianas	descendentes	total
Alfredo Chaves	2	-	2	4	3	7
Antônio Prado	-	2	2	1	1	2
Bento Gonçalves	7	1	8	2	4	6
Caxias do Sul	4	5	9	7	3	10
Encantado	-	-	-	1	1	2
Garibaldi	5	2	7	-	4	4
Guaporé	4	1	5	4	1	5
Santa Maria*	2	1	3	1	2	3
Total	24	12	36	20	19	39

*Embora o núcleo original seja Silveira Martins como mostra o Quadro 3, foi adicionada a cidade de Santa Maria por ser este o nome anotado nos prontuários. Total geral 75 pessoas.

Figura 15 – visualização das cidades citadas no Quadro 3 e na Tabela 10



Um número considerável de loucos foi remetido de outras localidades, distintas do núcleo original apontado no Quadro 3, como mostra a Tabela 11:

Tabela 11 - Insanos italianos e descendentes procedentes de outras localidades, distintas da Região Colonial Italiana

Gênero Cidades/imigrantes e descendentes	Homens			Mulheres		
	Italianos	descendentes	total	italianas	descendentes	total
Alegrete	-	1	1	-	1	1
Bagé	1	-	1	-	-	-
Bom Jesus	-	1	1	-	-	-
Cachoeira	1	-	1	1	1	2
Cruz Alta	1	-	1	-	-	-
Encruzilhada	-	1	1	1	-	1
Erechim	-	2	2	-	2	2
Estrela	1	-	1	-	-	-
Ijuí	-	-	-	2	-	2
Itaqui	-	1	1	-	-	-
Jaguari	2	-	2	2	-	2
Lajeado	1	2	3	2	-	2
Montenegro	-	1	1	1	-	1
Passo Fundo	1	2	3	1	1	2
Pelotas	3	1	4	1	1	2
Rio Grande	-	1	1	3	-	3
Rosário	1	-	1	-	-	-
Santa Cruz	1	-	1	-	-	-
Santo Ângelo	1	-	1	-	1	1
São Gabriel	-	1	1	-	-	-
São Sebastião do Caí	-	-	-	-	1	1
São Sepé	1	-	1	-	-	-
Taquara	-	-	-	-	2	2
Vacaria	-	-	-	-	1	1
Venâncio Aires	1	-	1	-	-	-
Total	16	14	30	14	11	25

Total geral 55 pessoas

As tabelas acima mostram que da Região Colonial Italiana foram remetidos ao Hospício São Pedro o equivalente a 57,6% (total de 75 pessoas), e o restante dos internos desta etnia vinda do interior, 42,3% (total de 55 pessoas) era originário de outras localidades. Nestes números, não foram registrados os procedentes de Porto Alegre, apenas do interior.

O mapa a seguir conta com todos os municípios do interior citados nas tabelas acima, dos quais foram remetidos italianos, italianas e seus descendentes.

Figura 16 - visualização das cidades citadas nas Tabelas 10 e 11



Observa-se que um número significativo de italianos procede de locais distintos dos locais onde ocorreu originariamente a imigração italiana no Rio Grande do Sul, com ênfase ao leste e sul do estado. Enquanto a Figura 15 mostra as localidades referentes à primitiva Região Colonial Italiana, a Figura 16 permite a visualização de todas as localidades, RCI e outras, das quais foram remetidos italianos e seus descendentes. Observar que nem todas as cidades constantes no mapa da Figura 15 constam no mapa da Figura 16, isto é, nem todas as localidades da Região Colonial Italiana enviaram insanos ao HSP, segundo o levantamento junto aos prontuários da instituição.

2.5 Italianos e italianas na população do HSP²¹²

A comparação se faz necessária para evitar estereótipos, e os dados quantitativos auxiliam a evitar que informações isoladas sobre a etnia italiana induzam a conclusões errôneas. Nas próximas páginas, comparações por intermédio de tabelas entre os internos do HSP (nativos e outras etnias) e italianos(as), além de alguns apontamentos sobre falecimentos, pensionistas e cidade de origem sendo Porto Alegre, serão observados no intuito de ir aos poucos mostrando em detalhes os internos de etnia italiana.

Tabela 12 – Homens e Mulheres com **idade igual ou superior a 18 anos** no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)²¹³

Homens e Mulheres			
Homens	577 (100%)	Homens italianos	89 (100%)
Homens casados	160 (27,7%)	Homens italianos casados	35 (39,3%)
Homens solteiros	358 (62,0%)	Homens italianos solteiros	46 (51,6%)
Homens viúvos	18 (3,1%)	Homens italianos viúvos	3 (3,3%)
Mulheres	518 (100%)	Mulheres italianas	72 (100%)
Mulheres casadas	187 (36,1%)	Mulheres italianas casadas	41 (56,9%)
Mulheres solteiras	253 (48,8%)	Mulheres italianas solteiras	23 (31,9%)
Mulheres viúvas	47 (9,0%)	Mulheres italianas viúvas	8 (11,1%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Homens 160+358+18+39 não consta+1 ignorado+ 1 sem entendimento= 577

Mulheres 187+253+47+29 não consta+1 ignorado+ 1 sem entendimento= 518

Homens italianos 35+46+3+4 não consta+ 1 sem entendimento= 89

Mulheres italianas 41+23+8= 72

Nem sempre as tabelas irão fechar os 100%, quando as informações forem cruzadas. Neste caso, nem todos os internos quer do sexo masculino quer do sexo feminino, tinham informações quanto ao estado civil. O número de mulheres e homens italianos da Tabela 12 é inferior ao número apresentado na Tabela 7, isto devido a serem apenas as mulheres e os homens com idade igual ou superior aos 18 anos considerados no arranjo acima.

Algumas diferenças são observáveis quando comparados os números/percentuais entre os gêneros feminino e masculino. Enquanto o maior índice de internamentos, entre homens, recai sobre os solteiros, seja o número na totalidade de homens (62,0%), seja entre italianos (51,6%), quando se trata de mulheres solteiras de todas as etnias em conjunto o percentual é de 48,8%. Entre as italianas,

²¹² Ressalta-se que as internações referem-se ao período de tempo de 1900 a 1925, para primeira internação, isto é, se ocorreu mais de uma internação a primeira tem de ter sido necessariamente realizada neste espaço de tempo.

²¹³ A título de orientação, esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 577 homens com idade igual ou superior a 18 anos internados entre 1900 e 1925 no HSP, 89 são de etnia italiana; dos 160 homens casados com idade igual ou superior a 18 anos, 35 são de etnia italiana; etc.

as casadas é que apresentam maior percentual, com 56,9% do total de 72 mulheres. Também é significativo o número de viúvas em comparação ao número de viúvos.

Segundo Bastide, os primeiros estudos estatísticos relativos às doenças mentais observaram o estado civil e perceberam “então que certos grupos são mais permeáveis aos transtornos da personalidade”. Em 1923 nos EUA, foi notado um número significativo de homens solteiros internados bem como de mulheres casadas. O maior número de distúrbios entre celibatários do que entre homens casados resultaria do fato de que o casamento cria “um grupo afetivo de cooperação social, trazendo ao homem um controle da vida psíquica que lhe dá um equilíbrio não encontrado no celibato”. Em contrapartida, para a mulher, “o casamento coloca-lhe problemas graves, ela deve tomar iniciativas, tem de aprender novas funções, deve dirigir seu lar, e esses novos problemas aos quais ela não estava habituada, podem, às vezes, tornar-se traumatizantes”²¹⁴. As explicações de Bastide esclareceriam tanto a alta incidência de homens solteiros (quer no total, quer apenas entre italianos) e elucidaria em parte o porquê de apenas mulheres casadas de etnia italiana estarem em maior número na tabela: além da vida de casada, elas literalmente tinham uma *nova vida* pela frente.

A Tabela 12 reproduzida a seguir com outra formatação nos percentuais, tem a intenção de ver qual a percentagem de italianos em relação aos outros internos.

Tabela 13 – Homens e Mulheres com **idade igual ou superior a 18 anos** no Hospício São Pedro segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)²¹⁵, com percentual de italianos

Homens e Mulheres			
Homens	577 (100%)	Homens italianos	89 (15,4%)
Homens casados	160 (27,7%)	Homens italianos casados	35 (6%)
Homens solteiros	358 (62,0%)	Homens italianos solteiros	46 (7,9%)
Homens viúvos	18 (3,1%)	Homens italianos viúvos	3 (0,5%)
<hr/>			
Mulheres	518 (100%)	Mulheres italianas	72 (13,8%)
Mulheres casadas	187 (36,1%)	Mulheres italianas casadas	41 (7,9%)
Mulheres solteiras	253 (48,8%)	Mulheres italianas solteiras	23 (4,4%)
Mulheres viúvas	47 (9,0%)	Mulheres italianas viúvas	8 (1,5%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Homens 160+358+18+39 não consta+1 ignorado+ 1 sem entendimento= 577

Mulheres 187+253+47+29 não consta+1 ignorado+ 1 sem entendimento= 518

Homens italianos 35+46+3+4 não consta+ 1 sem entendimento= 89

Mulheres italianas 41+23+8= 72

²¹⁴ BASTIDE, Roger. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Editora Nacional, 1967, citações em itálico nas páginas 208 e 209.

²¹⁵ A título de orientação, esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 577 homens com idade igual ou superior a 18 anos internados entre 1900 e 1925 no HSP, 89 são de etnia italiana; dos 160 homens casados com idade igual ou superior a 18 anos, 35 são de etnia italiana; etc.; dos 577 homens de 18 anos ou mais internos no HSP, 15,4% são de italianos, 6% (sobre o valor total de 577) são de italianos casados, etc.

Na Tabela 13, pode-se notar claramente que o percentual de italianos é bastante baixo, quer na soma geral, quer por estado civil, em relação ao restante do grupo de internos. Se for observada tabela emitida pelo HSP em Relatório da Secretaria de Negócios do Interior e Exterior (dados referentes ao ano de 1901), pode-se constatar que os dados quantitativos através dos prontuários podem estar próximos da realidade:

Tabela 14 – Nacionalidade extraída do Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior²¹⁶

BRASILEIRA		ALEMÃ		ITALIANA		FRANCESA		PORTUGUESA		DIVERSAS	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
129	120	5	2	26	9	4	-	5	1	16	9

Total 326

Dos 326 internos para o ano de 1901, 129 (39,5%) são homens nativos enquanto 7,9%²¹⁷ são de homens italianos. Já para o número de 120 (36,8%) mulheres nativas internadas em 1901 no HSP, tem-se em contrapartida 2,7% de mulheres italianas. Se visto na totalidade, os estrangeiros (todas as etnias) representariam 77 dos internos, ou 23,6%, para 76,3% de alienados nativos (129 homens e 120 mulheres), isto é, em se tratando de Hospício São Pedro (Porto Alegre/Brasil), o percentual indica $\frac{3}{4}$ de nativos para $\frac{1}{4}$ de estrangeiros. E se forem observados apenas os italianos (26 homens e 9 mulheres), tem-se 10,7% desta etnia para 76,3% de nativos ou $\frac{1}{10}$ de internos de etnia italiana para $\frac{7}{10}$ (quase $\frac{8}{10}$) para nativos.

Retornando à Tabela 9, constam entre italianos vindo do interior (74 entre homens e mulheres) e de Porto Alegre (19 entre homens e mulheres) mais 3 homens italianos (1 como origem da Casa de Correção e outros dois não identificada cidade de origem), perfazendo um total de **96 prontuários onde há marcação de etnia italiana** no próprio documento. Separados, há **55 homens italianos e 41 mulheres italianas**. O total de internos no HSP, de todas as idades, é de 560 mulheres e 598 homens, totalizando 1.158 internos. Portanto, os 55 italianos representariam **4,7%**, e as 41 italianas, **3,5%** e no total, representariam, estes 96 internos, quase **1/10** (8,2%) da população do HSP. Não se deve esquecer que entre os nativos (os ditos brasileiros) apontados na Tabela 14,

²¹⁶ RSIE.3-011, do ano de 1902, p. 242.

²¹⁷ Base de cálculo: 326.

referente ao “Relatório apresentado ao Presidente do Estado”, constam também descendentes de etnia italiana.

Os 175 italianos(as) e descendentes encontrados entre os prontuários do Hospício São Pedro podem ser assim divididos segundo o estado civil:

Tabela 15 - Estado civil dos italianos(as) e descendentes internos entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) ²¹⁸

Sexo/estado civil	Total	Casado(a)	Solteiro(a)	Viúvo(a)	S/informação
Homens	93 (100%)	35 (37,6%)	50 (53,7%)	3 (3,2%)	5 (5,3%)
Mulheres	82 (100%)	41 (50,0%)	33 (40,2%)	8 (9,7%)	-
Total	175 (100%)	76 (43,4%)	83 (47,4%)	11 (6,2%)	5 (2,8%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Na Tabela 15, constata-se que, embora o número de italianos casados seja próximo ao número de italianas casadas, se vistos em relação ao número absoluto de cada sexo, a maior incidência de casados que sofreu internamento é do sexo feminino, com 50%. Porém, o maior número de solteiros, 53,7%, é do sexo masculino. Estes dizem respeito a todos internos de etnia italiana apurados, incluídos os menores de idade.

Cabe salientar que dos 93 homens de etnia italiana (e descendentes) observados acima, foram encontrados 4 que têm menos de 18 anos, isto é, 89 homens têm 18 anos ou mais. Das 82 mulheres de etnia italiana (e descendentes), foram encontradas 10 que têm menos de 18 anos, isto é, 72 mulheres têm 18 anos ou mais.

Na Tabela 12, é indicado alto número de solteiros internados, tanto de ascendência italiana quanto de outros que não possuem mesma ascendência. Procurou-se, então, na tabela a seguir, observar qual o percentual da faixa etária de 15 a 25 anos ²¹⁹.

²¹⁸ A título de orientação esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 93 italianos internados, 35 (ou 37,6%) são casados; do total de 175 italianos de ambos os sexos, 76 (43,4%) são casados.

²¹⁹ Para contrapor às informações de Bastide, na Introdução.

Tabela 16 – Internos do sexo masculino solteiros e por faixa etária de 15 a 25 anos, italianos e não-italianos no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)²²⁰

Homens			
Total de homens (com menores de idade)	598 (100%)		
Total de homens (sem italianos)	505 (84,4%)	Homens italianos (total com menores de idade)	93 (15,5%)
Homens solteiros (com menores de idade)	379 (63,3%)		
Homens solteiros (sem italianos)	329 (55,0%)	Homens italianos solteiros (incluso menores de idade)	50 (8,3%)
Homens solteiros de 15 a 25	178 (29,7%)		
Homens solteiros de 15 a 25 (sem italianos)	160 (26,7%)	Homens italianos solteiros de 15 a 25 anos	18 (3%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Do total de 598 homens internos no HSP, um número pequeno é de solteiros de ascendência italiana, e que tem de 15 a 25 anos. É interessante notar que mesmo entre os não-italianos, o percentual referente a esta faixa etária é baixo, pois representaria pouco mais de ¼ dos internamentos de homens.

No quesito profissões, é possível perceber uma gama variada de atividades.

Das mulheres que constam tendo como profissão *serviço doméstico*, 6 são da capital e 25 do interior. E das 13 “domésticas”, 4 são de Porto Alegre e as outras 9 do interior. Neste caso, as mulheres provenientes do interior tidas como “domésticas” ou ocupadas com o “serviço doméstico”, possivelmente também estivessem na lida do campo junto ao marido.

Dos 93 homens de ascendência italiana, 31 são “agricultores”, ou 33,3% do total. Dos 22 italianos em que não consta anotação no campo “profissão”, 5 são de Porto Alegre e o restante, 17 são do interior. Neste caso, supõe-se que os provenientes de localidade distante do centro urbano da capital pudessem ser também agricultores. Portanto, na soma, 31 “agricultores”, 17 “não consta” do interior (prováveis agricultores), 1 “carpinteiro/agricultor” e 2 “lavradores”, o total fica em 51 “agricultores” ou 54,8% sobre 93 italianos. Então, mesmo adicionando parte do item “não consta”, ainda assim não teríamos um número próximo aos 95% de agricultores mencionados por Trento na Introdução.

²²⁰ A título de orientação esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 598 internos do sexo masculino (incluindo menores de idade), 379 (ou 63,3%) são solteiros; dos 598 internos do sexo masculino, 18 (3,0%) são de etnia italiana e têm entre 15 e 25 anos.

Quadro 4 - Profissões de italianos(as) e descendentes segundo os prontuários do Hospício São Pedro

Homens		Mulheres	
Agricultor	31	Serviço doméstico	31
Sapateiro	5	Doméstica	13
Operário/sapateiro	1	Agricultora	3
Operário	3	Colona (ou “colonista”)	1
Jornaleiro	4	Serviço rural	1
Pedreiro	3	Operária	1
Padeiro (ou pedreiro ²²¹)	1	Costureira	1
Carpinteiro	3	“não tem”	1
Carpinteiro/agricultor	1	Não consta	30
Comércio	2	TOTAL	82
Lavrador	2		
Construtor	1		
Construtor e empreiteiro	1		
Carniceiro	1		
Estudante de medicina	1		
Funileiro	1		
Jornalista	1		
Negociante	1		
Negociante ambulante	1		
Negociante rural	1		
“Trabalhador”	1		
“Serviço doméstico”	1		
Não consta	22		
Sem entendimento	4		
TOTAL	93		

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Não se pode esquecer, no entanto, que as profissões distintas da de agricultor podem ter sido apreendidas em terras brasileiras, pois muitos vinham ao Brasil não tendo conhecimento de um ofício que não fosse o de agricultor. No início, quando não havia retorno monetário oriundo da colônia, algumas famílias optavam por diversificar a mão-de-obra. Ângelo Zatta ouviu do pai que se trabalhar na colônia não dava dinheiro então os filhos teriam que ir trabalhar como aprendizes: de ferreiro, de carpinteiro, de celeiro. Isto não significava, entretanto, que haveria um rendimento imediato. Ângelo comenta que ficou por 3 anos como aprendiz, sem receber remuneração, morando com o mestre, tendo inclusive as refeições controladas²²².

²²¹ De difícil entendimento, não dá pra saber se é padeiro ou pedreiro.

²²² DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério. *Entre o passado e o desencanto: entrevistas com imigrantes italianos e seus descendentes no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias, Editora da Universidade de Caxias do Sul, 1983, p. 18.

Muitos dos internos do HSP faleciam dentro da instituição. Os falecimentos como razão apontada para a saída do hospício são em maior número se comparados com outras maneiras. A saída poderia ocorrer por falecimento, assistência, provisória ou por apresentar melhoras (neste caso estas três maneiras acabam sendo a mesma coisa), por cura, ou mesmo por fuga. Alguns raros casos de encaminhamento para outra instituição também poderia constar (como Santa Casa, Leprosário, Casa de Correção ou Manicômio Judiciário).

Tabela 17 – Saída de alienados do Hospício São Pedro por falecimento, segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

Alta por falecimento			
Homens	257 (100%)	Homens italianos	41 (100%)
Homens casados	64 (24,9%)	Homens italianos casados	12 (29,2%)
Homens solteiros	159 (61,8%)	Homens italianos solteiros	24 (58,5%)
Homens viúvos	7 (2,7%)	Homens italianos viúvos	1 (2,4%)
<hr/>			
Mulheres	312 (100%)	Mulheres italianas	40 (100%)
Mulheres casadas	81 (25,9%)	Mulheres italianas casadas	16 (40%)
Mulheres solteiras	180 (57,6%)	Mulheres italianas solteiras	19 (47,5%)
Mulheres viúvas	25 (8,0%)	Mulheres italianas viúvas	5 (12,5%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Homens: 64+159+7+25 não consta+1 ignorado+1 sem entendimento= 257

Mulheres: 81+180+25+24 não consta+1 ignorado+1 sem entendimento= 312

Homens italianos: 12+24+1+3 não consta+1 sem entendimento= 41

Mulheres italianas: 16+19+5= 40

No total foram 569²²³ (somados os homens e as mulheres) alienados que saíram por falecimento. Se for levada em conta a proporção da população feminina em relação à população masculina, tem-se que 54,8% (312) das mulheres saíram do HSP após falecimento, enquanto os homens representariam 45,1% (257). A incidência maior de falecimentos fica entre os solteiros e as solteiras, sendo repetida esta mesma maioria entre italianos solteiros, mas não entre mulheres solteiras italianas (solteiras e casadas ficam com percentual muito próximo).

Alguns prontuários de italianos que vieram a falecer nas dependências do HSP trazem informações adicionais, caso da italiana Antonia B., que teve sua internação realizada quando contava com 52 anos de idade, e estava viúva. Entrou em 1923, como pensionista de 3ª classe, e faleceu em 1933. Diagnosticada com “melancolia de involução”, foi internada por um sobrinho

²²³ O número de internos que faleceram no HSP é superior, pois não foram computados nesta tabela todos aqueles que tiveram mais de uma internação, e na última vieram a falecer no hospício. Para os que tiveram mais de uma internação no HSP, foi anotada a data da alta para a primeira saída da instituição e a motivação da alta de acordo com esta saída (assistência, provisória, melhorada, fuga, etc.). Neste caso o número de internos que faleceram no HSP seria maior, isto porque muitos dos 310 insanos que tiveram mais de uma internação vieram a falecer no hospício.

nomeado seu curador após interdição. Alguns poucos anos depois, em 1927, foi removida para a 4ª classe, por solicitação de seu cunhado José, alegando este “falta de recursos e visto alta que houve nas diárias de pensionistas”²²⁴.

É importante que se esclareça que a absoluta maioria não traz nenhuma informação de interdição, sendo o caso de Antonia B. excepcional. Outro ponto a ser observado é que não cabia ao Sr. José a solicitação de transferência de classe da interna, e sim ao curador da enferma. O prontuário não traz qualquer contestação neste sentido por parte da instituição: o HSP simplesmente acatou a solicitação.

Há casos de pessoas que estiveram apenas por poucos dias, que iam ao HSP, ao que parece, para morrer.

Dos 96 internos que ficaram por pouco tempo vindo a falecer logo em seguida, 14 eram homens de etnia italiana, e 4 eram mulheres de etnia italiana. Elvira, italiana moradora em Porto Alegre, 36 anos, casada, internada em 13 de outubro de 1915, faleceu pouco tempo depois: em 18 de outubro do mesmo ano, 5 dias após sua internação²²⁵. Alguns dos 96 internos ficaram tão curto espaço de tempo que sequer tiveram seu diagnóstico anotado, escrevendo o alienista *faleceu dentro do período de observação*.

Quadro 5 – Italianos(as) e descendentes que faleceram no HSP após curto tempo de internação

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
373	Elvira italiana	36	casada	4	1915 (13/10)	1915 (18/10)	falecimento	(...) sífilítica (...) coma cerebral, não sendo possível apreciar o menor sinal de alienação mental "(a paciente procedia do Hospital ...)"	Porto Alegre	não consta
79	Philomena italiana	30	viúva	4	1905(out)	1905(nov)	falecimento	enfraquecimento mental	Alfredo Chaves	agricultora
826	Perini italiana	60	casada	4	1922(abr)	1922(mai)	falecimento	delírio tóxico ligado a...	Jaguari	serviço doméstico
988	Thereza Bi. descendente	73	viúva	4	1924(mar)	1924(abr)	falecimento	demência senil	Passo Fundo	serviço doméstico
31	Avelino italiano	52	solteiro	4	1901(mar)	1901(abr)	falecimento	delírio alcoólico	Rosário	jornaleiro
97	José F. descendente	35	casado	4	1905(mar)	1905(mai)	falecimento	alcooolismo crônico	Porto Alegre	não consta
181	Miguel italiano	47	casado	2	1907(set)	1908(jan)	falecimento	paralisia geral expansiva	Bagé	s/entendimento
185	Valentim italiano	22	solteiro	4	1907(dez)	1908(mar)	falecimento	demência precoce	Caxias	agricultor
231	Giuseppe C. descendente	30	solteiro	4	1911 (mar)	1911 (jul)	falecimento	psicose tóxica com síndrome maníaca por	Bento Gonçalves	carniceiro

²²⁴ PHSP de Antonia B., 52 anos, viúva, internada em 1923.

²²⁵ PHSP de Elvira, 36 anos, casada, internada em 1915.

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
								alcoolismo crônico		
28	Affonso descendente	38	sem entendimento	3	1903(24jul)	1903(2ago)	falecimento	"faleceu dentro do período de observação"	Porto Alegre	carpinteiro
430	Giacomo P. italiano	64	casado	4	1916 (jan)	1916 (set)	falecimento	lypemia ansiosa pré senil	Garibaldi	não consta
1159	Ottílio descendente	17	solteiro	4	1925(ago)	1925(out)	falecimento	degeneração hereditária idiotia	Erechim	não consta
539	Francisco C. italiano	50	casado	4	1918 (dez)	1919 (fev)	falecimento	psicose epiléptica com estado demencial e alcoolismo crônico [epilepsia]	Bento Gonçalves	não consta
1174	Bartholomeu italiano	63	solteiro	4	1916(mar)	1916(mai)	falecimento	demência post-(s/entendimento) arterio esclerose	Porto Alegre	não consta
845	José C. descendente	28	solteiro	4	1922(jan)	1922(jun)	falecimento	psicose epiléptica [epilepsia]	Guaporé	lavrador
1010	Giuseppe A. descendente	27	não consta	4	1924(mar)	1924(nov)	falecimento	psicose epiléptica [epilepsia]	Antônio Prado	agricultor
1090	José B. descendente	26	solteiro	4	1925(3/10)	1925(5/10)	falecimento	"(estado melancólico confuso faleceu no período de observação)	Garibaldi	não consta
1180	Carlos C. italiano	65	viúvo	4	1925(17/6)	1925(22/6)	falecimento	"faleceu no período de observação"	não consta	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Embora ocorresse internamento breve inclusive para os moradores na capital não apenas para os que vinham de longe, é possível supor que a viagem dos que vinham do interior poderia contribuir para abreviar a vida do enfermo que já estivesse com a saúde debilitada. Dioclécio Pereira, diretor do HSP, sugere inclusive a

criação de enfermarias especiais nos hospitais de moléstias comuns de alguns municípios, escolhidos pela sua posição geográfica, para tratamento dos casos agudos, de pacientes excitados, agitados ou em crise delirante que evitariam assim uma viagem às vezes longa, sempre penosa e muitas vezes prejudicial. O número de alienados que sucumbe após chegada a esta capital parece elevado²²⁶.

Outro aspecto a ser observado é referente aos pagantes que adentravam o hospício. Antonia B., citada anteriormente, não era pessoa sem recursos, e como ela, outros italianos e descendentes também foram internos como pensionistas no HSP.

Havia quatro classes no Hospício São Pedro: 1ª, 2ª e 3ª são de pensionistas e pagantes (ou contribuintes), e a 4ª de pobres ou indigentes. Ao menos no aspecto de alojamento, o tratamento era evidentemente diferenciado:

Os quartos para os enfermos contribuintes eram mobiliados com camas de ferro, colchão e travesseiro, lavatório, mesa e cadeira de palhinha, tapete, cabide, escarradeira de ferro louçado e toalha de rosto. Havia uma preocupação especial em tornar o quarto do doente pensionista agradável aos olhos, evitando causar "desagradável impressão já no espírito dos enfermos, já

²²⁶ RSIE.3-037, do ano de 1922, p. 131.

nas pessoas que os acompanham, contribuindo por essa forma para afugentar do hospício os doentes que com suas contribuições viriam a aliviar o ônus que pesa sobre o Estado com a manutenção do estabelecimento” (aspas como no original)²²⁷.

Sobre a manutenção do estabelecimento, há que se informar que os da 4ª classe também contribuía, de forma indireta, mas contribuía para possível economia que a instituição fizesse. Segundo Regulamento de 1903, “em qualquer das primeiras classes as despesas de vestuários e lavagem de roupa dos alienados correrão por conta dos mesmos ou de quem os representar; podendo, entretanto, o hospício encarregar-se da lavagem da roupa, mediante a mensalidade de 5\$000, por alienado”²²⁸. Ocorre, no entanto, que em Relatório de 1884 o Dr. Carlos Lisboa, o então diretor do estabelecimento, informava que “algumas alienadas lavam e cosem as roupas do estabelecimento”²²⁹, o que significa que o valor pago pela lavagem de roupas não era destinado a empregados, ou quem sabe a lavadeiras externas à instituição. E embora o valor cobrado dos pensionistas para a lavagem da roupa fosse baixo se comparado com as mensalidades²³⁰, ainda assim era trabalho feito pelos enfermos de forma gratuita para o estabelecimento²³¹.

Dos 190 internos (43 na primeira, 52 na segunda, 95 na terceira) no Hospício São Pedro como pensionistas, 21 tinham ascendência italiana:

²²⁷ SCOTTI, Zelinda Rosa. *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospício São Pedro (1900-1925)*. 2002. (Mestrado de História), - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002, p. 54.

²²⁸ Decreto n. 595 de 7 de fevereiro de 1903, que dá novo regulamento para o Hospício São Pedro. Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1903. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de “O Independente”, 1909, p. 129.

²²⁹ RSCM do ano de 1884, p. 8.

²³⁰ Para a 1ª classe com quarto particular, diária de 6\$000, 2ª classe em quarto para dois doentes, diária de 4\$000 e para 3ª classe enfermaria particular com diária de 2\$000. O caso dos alienados que fossem remetidos pelo município para ficarem na 4ª classe, deveria, o município, pagar diária de 1\$000. Portanto, o ônus que recaía para alguns municípios que sustentavam “seus” alienados no HSP, não sofria desconto ou restituição com o trabalho destes.

²³¹ Em SCOTTI, Zelinda Rosa, 2011/B, Op. cit., foi realizado levantamento junto aos Relatórios ao Presidente do Estado mostrando que o trabalho dos alienados estava em toda a parte: da carpintaria à fabricação de colchões, do serviço na cozinha a consertos na casa do almoxarife, da lavagem do piso com balde (baldeamento) a conserto de vassouras, etc. Mas sem dúvida, o que mais chama a atenção é o trabalho em larga escala na oficina de costura, mais do que quantidade havia variedade de peças com igual variedade de tecidos. Questiona-se: se usavam uniforme, porque peças de vestuário eram confeccionadas?

Quadro 6 – Mulheres e Homens de etnia italiana pensionistas no Hospício São Pedro, segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
505	Salvador descendente	29	solteiro	1	1916	1917	assistência	demência precoce de forma paranóide interpretativa delirante (tipo erótico...) demência precoce	Itaqui	estudante de medicina
427	Adelchi italiano	59	casado	1	1916	1916	assistência	"paralisia geral ou pseudo paralisia geral sífilítica?"	Porto Alegre	jornalista [não é jornalista]
860	Carula descendente	36	casada	1	1921	1922	assistência	acesso maníaco	Santa Maria	serviço doméstico
1037	Tobias italiano	32	solteiro	1	1925	1925	assistência	psicose maníaco depressiva degeneração mental	Cruz Alta	comércio
739	Cezar descendente	24	solteiro	2	1922 (4/10)	1922 (19/10)	curado [cura]	confusão mental alucinatória aguda (psicose toxi-infectuosa)	Porto Alegre	pedreiro
968	Luiz C. italiano	36	solteiro	2	1924	1924	assistência	estado melancólico ansioso com idéias delirantes	Venâncio Aires	construtor (tbem empreiteiro)
181	Miguel italiano	47	casado	2	1907(set)	1908(jan)	falecimento	paralisia geral expansiva	Bagé	s/entendimento
98	Matheo italiano	não consta	casado	3	1904	1905	assistência	mania aguda	Bento Gonçalves	agricultor
329	Paulina B. italiana	40	viúva	3	1914	1916	assistência	demência precoce pós confusão mental estúpida	Pelotas	não consta
450	Fredesvinda descendente	32	casada	3	1917	1918	assistência	delírio paranóide irritabilidade querelas alucinações (demência precoce?)	Bento Gonçalves	doméstica
177	Angelo italiano	49	casado	3	1907	1907	não consta	idéias melancólicas degeneração hereditária	Lajeado	negociante rural
242	Margarida italiana	41	casada	3	1906	1907	não consta	mania renitente erotismo	São João Montenegro	não consta
581	Paulina S. descendente	30	casada	3	1919	1962	falecimento	demência...impulsividade	Porto Alegre	serviço doméstico
28	Affonso descendente	38	sem entendimento	3	1903(24jul)	1903(2ago)	falecimento	"faleceu dentro do período de observação"	Porto Alegre	carpinteiro
887	Antonia B. italiana	52	viúva	3	1923	1933	falecimento	melancolia de involução	Guaporé	serviço doméstico
1086	Natalina descendente	16	solteira	3	1925	1925	assistência	confusão mental alucinatória episódica numa débil mental	Antônio Prado	não consta
730	Roberto descendente	36	solteiro	3	1902	1904	[saiu]	lypemia	São Gabriel	padeiro (ou pedreiro)
909	João Ci. descendente	25	solteiro	3	1923	1924	assistência	estado delirante persecutório inicial ligado a alcoolismo crônico	Porto Alegre	operário
921	Clementina descendente	32	casada	3	1924	1925	assistência	estado melancólico...	Encantado	doméstica
1025	Cataldo descendente	31	casado	3	1925	1925	assistência	Degeneração mental estado melancolia ansiosa	Porto Alegre	construtor
425	Guelfo italiano	25	solteiro	3	1907	1907	assistência	mania aguda	Porto Alegre	negociante ambulante

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

O Quadro 6 informa que os homens de etnia italiana estiveram em maior número como pensionistas, 13 homens para 8 mulheres, sendo que entre os homens há também internos na 2ª classe, enquanto entre as mulheres consta apenas uma na 1ª classe, e o restante na 3ª classe. Outro dado que pode ser extraído do Quadro 6 diz respeito às profissões de alguns dos internos: negociante

rural, jornalista, construtor/empreiteiro e estudante de medicina. Italiano definitivamente não era sinônimo de pobreza.

De uma maneira geral, o que se percebe para os internos pensionistas é que nem toda família consegue manter por longa data as despesas com o enfermo no HSP. Um destes casos é o de Maria Virginia (sem ascendência italiana), internada aos 33 anos, com diagnóstico de “loucura histérica com delírio sistematizado religioso associado”. As duas primeiras internações foram feitas pelo marido: de 1909 a 22 de abril de 1910, e de 26 de abril de 1910 a outubro do mesmo ano. Ambas internações foram feitas na primeira classe. Mas após ser internada novamente, em 1915, pelo genro, ela passará sucessivamente para a 2ª classe e depois para a 3ª classe. Em 1952, saíria do HSP por falecimento, depois de mais de três décadas de internação²³².

Há casos em que problemas financeiros parecem não ser problema para a família. O estudante de medicina descendente de italianos, Salvador, de 29 anos, foi internado na 1ª classe, em 1916, com diagnóstico de “demência precoce de forma paranóide interpretativa delirante (tipo erótico...) demência precoce”. Procedente de Itaqui, sai em julho de 1917, e o prontuário informa que a alta foi a pedido do pai. O alienista adverte no verso da guia que se trata de “doente perigoso”, sublinhando esta última expressão. Retornaria Salvador em 1918. Três comunicações da família dão a dimensão do poder aquisitivo do enfermo.

Bilhete datilografado de 26 de dezembro de 1937 (de Itaqui):

O portador da presente, Sr. Ulpiano, vai incumbido de acompanhar meu filho Salvador, dessa capital até esta cidade. Se for necessário que ele venha também acompanhado de um enfermeiro, V.S. assim disporá. As despesas que aí se originarem serão abonadas por mim. Subscrovo-me com apreço e consideração (...). Felicia.

Bilhete datilografado de 29 de dezembro de 1937 (de Itaqui):

Desejando que meu filho Salvador venha para minha companhia, peço-lhe o obséquio de enviá-lo com dois enfermeiros desse hospital. Mas primeiramente, peço dizer-me, em quanto importarão, aproximadamente, as despesas com a vinda dele, para enviar-lhe a respectiva importância. Se possível queira avisar-me por telegrama. Sem mais subscrovo-me respeitosamente, Felicia.

Telegrama de 8 de janeiro de 1938:

Contrariando parecer da família mãe [de] Salvador exige sua vinda. Salvador tem bens que garantem qualquer débito cuja exatidão ignoro somente verificável mediante conta corrente

²³² PHSP de Maria V., 33 anos, casada, primeira internação em 1909.

integral que peço. Oswaldo [mesmo sobrenome de Salvador, mas não se trata do pai que se chamava Antônio]²³³.

Em 11 de janeiro de 1938, sairá para “assistência sem melhora”. O que chama a atenção é a insistência da mãe que não mediu esforços pra retirar o filho do HSP, permitindo supor que, muitos não tiravam seus entes queridos do hospício, talvez por falta de recursos quando moravam longe. Salvador não retornaria à instituição.

Mas se Salvador teve a sorte de ser retirado pela família, o mesmo não ocorreu com Paulina. Mesmo morando em Porto Alegre, a descendente de italianos faleceu na instituição após longa estada. Internada com diagnóstico de “demência... impulsividade”, sua reclusão ocorreu em 1919, aos 30 anos. Sua saída aconteceu em 1962, quarenta e três anos após sua estada no HSP, quando já contava com 73 anos²³⁴.

Os italianos não eram apenas procedentes do interior. Como Paulina, havia italianos que não faziam o perfil da clássica visão sobre imigração: do meio rural e agricultor.

Quadro 7 – Italianos e descendentes procedentes de Porto Alegre

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	profissão
288	Dinorah descendente	15	solteira	4	1913	1941	assistência	degeneração hereditária, debilidade mental, demência precoce	não consta
303	Antonio italiano	18	solteiro	4	1913	1914	assistência	confusão mental	sapateiro
891	Lucia descendente	18	solteira	4	1923	1926	provisória	degeneração hereditária debilidade acessos delirantes episódicos	doméstica
699	Carolina descendente	19	solteira	4	1921	1928	falecimento	psicose epiléptica [epilepsia]	serviço doméstico
978	Thereza Bor. descendente	19	solteira	4	1924	1924	assistência	degeneração hereditária com debilidade mental episódica delirante...	doméstica
1027	Julio descendente	21	solteiro	4	1925	1925	assistência	confusão mental de degenerado	não consta
868	Elias descendente	21	solteiro	4	1923	1924	assistência	estado maníaco	operário
739	Cezar descendente	24	solteiro	2	1922 (4/10)	1922 (19/10)	curado [cura]	confusão mental alucinatória aguda (psicose toxi-infectuosa)	pedreiro
863	Dorvalina descendente	24	casada	4	1923	1923	assistência	psicose maníaco depressiva	serviço doméstico
425	Guelfo italiano	25	solteiro	3	1907	1907	assistência	mania aguda	negociante ambulante
909	João Ci. descendente	25	solteiro	3	1923	1924	assistência	estado delirante persecutório inicial ligado a alcoolismo crônico	operário
500	Felippe descendente	26	casado	4	1918	1919	curado [cura]	psicose tóxica por alcoolismo crônico	carpinteiro
858	Amélia italiana	26	solteira	4	1923	1928	falecimento	acesso melancólico [melancolia]	doméstica

²³³ PHSP de Salvador, 29 anos, solteiro, primeira internação em 1916.

²³⁴ PHSP de Paulina, 30 anos, casada, internada em 1919.

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	profissão
922	Angela M. descendente	26	casada	4	1924	1928	falecimento	demência precoce	não consta
559	Martini italiano	29	solteiro	4	1919	1937	falecimento	demência precoce	"operário (sapateiro)"
581	Paulina S. descendente	30	casada	3	1919	1962	falecimento	demência...impulsividade	serviço doméstico
1025	Cataldo descendente	31	casado	3	1925	1925	assistência	degeneração mental estado de melancolia ansiosa	construtor
275	Ubalдина descendente	33	solteira	4	1913	1913	assistência	acesso de mania histórica	serviço doméstico
97	José F. descendente	35	casado	4	1905(mar)	1905(mai)	falecimento	alcoolismo crônico	não consta
96	Porfirio italiano	35	solteiro	4	1906	1935	falecimento	lypemia ansiosa	pedreiro
945	Sabrina italiana	35	solteira	4	1924	1928	falecimento	degeneração hereditária estado delirante incoerente episódico	não consta
373	Elvira italiana	36	casada	4	1915 (13/10)	1915 (18/10)	falecimento	(...) sífilítica (...) coma cerebral, não sendo possível apreciar o menor sinal de alienação mental "(a paciente procedia do Hospital ...)"	não consta
437	Maximiliano italiano	36	solteiro	4	1916	1937	falecimento	demência precoce paranóide	agricultor
28	Affonso descendente	38	sem entendimento	3	1903(24jul)	1903(2ago)	falecimento	"faleceu dentro do período de observação"	carpinteiro
780	José R. italiano	38	casado	4	1922	1923	assistência	estado melancólico com idéias delirantes místicas	lavrador
165	José Cr. italiano	40	casado	4	1907	1925	p/manicômio	debilidade mental idéias de ruína impulsividade degeneração hereditária	s/entendimento
272	Marieta italiana	40	casada	4	1913	1934	falecimento	demência precoce	serviço doméstico
1142	Alexandre italiano	42	casado	4	1925	1926	falecimento	paralisia geral	sapateiro
641	Thereza B. descendente	43	casada	4	1920(fev)	1920(mar)	assistência	depressão melancólica	serviço rural
391	João P. italiano	43	casado	4	1915	1917	falecimento	paralisia geral	pedreiro
316	Victorio italiano	43	casado	4	1913	1929	falecimento	psicose tóxica por alcoolismo crônico	agricultor
1074	Carolina L. italiana	49	casada	4	1925	1935	assistência	não consta	não consta
427	Adelchi italiano	59	casado	1	1916	1916	assistência	"paralisia geral ou pseudo paralisia geral sífilítica?"	jornalista [não é jornalista]
294	Sylvia italiana	60	casada	4	1913	1921	falecimento	psicose maníaco depressiva	não consta
1174	Bartholomeu italiano	63	solteiro	4	1916(mar)	1916(mai)	falecimento	demencia post- (s/entendimento) arterio esclerose	não consta
172	Casemiro descendente	80	solteiro	4	1908	1912	falecimento	demência alcoólica (alcoolismo crônico)	agricultor
1007	Eduardo descendente	não consta	solteiro	4	1924	1938	provisória	degeneração hereditária imbecilidade com surtos agudos de hipomania	sapateiro e*
1150	Francisco Co. descendente	não consta	não consta	4	1925	1926	falecimento	demência senil com excitação maníaca	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

O número de italianos(as) oriundos de Porto Alegre identificados no Banco de Dados é de 41 indivíduos. No entanto, 3 enfermos (um homem e duas mulheres) foram retirados da tabela acima,

pois participam do item *parentes internados* no capítulo 3, *Entre diagnósticos médicos e narrativas*, isto feito para manter o sigilo necessário.

Núncia Constantino, diferente de estudiosos da imigração italiana, tais como Rovilo Costa e Luis De Boni, que dirigiram a atenção para o imigrante rural, desenvolveu tese que contempla um imigrante conhecido, mas não valorizado nas pesquisas: o imigrante urbano. A historiadora descreve este estrangeiro que se fixa em Porto Alegre:

é um jovem agricultor calabrês, é alfabetizado e tem alguns recursos financeiros pessoais ou familiares que permitem custear a viagem que empreende sem família. Em Porto Alegre, para onde se dirigiu diretamente, atendendo chamado de parentes, dedica-se ao comércio. Progride economicamente e torna-se elo da corrente que favorece a vinda de conterrâneos. Vive na “Cidade Baixa”, frequenta associações de italianos, casa-se com mulheres calabresas ou descendentes, forma família numerosa (grifo com aspas da autora)²³⁵.

Ao menos uma das internas possui em seu prontuário endereço que coincide com a o bairro Cidade Baixa. A descendente de italianos Ubaldina, tendo por diagnóstico “acesso de mania histérica”, aos 33 anos foi internada pela primeira vez, isto em 1913, e tem informado em seu prontuário, em 1946, que “uma sobrinha da senhora Ubaldina, residente à rua Lima e Silva. n..., foi quem me prestou as informações”. Outro dado significativo é o número de internações desta enferma: num total de 10 reclusões, sendo que seis destas duraram apenas alguns meses²³⁶.

As diversas saídas do hospício, daqueles que tem residência em Porto Alegre, foi semelhante para outros internos de outras etnias. De 1.158 prontuários, 349 (30,1%) constam como procedentes da capital, e 775 (66,9%) do interior²³⁷. De um total de 310 pacientes que foram internados mais de uma vez, 116 (10%) são oriundos da capital e 191²³⁸ (16,4%) são procedentes do interior. Para um número tão elevado de oriundos do interior (775), a percentagem é baixa em comparação aos que têm residência em Porto Alegre (349). Portanto, infere-se que a residência na mesma cidade do HSP contribuía para que as saídas fossem mais frequentes, e, para alguns, como Ubaldina, as estadas serem mais curtas.

O mesmo, no entanto, não ocorreu com Dinorah, descendente de italianos, contando com 15 anos, internada com “degeneração hereditária, debilidade mental, demência precoce”. Mesmo sendo procedente de Porto Alegre, foi ela internada em 1913, e só sairia em 1941, para assistência. A saída

²³⁵ CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *O italiano da esquina: imigrantes meridionais na sociedade porto-alegrense*. 2. ed. Porto Alegre: EST Edições, 2008, p. 16.

²³⁶ PHSP de Ubaldina, 33 anos, solteira, primeira internação em 1913.

²³⁷ Dos 1.158 prontuários, 34 (2,9%) não têm cidade de origem: 22 não constam informações, 9 da Casa de Correção, 1 do Quartel, e 2 sem entendimento.

²³⁸ Desprezados 3 internos: 1 da Casa de correção e 2 prontuários em que não consta cidade de origem. O cálculo foi feito sobre a totalidade: 1.158.

para assistência, provisória, ou cura pode ser observada em 21 internos italianos procedentes da capital. A segunda estada de Dinorah foi decisiva: retorna em 1941, para sair em definitivo após falecimento em 1971, com prováveis 73 anos. Dinorah passou cerca de 58 anos de sua vida nas dependências do hospício, mesmo sendo sua residência tão próxima: em algum bairro na própria Porto Alegre em que estava o HSP²³⁹.

Observa-se no Quadro 7 a existência de sete pensionistas, e sabendo-se que foram localizados 21 italianos pagantes no HSP, é pertinente afirmar que existe significativa incidência de pensionistas desta etnia em Porto Alegre. Um destes internos, o descendente de italianos Cataldo, que adentrou no HSP na 3ª classe, traz alguns detalhes interessantes.

Internado pela primeira vez em fevereiro de 1925, sai para assistência em março do mesmo ano. Retorna novamente em novembro de 1925. Com diagnóstico de “degeneração mental estado de melancolia ansiosa”, em sua segunda estada foi ele transferido para a Colônia Jacuhy, em 1928, de onde fugiu em 1936, sendo recapturado no mesmo dia, e transferido então para a Colônia Agrícola, em 1937²⁴⁰. Em 1938, proveniente da Prefeitura de Uruguaiana, carta datilografada e assinada pelo prefeito e endereçada ao então diretor do HSP Jacinto Godoy, solicita a liberação de Cataldo:

Em 29 de fevereiro de 1924, ingressou nesse hospital o demente Cataldo, brasileiro, casado, de profissão construtor, contando nessa época a idade de 32 anos e residente nesta cidade. Agora, passados 14 anos, veio a esta Prefeitura a família do referido cidadão dizendo constar que o mesmo se acha restabelecido da moléstia que o acometia. Solicito-vos, pois, o obséquio de informardes sobre a veracidade dessa notícia. Se efetivamente ela for verdadeira, esta Prefeitura remeterá a verba necessária para o regresso do aludido cidadão²⁴¹.

Diversos detalhes da carta são reveladores. Primeiro, é dito que Cataldo é proveniente de Uruguaiana, quando consta ser de Porto Alegre. A missiva também demonstra desconhecimento da data de internação, segundo o prontuário teria ocorrido em 1925, e não 1924, bem como uma breve saída no mesmo ano de 1925. A idade consta como 32, quando na guia é informado 31. Por fim, chama a atenção a necessidade de interferência da prefeitura para a retirada do enfermo. Informação

²³⁹ PHSP de Dinorah, 15 anos, solteira, primeira internação em 1913.

²⁴⁰ Segundo ALVES e SERRES: “Uma tentativa de amenizar o problema de superlotação do Hospício foi a criação de uma Colônia Agrícola. Ao mesmo tempo em que seria utilizada para desafogar o Hospício São Pedro, serviria também para a implantação de mais um espaço de terapêutica do trabalho. Para isso, a antiga charqueada Meridional, localizada à margem direita do rio Jacuhy, no município de São Jerônimo, pertencente ao Dr. Ramiro Barcellos, foi adquirida pelo Estado, e nela foi fundada a colônia de alienados. O local recebeu o nome de Colônia Jacuhy e começou seu funcionamento em 1918”. ALVES, Gabrielle Werenicz; SERRES, Juliane Primon. *Hospital Psiquiátrico São Pedro: 125 anos de História*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 32. O texto dá a entender que a Colônia Agrícola e a Colônia Jacuhy seriam sinônimos, a mesma coisa. No entanto, além do prontuário de Cataldo, outros igualmente mostram que ora um alienado saía da Colônia Agrícola e era transferido para a Colônia Jacuhy, ora ocorria o contrário, saía da Colônia Jacuhy e ia para a Colônia Agrícola, dando a entender tratar-se de locais distintos.

²⁴¹ PHSP de Cataldo, 31 anos, casado, primeira internação em 1925.

curiosa: esteve ele por tempo significativo na Colônia Agrícola, e, no entanto, era ele construtor por profissão. Cataldo sai em 1939, curado.

Sejam Italianos, italianas, solteiros(as), casados(as) ou viúvos(as), da capital ou do interior, pensionistas ou pobres, com recursos financeiros ou não, que saíram para assistência ou foram deixados no HSP, enfim, percebe-se que a categoria *italianos* é múltipla, não se trata de etnia sem diferenciação.

Como dito na *Introdução*, dentre possíveis motivações para as reclusões que ocorreram, em se tratando de enfermos de etnia italiana, é apontada a não adaptação ao novo meio. No entanto, se for levado em conta o alto número de imigrantes que se dirigiu ao RS, entre os anos de 1875 a 1914, em torno de 80 a 100 mil italianos²⁴², os 175 imigrantes desta etnia (e descendentes) encontrados no HSP torna-se número irrisório (0,2% de 80.000). *Por que* teria sido este número tão baixo, levando-se em conta número tão elevado de representantes desta etnia no RS?

Uma dissertação de mestrado possibilita caminhos para pesquisas futuras no sentido de explicar o *porquê*. Conedera, cita as “Redes Sociais” de imigrantes, geralmente familiares já estabelecidos que se dispunham a auxiliar os recém chegados, o que contribuiria também no processo de adaptação:

O aparato da rede também intervinha no processo de adaptação. Os indivíduos, que imigraram demoravam para se ambientar à nova sociedade. Assim, os recém-chegados manifestavam insatisfação e os familiares responsáveis pela sua vinda os consolavam e os incentivam, para não se abaterem com as dificuldades dos primeiros anos. (... Além de incentivar e confortar, os parentes que enfrentavam os infortúnios dos tempos iniciais, os responsáveis pela vinda de outros conterrâneos, eram um ponto de referência em que os recém-chegados se apoiavam²⁴³.

Como apontado no início do trabalho, são os familiares que detêm poder significativo de indicar seus entes queridos aos internamentos, e quando estão estes amparados por quem já estava adaptado à nova realidade, a instabilidade provocada pelo estresse cultural poderia ter sido atenuada. Afirma-se assim que, se a ausência de uma adaptação sadia possa ter interferido nos internamentos, por outro lado *Redes Sociais* podem ter contribuído para a ausência de um número bem maior de internamentos de italianos no Hospício São Pedro (mereceria pesquisa futura esta possibilidade apontada).

²⁴² DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. 1979, op. cit., p. 77.

²⁴³ CONEDERA, Leonardo de Oliveira. *A imigração italiana no pós-guerra em Porto Alegre: memórias, narrativas, identidades de sicilianos (1946-1976)*. 2012. (Mestrado de História), - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012, p. 76-77.

3. ENTRE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS E NARRATIVAS

As teorias psiquiátricas europeias e norte-americanas nunca foram, nem nunca serão incorporadas à cultura brasileira, sem antes serem submetidas a modificações²⁴⁴.

(...) por natureza a medicina é histórica. Seria, portanto, artificial e infantil recriminá-la pelas suas estagnações, pelas suas cegueiras, pelos seus absurdos²⁴⁵.

Introdução

Na Medicina, um diagnóstico sugere um conjunto de sintomas de uma determinada enfermidade. Como a doença “não tem existência em si, é uma entidade abstrata à qual o homem dá um nome” a partir de indisposições sentidas por uma pessoa, o profissional da saúde cria uma “noção intelectual” baseado nos sinais que um doente apresenta. A partir de tal operação, aplica-se uma *etiqueta* que permite que uma moléstia seja nomeada, classificada e simplificada²⁴⁶.

No século XVIII, a loucura, ao tornar-se objeto de pesquisa da Medicina, quando alçada à condição de doença, permitirá o desenvolvimento de uma classificação que prevê nomenclaturas (os ditos diagnósticos) que têm o intuito de organizar um campo do conhecimento: a emergente Psiquiatria²⁴⁷. A nosografia²⁴⁸ da loucura empresta termos que irão povoar prontuários médicos.

²⁴⁴ COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Documentário, s/d, p. 12.

²⁴⁵ SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jacques. (Org.). *As doenças têm História*. 2 ed. Portugal: Terramar, 1997, p. 360.

²⁴⁶ SOURNIA, Jean-Charles, Op. cit., p. 359.

²⁴⁷ Pensa-se necessária a diferenciação entre Psicologia e Psiquiatria: “A Psicologia e a Psiquiatria são áreas do saber fundadas em campos de preocupações diferentes. Desde Wundt, a Psicologia tem seu objeto de estudo marcado pela busca da compreensão do funcionamento da consciência, enquanto a Psiquiatria tem trabalhado para construir e catalogar um saber sobre a loucura, sobre a doença mental. (...). De certa forma, poderíamos dizer, correndo o risco de um certo exagero ou reducionismo, que, enquanto a Psiquiatria se constitui como um saber da doença mental ou psicológica, a Psicologia tornou-se um saber sobre o funcionamento mental ou psicológico”. Apesar da prática farmacológica diferenciada nos dois campos, a Psiquiatria tem buscado conhecimentos junto a Psicologia, e a Psicologia por seu turno tem procurado entender mais sobre os aspectos patológicos ligados a saúde mental. BOCK, Ana Mercês Bahia;

Serão os diagnósticos capturados dos prontuários do Hospício São Pedro que darão sustentação a este capítulo.

Muitos dos internamentos ocorridos no HSP entre 1900 e 1925 estão ligados a critérios de comportamentos indesejados, mais do que a sintomas observados clinicamente. Como visto no primeiro capítulo, o doente é capturado do espaço público, não pelo médico, mas pela Chefatura de Polícia, que por obviedade (não é campo dela) não entende da nosografia relativa à loucura, mas entende de comportamentos alterados.

Igualmente quando os pacientes adentravam o Hospício São Pedro e eram diagnosticados por melancolia, ou demência precoce, ou idiotia, etc., os alienistas muitas vezes se apoiavam nas descrições comportamentais que fugiam do usual, e eram exibidas pelo paciente:

Nos Dados Comemorativos de Antônio:

Que atos praticados pelo paciente deram lugar a suspeitar [de] alienação mental?
Ofendeu com palavrões os filhos de um vizinho. Adquirindo uma gaita, foi tocar e cantar em um velório. Frequentemente se torna agressivo para as pessoas (em 1931)²⁴⁹.

Na Observação Psiquiátrica de Pedro:

Informa que sua irmã o internou porque, chegando em casa o encontrou diferente do habitual. Declara que tinha bebido por ter se aborrecido com sua companheira (em 1949)²⁵⁰.

Antônio foi diagnosticado tendo “confusão mental alucinatória aguda episódica num degenerado, já Pedro, se não apresentou desordens mentais”, segundo o alienista, em sua primeira internação em 1924, isto não impediu que fosse remetido à instituição por mais duas vezes (em 1949 e 1961). O que contou para ambos, Pedro e Antônio, é que de alguma maneira os que se sentiram incomodados com o comportamento atípico que apresentaram, tinham uma noção, mesmo que vaga e possivelmente baseada no senso comum, que a conduta inoportuna poderia fazer parte de um quadro patológico. O comportamento de Antônio recebeu uma etiqueta classificando-o como alienado. Para Pedro, poderia restar o consolo de não ser estigmatizado por um rótulo.

Esta prática encontra origem na forma como Pinel entendia a loucura, descrita em sua obra *Tratado médico filosófico sobre a alienação mental*: “O principio basilar de toda obra consiste,

FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes. *Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 154 e 155.

²⁴⁸ “O estudo classificatório [dos] sintomas permite que eles sejam agrupados. (...). Essa nomeação dos agrupamentos de sintomas recebe o nome de *diagnóstico*; já o conjunto dos diagnósticos é denominado *nosografia*”. NOGUEIRA, Durval; GRANDINO, Adilson. *Conceito de Psiquiatria*. São Paulo: Ática, 1985. (Série Princípios), p. 14 e 15.

²⁴⁹ PHSP de Antônio, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1924.

²⁵⁰ PHSP de Pedro, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1924. Observação: ambos, Antônio e Pedro, têm a mesma idade e entraram no mesmo ano.

portanto, em um estudo preliminar e aprofundado das diversas lesões do intelecto e da vontade, que *se manifestam no exterior com mudanças no comportamento, na gestualidade, no modo de falar e com inequívocos distúrbios físicos (grifos meus)*²⁵¹.

Os muitos diagnósticos conferidos aos enfermos do São Pedro indicam perturbação no comportamento, e foram retirados de literatura médica que respaldava internamentos de pessoas com conduta fora dos padrões. Se os comportamentos indevidos no RS (mesmo em outros Estados brasileiros) eram capturados do espaço público (pela Chefatura de Polícia) e privado (quando enviados pela própria família), esta prática encontrava apoio na Psiquiatria. Comportamentos indevidos significavam distintos do normal²⁵², portanto, passíveis de tratamento.

Esquirol, contemporâneo a Pinel, sugere como deveria se portar o enfermo que obtêm cura: “retorno às afecções morais em seus justos limites; o desejo de rever as crianças, os amigos; as lágrimas de sensibilidade; a necessidade de abrir seu coração, de se reencontrar no meio da família, retomar seus hábitos, são sinais certos de cura”²⁵³. Segundo Machado et al., este fragmento reforça a noção de comportamento indevido ligado à doença mental, “pelo fato de mostrar, tanto do ponto de vista da cura como dos sintomas da doença, que a loucura é referida antes ao comportamento moral e social do que à atividade intelectual e ao delírio”²⁵⁴.

A pesquisa permitiu notar que diferentes terminologias criadas por psiquiatras do século XIX foram utilizadas para registrar os diagnósticos, não ocorrendo uma preferência por este ou aquele alienista, mas pela *etiqueta* que melhor explicava os sintomas percebidos dos que adentravam o Hospício São Pedro. Assim, Pinel (sintomas baseados no comportamento), Esquirol (Iypemania), Morel (degeneração hereditária), Kraepelin (psicose maníaco-depressiva) e Farlet (melancolia ansiosa, excitação maníaca), para citar alguns, devem ter formado a base do conhecimento em que se amparavam os alienistas do HSP. Que fique claro, do HSP, pois ao examinar a obra de Henrique Roxo (*Manual de Psychiatria*, primeira edição de 1921), médico no Rio de Janeiro, constata-se que nem sempre um diagnóstico visto no São Pedro é citado por Roxo em seu *Manual*. Explica-se. A padronização dos diagnósticos só surgirá a partir de 1952, com a publicação de um manual de

²⁵¹ PINEL, Phillipe. *Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental*, 2 ed, 1809 (primeira edição em 1801), p. 2. Apud: PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. 2 ed. São Paulo: Ed. 34, 1995, p. 146.

²⁵² O que efetivamente não é o ideal. “Entende-se o normal como o que é mais comum, isto é a regra, o anormal é o que se afasta da regra e, portanto, apenas uma variação do normal, não necessariamente implicando patologia”. Em outras palavras muito se confundia o anormal, fora da normalidade com patologia, isto é doença. In: NOGUEIRA, Durval; GRANDINO, Adilson, op. cit., p. 9.

²⁵³ ESQUIROL, Jean-Etienne. *Des Maladies mentales considerée sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*, Tomo I, 1838. Apud: MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 388.

²⁵⁴ MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p 389.

aceitação geral: o *CID*, da Organização Mundial da Saúde. Assim sendo, aquilo que se escreve sobre o São Pedro necessariamente não serve para o resto do Brasil, e vice-versa.

É provável que esta falta de padronização, isto é, a escolha por diferentes teóricos da psiquiatria, tenha seguido a preferência específica dos médicos que atendiam no HSP, e não se tratasse de padronização no Rio Grande do Sul. Em tese médica apresentada na Faculdade de Medicina do Paraná, em 1921, sobre Melancolia, o autor, após discorrer sobre diversos psiquiatras do século XIX que abordaram o tema, reconhece a dificuldade para definir a enfermidade: “existem muitas delas [teorias], no entanto, *a que nos seduziu, a que mais nos encantou* pela eloquência, e por tudo que em si encerra, foi a de Charcot (grifos meus)”²⁵⁵. Tratou-se de uma escolha pessoal, pois ao que parece não havia uma diretriz sobre a questão.

Importante frisar que não se pretende encetar discussões sobre diagnósticos, buscando este ou aquele autor como o mais correto em suas afirmações. Os pareceres emitidos por médicos em suas obras, em especial *Manual de Psychiatria* de Henrique Roxo, têm o intuito de informação sobre o quadro sintomático, e quais indícios, sejam comportamentais, sejam orgânicos, que culminavam nas internações. Reafirma-se, portanto, que os diagnósticos serão tratados como complementares, não há intenção de aprofundá-los, pois o foco são os internamentos de italianos e italianas (motivações observadas via diagnósticos), e, sempre que possível, comparar a entrada de pacientes desta etnia com pacientes não-italianos.

Nas próximas páginas será possível perceber internações que ocorreram obedecendo a uma nosografia da época, sendo que, para algumas reclusões, ao que tudo indica, valeram-se menos os sintomas orgânicos e mais as alterações comportamentais²⁵⁶.

São objetivos deste capítulo:

- explicar as metodologias Análise Textual Discursiva e Micro-história;
- explicar a expressão *degeneração hereditária*, e apresentar internos que sofriam desta enfermidade;
- explicar os diagnósticos de *idiotia*, *imbecilidade*, *debilidade mental* e *demência precoce*, e apresentar internos que sofriam destas enfermidades;
- apresentar enfermos que tinham algum grau de parentesco, e explorar desdobramentos;

²⁵⁵ BRUNI, Attilio. *Melancolia*: tese apresentada à Faculdade de Medicina do Paraná em novembro de 1921. Curitiba: Tipografia João Haupt & Cia, s/d, p. 8.

²⁵⁶ Esta tese não pretende refutar que ocorreram sintomas que não permitiam o convívio de muitos alienados no meio social. Apenas convida o leitor a olhar sob outro prisma uma questão dada como natural, como se sempre tivesse existido. Os diagnósticos são construções históricas, e muitos dos diagnósticos atrelados à loucura na época analisada, e que se valiam de sintomas comportamentais, hoje não são mais passíveis de internação.

- explicar os diagnósticos de *alcoolismo*, *melancolia*, *depressão*, *maníaco(a) depressivo(a)*, e apresentar internos que sofriam destas enfermidades;
- explicar os diagnósticos de *mania*, *sífilis*, *epilepsia*, e apresentar internos que sofriam destas enfermidades.

3.1 Metodologia: Análise Textual Discursiva e Micro-história

A Análise Textual Discursiva²⁵⁷, entendida como pesquisa qualitativa, tem por objetivo a busca do sentido ou dos sentidos do texto. As etapas de procedimento podem ser assim resumidas:

- determinação do “corpus” no qual o pesquisador irá trabalhar;
- “desmontagem de textos” ou fragmentação dos mesmos para se chegar a “unidades de análise”;
- “categorização”, que é a construção de relações entre as unidades de análise, classificando-as;
- e finalizando, a realização de síntese ou “meta-texto”.

O “corpus” é constituído de documentação escrita, determinada e delimitada pelo historiador. Os prontuários médicos do Hospício São Pedro são o “corpus” para a escrita desta tese. Sistemáticamente compilados em tabelas (no Access, conforme capítulo 2), também originaram informações qualitativas que foram devidamente anotadas em fichas individuais.

As “unidades de análise” surgem quando da desconstrução do texto, ou textos, trabalhado(s) e implica focalizar os detalhes, que podem ser palavras ou frases e que devem ser reescritas, de forma a assumirem significado o mais completo possível. As fichas acima mencionadas formaram então os textos a serem trabalhados. Exemplo da confecção do material:

²⁵⁷ MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência e Educação*, v. 9, n. 2, Bauru, 2003; MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. *Análise Textual Discursiva*. Ijuí: Unijui, 2007; BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994; CONSTANTINO, Núncia Santoro. Pesquisa Histórica e Análise de Conteúdo: pertinência e possibilidades. *Estudos Ibero-Americanos*, PUCRS, v. XXVIII, n. 1, Porto Alegre, jun. 2002.

Figura 17 – Ficha individual

(1) Maternidade (Internação + de 1)	(2) M Cx 25
(3) Nome, idade, estado civil	
(4) Retirado da observação psiquiátrica em.....: copiado conforme documento, empregando-se “aspas”, para evidenciar que a fala é a do documento, e [colchetes], observações pessoais da pesquisadora.	

A ficha é individual, e tem presente uma série de dados para identificação imediata da origem das informações coletadas. À direita (2) pode ser observado o sexo: M (mulheres) ou H (homens), e respectiva caixa²⁵⁸. Nome, idade e estado civil (3) são para identificar de que prontuário está sendo retirada a informação. Finalizando, o texto a ser reproduzido sempre entre aspas (4) é identificado de onde foi extraído (pode ser da observação psiquiátrica, de cartas particulares, da Chefatura de Polícia, etc.)²⁵⁹. Os dados coletados originam unidades de análise que, quando agrupadas em um mesmo assunto, fazem surgir as categorias.

A “categorização” das unidades de análise, conseqüentemente, nada mais é do que agrupamentos de elementos semelhantes. As categorias podem ser construídas antes do manuseio do material a ser trabalhado, sendo chamadas de “categorias *a priori*”, ou durante a coleta de dados, chamadas de “emergentes”. Em ambas as formas, o que se produz é uma organização das informações apreendidas, e estas podem estar “manifestas” (explícitas a qualquer leitor) ou “latentes” (requer leitura mais aprofundada)²⁶⁰. Na ficha visualizada anteriormente, a categoria vem evidenciada em vermelho (1), levando-se em conta que um mesmo prontuário pode gerar mais de uma categoria, e para cada qual será feita ficha própria²⁶¹.

Como último passo, elabora-se uma “síntese”, ou um “meta-texto”, que não pode estar limitado à descrição.

Em se tratando dos prontuários médicos do Hospício São Pedro, no entanto, o processo demandou uma coleta diferenciada. Se, à primeira vista, retirar informações de um prontuário era

²⁵⁸ Nas fichas constam os números originais das caixas antes do remanejamento das mesmas pelo Arquivo Público do RS.

²⁵⁹ SCOTTI, Zelinda Rosa, 2010/B, op. cit., p. 8.

²⁶⁰ SCOTTI, Zelinda. Rosa. Análise de Conteúdo e suas aplicações em um Prontuário Médico de Hospital Psiquiátrico. *Cadernos de Pesquisa do CDHIS* (UFU), v. 1, 2008, p. 72. Este artigo demonstra a possibilidade de efetuar o processo de Análise Textual Discursiva (ou Análise de Conteúdo) em um corpus aparentemente minúsculo.

²⁶¹ Dois exemplos: Maternidade e Internação mais de 1.

coisa fácil, foi constatado que até meados da década de 1920 simplesmente não existe qualquer indício de entrevistas entre médico e paciente, nestas fontes. Estes documentos médicos são compostos de uma capa de papelão, com dados como nome, classe a que pertence o alienado, datas de entrada e saída, e motivo da alta; uma guia de internamento com dados como idade, estado civil, procedência. No verso da folha, onde constam observações, poucas vezes foi verificada alguma anotação. É possível ainda ser encontrado o encaminhamento da Chefatura de Polícia, do Gabinete Médico-Legal, alguma carta. Raramente existem anotações, mesmo que esparsas (como a informação de que a paciente está entrando no hospício grávida de 8 meses, por exemplo), *soltas* no prontuário.

Como resolver este problema? Para a captura dos escassos elementos sobre os internos, encontrados nos prontuários, pareceu apropriada a abordagem metodológica proposta por Carlo Ginzburg em *Mitos, Emblemas e Sinais: morfologia e história*. Nesta obra, ele explica haver possibilidades de se construir um Paradigma Indiciário, que captaria dados pouco “notados ou despercebidos, (...) [nos] detritos ou ‘refugos’ da nossa observação (...), [propondo um] método interpretativo centrado sobre os resíduos, sobre os dados marginais, considerados reveladores”²⁶².

Como um detetive que investiga através de pistas, ou um especialista em arte que nos detalhes, indícios, consegue detectar a cópia, o historiador pode, por intermédio de casos individuais, buscar pistas para o entendimento de um conjunto. O que para alguns pode parecer o estudo de um apanhado de loucos, que deveriam estar internados porque o saber médico assim o determinou, para esta pesquisa os elementos apreendidos dos prontuários significam fragmentos, detalhes negligenciados, que podem apontar em outra direção²⁶³.

Foram estes sinais, muitas vezes mínimos, que possibilitaram a feitura de fichas individuais, e que comporiam “categorias” para uma posterior escrita. Alguns exemplos:

- *Maternidade* (pacientes que geraram filhos dentro do HSP);
- *Internação + de 1* (pacientes que estiveram mais de uma vez internados no hospício);
- *Idioma* (casos em que o alienista relata após o diagnóstico feito, que o paciente fala um idioma incompreensível para o médico);
- *Trabalho no Hospício* (o alienista relata de que atividade o alienado se ocupa);

²⁶² GINZBURG, Carlo. *Mitos, Emblemas e Sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 147 e 149.

²⁶³ SCOTTI, Zelinda Rosa, 2002, op. cit., p. 14-15.

- *Indigência* (alguns alienados são remetidos ao HSP porque foram encontrados “vagando” pelas ruas de alguma cidade);
- *Causa do Falecimento* (observação de que alienados morriam porque os médicos não sabiam tratar uma enfermidade como *disenteria*)²⁶⁴.

O trabalho metodológico teve por meta principal congregar informações qualitativas e quantitativas que pudessem rechaçar o senso comum: louco é tudo igual e loucura é assunto para médicos.

3.2 *Degeneração hereditária*

No século XVIII, a noção de família patológica marca o período. Os médicos apregoavam que crianças nascidas de casais idosos tornavam-se doentes, que as crianças que nasciam de relações com amor tinham grande beleza e que o “alcoólatra arriscava-se a engendrar monstros”²⁶⁵. No século XIX, impõe-se nos espíritos mais cultos a hereditariedade mórbida, e acredita-se então na transmissão do caráter adquirido²⁶⁶.

O médico Tristão de Oliveira Torres, diretor do HSP, em Relatório do ano de 1901, acreditava neste conceito:

É infelizmente verdade e de observação diária que para muitos ter na família um louco ou um epilético constitui um pesar, que procuram ocultar a todos, às vezes mesmo ao próprio médico, para cujo juízo entretanto tem a máxima importância o conhecimento exato dos antecedentes mórbidos do doente e dos seus maiores. Se tais elementos são pelo médico pesquisados em qualquer fato de clínica geral, maior importância assumem eles em psiquiatria, onde a hereditariedade é a grande lei que raramente falha²⁶⁷.

Pinel, em *Tratado médico filosófico sobre a alienação mental*, de 1801, já pensava a relação da hereditariedade com a predisposição de transtornos mentais. Esquirol, Falret e Baillarger, igualmente insistiam na importância da hereditariedade como causadora da loucura, porém, nenhum destes autores a considerava como fator determinante para o desenvolvimento de problemas mórbidos mentais. Será com Morel²⁶⁸ que esta terminologia ganhará força:

²⁶⁴ SCOTTI, Zelinda Rosa, 2010/B, op. cit., p. 6.

²⁶⁵ PERROT, Michelle (Org.). *História da Vida Privada no Brasil: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. Volume 4. São Paulo: Cia das Letras, 1995/A, p. 566.

²⁶⁶ PERROT, Michelle, 1995/A, op. cit., p. 566.

²⁶⁷ RSIE.3-011, do ano de 1902, p. 238.

²⁶⁸ “Benetict Morel (1809-1873) em tratado de 1860 sobre transtornos mentais discorre sobre o termo demência precoce, que se referia a adolescentes cujas faculdades intelectuais, que não tinham nada de extraordinário na infância, começam a se deteriorar. A demência precoce era atribuída por Morel à hereditariedade, sendo que a embriaguez do pai poderia ser

(...). A introdução, por Morel, do conceito de degenerescência, modifica inteiramente o panorama psiquiátrico e as formas de se conceber as modalidades pelas quais o herdado participaria da causação dos transtornos mentais.

(...). Mesmo se a idéia moreliana sobre a degenerescência comporta certas equívocos e divergências de definição (...), pode-se afirmar que ela repousa sobre a concepção de que a herança que se transmite através das gerações não se restringe ao plano biológico, mas inclui dimensões morais e de comportamentos - virtuosos ou viciados. Partindo da idéia cristã da perfeição da criação divina, segue-se a hipótese segundo a qual, a partir do pecado original, os erros, males e vícios dos ancestrais transmitem-se às gerações seguintes. Mais do que isso, os efeitos da transmissão hereditária tenderiam a acentuar os traços da tara adquirida pelos predecessores nas gerações subseqüentes. Assim, uma linhagem acometida pela degeneração tenderia a acumular e acentuar seus desvios, o que, em seu extremo, acarretaria na sua esterilidade e extinção. Tratar-se-ia, portanto, de uma forma encontrada pela natureza para eliminar os vícios desenvolvidos e acumulados por uma geração.

Morel indica diferentes causas para a degenerescência que incluem o abuso do álcool, alimentação deficiente, meio social miserável, imoralidade dos costumes, conduta sexual desregrada, doenças da infância e a própria herança de uma carga de degenerescência (em outros termos, a degenerescência poderia ser herdada ou adquirida)²⁶⁹.

Não apenas o louco, portanto, corria o risco do estigma, mas também a família do enfermo, em específico os pais, que poderia ser vista como portadora de males mentais. Na tentativa de a família evitar ser estigmatizada por ter um doente mental em seu meio, foi possível observar a ocorrência da prática do abandono de pacientes por seus familiares, principalmente quando informavam ou o endereço erroneamente, ou quando a família mudava de residência e não avisava o novo paradeiro. Abaixo três exemplos²⁷⁰.

- Marieta, 40 anos, italiana de Porto Alegre, casada, internada por “demência precoce”, esteve no hospício entre 1913 e 1934, vindo a falecer. No envelope da carta enviada a familiares informando a gravidade da paciente em 24 de março de 1934: “Declaro que não encontrei a casa com o número acima e a família não é conhecida”²⁷¹.

- Orlando, de 35 anos, solteiro, procedente de Porto Alegre, foi internado com diagnóstico de “degeneração psíquica alcoolismo com ideias de perseguição...”, no período de 1917 a 1931, vindo então a falecer. Em 26 de janeiro de 1931, foi enviada carta aos familiares informando que Orlando encontrava-se em estado grave (faleceria em 28 de janeiro de 1931). No envelope foi escrito que

passada aos filhos, tornando a degeneração ainda mais severa”. STONE, Michael H. *A Cura da Mente: a História da Psiquiatria da Antigüidade até o presente*. Porto Alegre: Artemed, 1999, p. 98.

²⁶⁹ PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Clássicos da Psicopatologia. V. 11, n. 3, São Paulo, set. 2008.

Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 de março de 2013.

²⁷⁰ Não são exemplos nos quais conste diagnóstico de degeneração hereditária, mas servem para ilustrar a questão do abandono, via mudança de endereço de algumas famílias. Dos três internos, apenas o primeiro exemplo é de paciente com ascendência italiana.

²⁷¹ PHSP de Marieta, 40 anos, casada, internada em 1913.

“esta casa não tem mais, foi feita nova há 6 anos e o vizinho que é antigo não soube dar informações”²⁷².

- Por fim, um último exemplo, o de Floriano de 39 anos, não consta estado civil e procedente de Pelotas. Foi internado no HSP com diagnóstico de “demência precoce”, entre os anos de 1924 e 1929. Da Cia. Telefônica Riograndense, em 18 de novembro de 1929, foi informado que “avisamos de Pelotas que vosso fonograma (...) para S. [nome masculino] Rua Andrade Neves n. 257 não foi entregue por não ser no endereço indicado. (...)”²⁷³.

No Hospício São Pedro em Porto Alegre, 110 pacientes foram encontrados com diagnóstico de “degeneração hereditária”:

Tabela 18 - Alienados internados com o diagnóstico de *degeneração hereditária* no Hospício São Pedro, segundo os prontuários médicos entre os anos de 1900 e 1925 (para primeira internação) incluídos os menores de 18 anos

Degeneração Hereditária ²⁷⁴			
Homens	39 (100%)	Homens italianos	6 (100%)
Homens casados	5 (12,8%)	Homens italianos casados	2 (33,3%)
Homens solteiros	29 (74,3%)	Homens italianos solteiros	4 (66,6%)
Homens viúvos	1 (2,5 %)	Homens italianos viúvos	-
<hr/>			
Mulheres	71 (100%)	Mulheres italianas	14 (100%)
Mulheres casadas	14 (19,7%)	Mulheres italianas casadas	3 (21,4%)
Mulheres solteiras	53 (74,6%)	Mulheres italianas solteiras	11 (78,5%)
Mulheres viúvas	-	Mulheres italianas viúvas	-

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Observação: dos 39 homens com degeneração hereditária, 4 (10,2%) não tinham indicação de estado civil no prontuário, e das 71 mulheres, 4 (5,6%) não constava estado civil no prontuário.

O que é possível observar dos números acima é que os internamentos onde constava “degeneração hereditária” foram altos entre os solteiros, tanto na contagem geral para homens quanto para mulheres, e também para pacientes solteiros de etnia italiana.

²⁷² PHSP de Orlando, 35 anos, solteiro, internado em 1917.

²⁷³ PHSP de Floriano, 39 anos, não consta estado civil, internado em 1924.

²⁷⁴ A título de orientação, esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 39 homens internados por degeneração hereditária, 6 são de etnia italiana; dos 5 homens casados internados por degeneração hereditária, 2 são de etnia italiana; etc.

Quadro 8 – Mulheres e Homens de etnia italiana internados no Hospício São Pedro, segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação), com diagnóstico de *degeneração hereditária*

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
1179	Raimundo italiano	14	solteiro	4	1924	1925	assistência	<u>degeneração hereditária</u> debilidade mental. Estado delirante episódico com (...) de intensa agitação	Caxias	não consta
82	Maria Fr. descendente	14	solteira	4	1904	1929	falecimento	idiotismo <u>degeneração hereditária</u>	Garibaldi	não consta
804	Victoria descendente	14	solteira	4	1922	1934	falecimento	<u>degeneração hereditária</u> idiotia	Santo Ângelo	serviço doméstico
1170	Fortunata descendente	14	solteira	pobre	1904	1955	falecimento	idiotismo <u>degeneração hereditária</u>	Bento Gonçalves	não consta
288	Dinorah descendente	15	solteira	4	1913	1941	assistência	<u>degeneração hereditária</u> , debilidade mental, demência precoce	Porto Alegre	não consta
297	Dida descendente	15	solteira	4	1913	1913	assistência	psicose epiléptica, <u>degeneração hereditária</u> [epilepsia]	Pelotas	serviço doméstico
1159	Otilio descendente	17	solteiro	4	1925(ago)	1925(out)	falecimento	<u>degeneração hereditária</u> idiotia	Erechim	não consta
891	Lucia descendente	18	solteira	4	1923	1926	provisória	<u>degeneração hereditária</u> debilidade acessos delirantes episódicos	Porto Alegre	doméstica
978	Thereza Bor. descendente	19	solteira	4	1924	1924	assistência	<u>degeneração hereditária</u> com debilidade mental episódica delirante...	Porto Alegre	doméstica
769	Maria A. descendente	27	solteira	4	1924	1927	assistência	<u>degeneração hereditária</u> estado maníaco (loucura maníaco depressiva)	Alfredo Chaves	serviço doméstico
390	Pedro M. descendente	27	solteiro	4	1915	1915	assistência	<u>degeneração hereditária</u> delírio tóxico por alcoolismo sub agudo	Pelotas	agricultor
198	Rosa italiana	32	casada	4	1911	1919	falecimento	<u>degeneração hereditária</u> , melancolia crônica, psicose maníaco depressiva		não consta
87	Thereza R. italiana	32	solteira	4	1904	1943	falecimento	idiotismo <u>degeneração hereditária</u>	Caxias	agricultora
668	Silvia italiana	33	solteira	4	1918	1919	assistência	<u>degeneração hereditária</u> ...	Caxias	serviço doméstico
945	Sabrina italiana	35	solteira	4	1924	1928	falecimento	<u>degeneração hereditária</u> estado delirante incoerente episódico	Porto Alegre	não consta
291	Anna C. italiana	40	casada	4	1911	1913	assistência	excitação maníaca, <u>degeneração hereditária</u>	Antônio Prado	não consta
165	José Cr. italiano	40	casado	4	1907	1925	p/manicômio	debilidade mental ideias de ruína impulsividade <u>degeneração hereditária</u>	Porto Alegre	s/entendimento
820	Asunta italiana	42	casada	4	1922	1922	assistência	delírio...delirante de uma <u>degeneração hereditária</u>	Passo Fundo	serviço doméstico
177	Angelo C. italiano	49	casado	3	1907	1907	não consta	ideias melancólicas <u>degeneração hereditária</u>	Lajeado	negociante rural
1007	Eduardo descendente	não consta	solteiro	4	1924	1938	provisória	<u>degeneração hereditária</u> imbecilidade com surtos agudos de hipomania	Porto Alegre	sapateiro

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013)²⁷⁵.

²⁷⁵ O “ano da alta” e o “motivo da alta” são sempre para a primeira internação. Para alguns pacientes, pode existir apenas uma internação, para outros, mais de uma, sendo que pode inclusive vir a falecer nas dependências do HSP, após outra reclusão. Portanto, nem sempre quando aparece cura, melhora ou assistência significa necessariamente que o paciente não tenha vindo a falecer nas dependências do HSP.

Dentre os 110 pacientes internados com “degeneração hereditária”, foram localizadas 14 mulheres e 6 homens de etnia italiana.

Silvia, solteira, adentrou o HSP pela primeira vez aos 33 anos, em 1918, com o diagnóstico de “degeneração hereditária...”, e foi diversas vezes internada pela família. Na Observação Psiquiátrica de 15 de setembro de 1931 consta que:

A paciente deu entrada no Hospital presa de forte crise de excitação maníaca, com coprolalia²⁷⁶, impulsos de agressividade, logorreia²⁷⁷, ideias delirantes de perseguição. Em casa tentara por fogo em roupas de sua irmã, sob o fundamento de que esta irmã era a preferida na família. No Hospital essas crises repetiram-se por mais duas vezes, depois das quais a paciente cai em depressão, suspirando e lamentando-se. Seguem-se longos intervalos lúcidos, durante os quais a paciente ocupa-se em trabalho produtivo²⁷⁸.

A segunda internação de Silvia ocorreu em 1921, saindo ao final de 1931 curada. Primeiro, chama a atenção o fato de que se passaram dez anos antes que o médico informasse qual o estado da paciente quando entrou nas dependências da instituição (internada em 1921, a anotação é de 1931). Um segundo aspecto diz respeito às motivações que teriam ocasionado a internação, algumas delas ligadas a questões comportamentais: “coprolalia, impulsos de agressividade e logorreia”. Por fim, a bipolaridade nas ações indicaria que Silvia era uma maníaca depressiva²⁷⁹, o que será registrado em 17 de setembro de 1931: “em condições de alta, curada da crise. Diagnóstico psicose maníaco-depressiva”.

Mais três internações ocorreriam: em 1938, com saída em 1939, “curada”, em 1948, saindo em 1949, também “curada”, e por fim, entra em janeiro de 1952 e sai em junho de 1952, com alta “provisória”. Em papel com timbre do “Departamento Estadual de Saúde”, em texto datilografado em 17 de abril de 1952, pode ser lido:

Serviço Social Psiquiátrico
Doente: Silvia

²⁷⁶ “Coprolalia é a compulsão em proferir palavras obscenas. Normalmente a Coprolalia está presente nos quadros de tiques vocais. Os tiques vocais podem ser simples comuns, os quais incluem pigarrear, grunhir, fungar, bufar e emitir sons guturais. Os tiques vocais podem ainda ser complexos comuns, os quais incluem repetições de palavras ou frases fora de contexto e, também, a Coprolalia, ou uso de palavras socialmente inaceitáveis, freqüentemente obscenas”. In: <http://www.psiquiatriageral.com.br/glossario/c.htm>, acesso em 20 de dezembro de 2012.

²⁷⁷ “Logorréia - Produção verbal anormal intensa e acelerada, freqüentemente associada à fuga de idéias e distraibilidade. Há uma experiência subjetiva de impulso para falar a que o paciente pode ou não resistir; o desempenho verbal exhibe normalmente várias alterações de conteúdo e forma da linguagem. Embora a logorréia seja uma manifestação frequente de mania e hipomania, a sua ocorrência não é limitada às alterações de humor e pode ser uma característica da esquizofrenia ou de transtornos mentais orgânicos. Sinonímia: discurso acelerado”. In: <http://www.psiquiatriageral.com.br/glossario/l.htm>, acesso em 20 de dezembro de 2012.

²⁷⁸ PHSP de Silvia, 33 anos, solteira, primeira internação em 1918.

²⁷⁹ O diagnóstico maníaco-depressivo será abordado adiante. Uma das características do estado maníaco, além da perda de todo controle, era uma euforia acompanhada de logorreia. COLOMBATI, Spartaco. *Appunti di psichiatria*. Milano: Officine Grafiche Garzanti, 1961, p. 76.

Motivo: Entrar em entendimento com a família da paciente a fim de tratar de alta experimental que lhe foi dada e que não foi efetivada a pedido da família.

Providências: A nosso pedido compareceu a este Serviço a irmã da paciente. Explicamo-lhe que a mesma mostra-se em condições de alta experimental e que esperávamos que providenciasse neste sentido. A referida senhora mostrou-se muito contrariada, alegando que a boa conduta da paciente era só no hospital, mas, que em casa tinha atitudes anormais. Explicamo-lhe que por estes motivos que alega, faz-se necessária a alta experimental, visto que o médico necessita conhecer seu comportamento fora do ambiente hospitalar. Como a paciente é de Caxias do Sul, e sua ida para lá faz-se difícil, sua irmã providenciará no sentido de colocar a paciente em casa de conhecidos. Estamos aguardando resposta.

17-4-52 não compareceu a irmã da paciente, como havíamos combinado. Conseguimos o endereço de um sobrinho da paciente, (...) e que telefonamos pedindo seu comparecimento.

Ass. Social: Sabina²⁸⁰

O ano em que foi escrito o trecho acima, já demonstra uma preocupação de não manter, ao menos determinados doentes mentais, sob a guarda da instituição. A contrariedade da irmã denota que, se a psiquiatria mudava o procedimento em relação aos internamentos, havia familiares que tinham certa resistência neste sentido. A irmã da paciente informou que “a boa conduta da paciente era só no hospital, mas, que em casa tinha atitudes anormais”, como se os comportamentos não aceitos fossem uma constante, o que as datas das internações desmentem: ela permaneceu fora do Hospício de 1931 a 1938 (8 anos), de 1939 a 1948 (10 anos) e de 1949 a 1952 (4 anos). Em outras palavras, Silvia carregava o estigma de ser uma ex-interna para sua própria família. Uma vez diagnosticada com “degeneração hereditária”, estaria subentendido que se “a hereditariedade é a grande lei que raramente falha”, o melhor seria manter longe os que porventura pudessem chamar a atenção com seus comportamentos anormais, vindo a comprometer outros membros da família com a suspeita de sofrerem do mesmo mal. Silvia sai em junho de 1952 e não mais retorna. Contava então com 67 anos.

Quanto aos homens de etnia italiana internados por “degeneração hereditária”, o número é significativamente inferior ao de mulheres de etnia italiana internadas com o mesmo diagnóstico.

Há também sob a nomenclatura “degenerado” ou “degenerada”, um número significativo de 64 internos.

Anis, descendente de italianos, foi internada em 1922, aos 18 anos, com diagnóstico de “delírio... degenerado”. Na Observação psiquiátrica de 1932 o alienista informa:

(...) toda a sua “linguagem” cifrando-se a sons ora gritados, ora murmurados, mas sem o menor traço de articulação. Por vezes a paciente tem crises passageiras de agitação motora, ... com os braços, atirando a cabeça para trás. Não duram senão minutos e parecem comandados por

²⁸⁰ PHSP de Silvia, 33 anos, solteira, primeira internação em 1918.

alucinações visuais. Provavelmente de caráter terrorista. Coprofagia? Sordicie. Gatismo (aspas do alienista)²⁸¹.

Bastante interessante é perceber que se Anis sofria de coprofagia, sordicie e gatismo²⁸², sua internação apenas aos 18 anos, pode indicar que a família teve alto grau de tolerância com o comportamento da jovem. Na guia pós-1925 de Anis, consta diagnóstico de “oligofrenia, idiotia”. A enferma ficaria até 1944, vindo a falecer com 40 anos. Além de Anis, outros 4 pacientes internados como degenerados, tinham ascendência italiana:

Quadro 9 – Mulheres e Homens de etnia italiana internados no Hospício São Pedro, segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico em que constava a terminologia *degenerado*

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
1184	Anis descendente	18	solteira	4	1922	1944	falecimento	delírio ... <u>Degenerado</u>	Taquara	serviço doméstico
903	Normelio descendente	21	solteiro	4	1923	1924	assistência	confusão mental crônica dos <u>degenerados</u>	Caxias	agricultor
905	Achiles descendente	29	solteiro	4	1923	1953	falecimento	estado melancólico confuso num <u>degenerado</u> psicomenal	Caxias	operário
1027	Julio descendente	21	solteiro	4	1925	1925	assistência	confusão mental de <u>degenerado</u>	Porto Alegre	não consta
1111	Emílio italiano	60	casado	4	1925	1944	falecimento	"deg mental. Delírio episódico polimorfo dos <u>degenerados</u> "	Estrela	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Normelio, descendente de italianos, internado com diagnóstico de “confusão mental crônica dos degenerados”, curiosamente tem por profissão, anotada pelo alienista, “agricultor”. No entanto, carta datilografada da “Grande Fábrica Metalúrgica Eberle e Cia.”, escrita em abril de 1923, contradiz o alienista:

Atestamos que o Sr. Normelio trabalhou durante onze anos em nossas oficinas, tendo sempre demonstrado boa aplicação e competência nos trabalhos que lhes estiveram afeitos, e tendo tido, outrossim, sempre um bom comportamento, razões estas por que podemos recomendá-lo como uma pessoa correta. Declaramos ainda que o Sr. [Normelio] deixa de ser nosso empregado por motivos de doença, retirando-se por sua espontânea vontade²⁸³.

²⁸¹ PHSP de Anis, 18 anos, solteira, internada em 1922.

²⁸² Coprofagia: prática de ingestão de fezes; sordicie: sórdido, imundície, que possui sujeira na vestimenta ou no corpo; gatismo: incontinência de urina ou de fezes.

²⁸³ PHSP de Normelio, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1923.

Chama a atenção a idade do paciente. A carta informa que trabalhou por onze anos, sendo que o enfermo estava com 21 anos em 1923, quando foi internado, significando que Normelio trabalhava desde os dez anos na fábrica.

As informações acima refutam que apenas, ou a maioria, ou grande parcela de internos de cor preta estariam ligados a degenerência. A historiadora Wadi comenta:

Certamente no Hospício São Pedro, como em outros hospitais psiquiátricos brasileiros naquela época, os indivíduos de cor preta – como também os de cor parda, que os médicos chamavam esta “mistura duvidosa entre o branco e o preto” –, embora constituíssem uma razoável parcela de sua população – conforme se identificou no manicômio de Porto Alegre – mereciam pouca atenção e despertavam pouco interesse científico

E complementa com trechos extraídos de Cunha, que pesquisou o Hospício Juquery em São Paulo:

“na medida em que portariam por nascimento ‘traços de degeneração’ que o organicismo atribua atavicamente à sua raça: beócios, primitivos e pouco dignos de interesse humano, social médico” (...). Para Cunha, “o silêncio, nestes casos, diz mais que o discurso”, pois quando se trata dos prontuários referentes aos negros, estes estão praticamente em branco, “preenchidos quase telegraficamente em diagnósticos que apontam, em sua maioria, para a ‘idiotia’, a ‘imbecilidade’ e outras rubricas da degeneração ‘inferior’ inscrita em sua própria condição racial”²⁸⁴.

Pode ser percebido que os diagnósticos de “degeneração” bem como “idiotia” e “imbecilidade” (vistos na sequência) não eram diagnósticos exclusivos aos negros. Basta ver no Quadro 8 que um número significativo de italianos brancos compartilhava o diagnóstico de degenerência. Todos os prontuários analisados para esta tese (1.158) carecem de informações de terapêutica ou entrevistas feitas com os pacientes, entre 1900 e 1925. O preenchimento telegráfico não dizia respeito apenas a prontuários de negros. Nos prontuários de todos os internos, independente de cor, etnia e condição social (mesmo os pensionistas sofriam deste mesmo descaso), foi possível constatar este procedimento. Reafirma-se: não há anotações de terapêutica para nenhum dos internos do HSP entre 1900 e 1925, apenas cabeçalho e diagnóstico. Foi possível observar maior cuidado nas anotações somente a partir da implantação da nova guia, quando então passa-se a registrar terapêutica e outras informações, isto após o ano de 1925, data posterior para o tempo limite deste trabalho.

Seria errôneo, portanto, supor que as informações relativas ao Juquery, possam ser entendidas como pertinentes também ao Hospício São Pedro em Porto Alegre, no que diz respeito a internos de cor negra.

²⁸⁴ WADI, Yonissa. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos*. 10 (1), Janeiro/Abril 2006, p. 75 e 76, e os trechos sublinhados, dizem respeito a CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do mundo: Juquery, a história de uma asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

Ainda sobre internos de cor negra no Hospício São Pedro, Wadi em artigo escrito em 2008, informa que no espaço da instituição havia um maior número de brancos, refletindo a própria sociedade rio-grandense, que segundo o Censo de 1890, mostrava haver presença de 70% de indivíduos brancos, 9% de indivíduos pretos e 21% de pardos. A autora então indica uma média (entre 1899 e 1921) de 72% de enfermos brancos, 11% de enfermos pretos e 11% de enfermos pardos internados no HSP²⁸⁵.

Para uma melhor visualização destes dados, transcreve-se abaixo informações de três tabelas extraídas dos Relatórios ao Presidente do Estado do RS:

Quadro 10 – Dados extraídos de Relatórios do Hospício São Pedro apresentados ao Presidente do Estado do RS

Cor, Nacionalidade, Estado Civil, e Idade, por sexo dos alienados existentes neste Hospício em 1901 ²⁸⁶ por cor e por sexo dos alienados							
Homens				Mulheres			
Cores							
Branco	Pardo	Pretos		Branca	Parda	Pretas	
150	23	12		92	31	18	
Cor, Nacionalidade, Estado Civil, e Idade, por sexo dos alienados existentes neste Hospício em 1903 ²⁸⁷ por cor e por sexo dos alienados							
Homens				Mulheres			
Cores							
Branco	Pardo	Pretos		Branca	Parda	Pretas	
154	28	18		112	34	20	
Cor, Nacionalidade, Estado Civil, e Idade, por sexo dos alienados existentes neste Hospício em 1909 ²⁸⁸ por cor e por sexo dos alienados							
Homens				Mulheres			
Cores							
Branco	Pardo	Pretos	Indiático	Branca	Parda	Pretas	Indiático
258	31	13	15	153	35	31	7

²⁸⁵ WADI, Yonissa. Médicos e loucos no sul do Brasil: um olhar sobre o Hospício São Pedro de Porto Alegre/RS, seus internos e as práticas de tratamento da loucura (1884-1924). *Asclepio Revista de História de La Medicina y de La Ciencia*. vol. LX, n. 2, julio-diciembre, 2008, p. 57.

²⁸⁶ RSIE.3-011, do ano de 1902, p. 242.

²⁸⁷ RSIE.3-013, do ano de 1904, p. 238.

²⁸⁸ RSIE.3-019, do ano de 1910, s/p.

Em números percentuais, é possível observar o seguinte:

Tabela 19 – Quantificação nos Relatórios ao Presidente do Estado, sobre a cor dos internos no HSP nos anos de 1901, 1903 e 1909

Ano	Branços	Pretos	Pardos	Indiáticos	Total
1901	242	30	54	-	326
Percentual (1901)	74,2%	9,2%	16,5%		
1903	266	38	62	-	366
Percentual (1903)	72,6%	10,3%	16,9%		
1909	411	44	66	22	543
Percentual (1909)	75,6%	8,1%	12,1%	4%	

Fica evidente que nos anos expostos acima, a recepção de brancos sempre foi muito maior que de pretos e de pardos juntos, com o detalhe de que há uma ligeira queda no percentual, quando se trata de negros e pardo, no ano de 1909.

Dos 110 internados por “degeneração hereditária”, 59 (53,6%) faleceram nas dependências do hospício. Quanto aos indivíduos de etnia italiana, dos 20 internos (homens e mulheres) 7 (35%) faleceram no HSP, sem nunca terem sido retirados pela família.

Um detalhe bastante curioso é que os alienistas agregavam outra informação junto à anotação de “degeneração hereditária”. Algumas combinações (retiradas do total de 110 internos com degeneração hereditária):

- vinte e oito (28) pacientes foram internados devido à “degeneração hereditária”, tendo agregado também o diagnóstico de “debilidade mental”;
- quatorze (14) pacientes foram internados devido à “degeneração hereditária”, tendo agregado também o diagnóstico de “idiotia” ou “idiotismo”;
- doze (12) pacientes foram internados devido à “degeneração hereditária”, tendo agregado também o diagnóstico de “imbecilidade”;

- dez (10) pacientes foram internados devido à “degeneração hereditária”, tendo agregado também o diagnóstico de “demência precoce”;
- dois (2) pacientes foram internados devido à “degeneração hereditária”, tendo agregado também o diagnóstico de “alcoolismo”;
- três (3) pacientes foram internados devido à “degeneração hereditária”, tendo agregado também o diagnóstico de “epilepsia”.

A alta incidência de “debilidade mental” congregada ao diagnóstico de “degeneração hereditária” é assim explicada: “no que concerne a gênese da debilidade mental, em muito importa o fator hereditário. É notável a frequência com que se depara nos progenitores o alcoolismo. Em muitos casos, este se constatava no ato da fecundação. A sífilis nos progenitores muitas vezes também se verifica”²⁸⁹.

Além do diagnóstico de “debilidade mental”, outros dois, “idiotia” (ou idiotismo) e “imbecilidade”, parece estarem relacionados à degeneração hereditária.

3.3 *Idiotia, imbecilidade, debilidade mental e demência precoce*

Tabela 20 – Homens e Mulheres com **idade igual ou superior a 18 anos** com diagnóstico de *idiotia, imbecilidade* e/ou *debilidade mental* no Hospício São Pedro, segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)²⁹⁰

Diagnóstico \ Sexo	Idiotia	Imbecilidade	Debilidade mental+débil mental ²⁹¹
Homens	5	21	33+4
Mulheres	12	7	26+1
Homens italianos	-	2	3+1
Mulheres italianas	2	-	1+0

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

²⁸⁹ ROXO, Henrique. *Manual de Psiquiatria*. 2 ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1925, p. 693.

²⁹⁰ A título de orientação, esta tabela deve ser lida da seguinte forma: das 12 mulheres internadas por idiotia, 2 são de etnia italiana; dos 21 homens internados por imbecilidade, 2 são de etnia italiana, etc.

²⁹¹ Foram 59 diagnósticos de *debilidade mental*, para **internos com 18 anos ou mais** (33 homens e 26 mulheres) e destes, 3 homens e 1 mulher têm ascendência italiana + 5 diagnósticos de *débil mental* (4 homens e 1 mulher) e destes 1 homem tem ascendência italiana. Foram desprezados 2 diagnósticos em que constava: *demência precoce degeneração mental debilidade* congênita e outro, *degeneração hereditária debilidade acessos delirantes episódicos*. Para o diagnóstico *débil mental* foi procurado no Access como “***débil** mental*” ou “***debil** mental*”.

Dos 5 homens internados por “idiotia” ou “idiotismo”, 4 saíram do HSP somente após o falecimento, e 1 por fuga. Das 12 mulheres internadas com o diagnóstico de “idiotia” ou “idiotismo”, 11 saíram do HSP apenas após o falecimento, e 1 para assistência, todas eram solteiras. A descendente de italianos Carmelina, procedente de Erechim, tendo por diagnóstico “idiotia”, teve o mesmo destino. Internada em 1925, aos 27 anos, só sairia em 1929, após falecimento²⁹².

Já dos 21 homens que foram internados por “imbecilidade”, 12 saíram por falecimento²⁹³ e 6 para serem assistidos em domicílio. Dois homens de etnia italiana tiveram sorte diversa no desfecho de seu internamento. O italiano Giuseppe, agricultor em Bento Gonçalves, foi internado aos 21 anos, em 1905, com diagnóstico de “imbecilidade”. Solteiro, não retornou ao lar, e faleceu em 1909 no HSP²⁹⁴. O descendente de italianos Eduardo, internado em 1924 (não consta a idade), com o diagnóstico de “degeneração hereditária imbecilidade com surtos agudos de hipomania”, sairia por alta provisória 14 anos depois, em 1938. O sapateiro residente em Porto Alegre, segundo o prontuário, não faleceu no hospício²⁹⁵. As 7 mulheres internadas devido a diagnóstico de “imbecilidade” também saíram da instituição após falecimento, e das 6 que constavam estado civil, todas eram solteiras.

Dos 33 homens internados por “debilidade mental”, 18 faleceram nas dependências do hospício, e 10 saíram para assistência em domicílio. Destes 33 homens, três eram italianos (nenhum descendente) e 2 faleceram no HSP: Mansueto, solteiro de 32 anos, sapateiro de Guaporé, e Andrea²⁹⁶, solteiro de 32 anos, agricultor em Garibaldi. Já das 26 mulheres com “debilidade mental”, 19 (73%) eram solteiras, e 15 (57,6%) saíram por falecimento. Uma descendente de italianos apresentou o diagnóstico de “debilidade mental”. O italiano Antonio T., casado, 40 anos, agricultor de Guaporé, teve por diagnóstico uma combinação fatal: “síndrome paranóide num débil mental intoxicado pelo álcool”. Antonio T. permaneceria no HSP até 1948, saindo após o seu falecimento²⁹⁷.

A seguir os italianos e as italianas discriminados por idiotia, imbecilidade e debilidade mental:

²⁹² PHSP de Carmelina, 27 anos, solteira, internada em 1925.

²⁹³ O alto índice de mortalidade entre os que apresentaram diagnóstico de idiotia ou imbecilidade pode estar associado ao fato de serem estas enfermidades consideradas incuráveis. GAYRAL, Luigi. *La Psichiatria Contemporanea: principi, metodi, applicazioni*. Roma: Pia Società S. Paolo, 1955, p. 163.

²⁹⁴ PHSP de Giuseppe, 21 anos, solteiro, internado em 1905.

²⁹⁵ PHSP de Eduardo, não consta a idade, solteiro, internado em 1924.

²⁹⁶ O interno Andrea é do sexo masculino

²⁹⁷ PHSP de Antonio T., 40 anos, casado, internado em 1922.

Quadro 11 (múltiplo) – Homens e Mulheres (com 18 anos ou mais) de etnia italiana internados com diagnóstico de *idiotia* (ou *idiotismo*), *debilidade mental* e *imbecilidade* no Hospício São Pedro, segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

Idiotia

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
1065	Carmelina descendente	27	solteira	4	1925	1929	falecimento	idiotia	Erechim	não consta
87	Thereza R. italiana	32	solteira	4	1904	1943	falecimento	idiotismo degeneração hereditária	Caxias	agricultora

Debilidade mental (homens e mulheres de etnia italiana)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
978	Thereza Bor. descendente	19	solteira	4	1924	1924	assistência	degeneração hereditária com debilidade mental episódica delirante...	Porto Alegre	doméstica
458	Mansueto italiano	32	solteiro	4	1917	1928	falecimento	delírio episódico de debilidade mental	Guaporé	sapateiro
423	Andrea italiano	32	solteiro	4	1916	1929	falecimento	debilidade mental	Garibaldi	agricultor
817	Antônio T. italiano	40	casado	4	1922	1948	falecimento	síndrome paranóide num débil mental intoxicado pelo álcool [alcoolismo]	Guaporé	agricultor
165	José Cr. italiano	40	casado	4	1907	1925	p/manicômio	debilidade mental ideias de ruína impulsividade degeneração hereditária	Porto Alegre	s/entendimento

Imbecilidade (somente homens de etnia italiana)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
109	Giuseppe M. italiano	21	solteiro	4	1905	1909	falecimento	imbecilidade	Bento Gonçalves	agricultor
1007	Eduardo descendente	não consta	solteiro	4	1924	1938	provisória	degeneração hereditária imbecilidade com surtos agudos de hipomania	Porto Alegre	sapateiro

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Um detalhe bastante instigante é a possível confusão que talvez fosse feita entre o indivíduo ser idiota ou ter uma deficiência auditiva que o impedisse de se comunicar. Segundo Roxo, a diferenciação entre idiotia e imbecilidade pode ser observada através da palavra: “dizem que o idiota não consegue articular uma palavra, ao passo que o imbecil o faz”²⁹⁸. Caso de Rosalina, de 24 anos, solteira, procedente de São Sebastião do Cai (não é de etnia italiana), internada com diagnóstico de “degeneração hereditária idiotia”. Em seu prontuário constava, no item profissão, “não tem (surda-muda)” e no campo destinado ao grau de instrução: “nula (surda-muda)”. Internada em 1924, viria a falecer em 1928²⁹⁹. É possível que muitos surdos fossem internados com diagnóstico de idiotia por não conseguirem se comunicar verbalmente. Outro aspecto apontado por Roxo quanto ao diagnóstico

²⁹⁸ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 694.

²⁹⁹ PHSP de Rosalina, 24 anos, solteira, internada em 1924.

de “imbecilidade” sugere que um dos sintomas dos imbecis pudesse estar relacionado para além da doença. Escreve o psiquiatra que “muitas vezes articula o imbecil muito mal as palavras, já porque gagueje muito, ou fale em tom de falsete, ou não consiga articular bem certas letras. Assim o **r**, o **s**, o **f** e o **z** são muito mal pronunciados”³⁰⁰. Fica o questionamento: o não pronunciar corretamente determinadas letras não poderia ser problema *talvez* nas cordas vocais, *talvez* de sotaque de algum outro idioma que não o português?

Mas não apenas adultos foram internados com diagnóstico de debilidade mental e idiotia/idiotismo³⁰¹.

Quadro 12 – Menores de 18 anos de etnia italiana com diagnósticos de *idiotismo/idiotia* e *debilidade mental/débil mental* no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
197	Amália descendente	08	solteira	4	1910	1934	falecimento	idiotismo (em outra guia "idiotia, epilepsia")	Garibaldi	não consta
89	Maria F. descendente	12	solteira	4	1906	1928	falecimento	idiotia	Alfredo Chaves	não consta
804	Victoria descendente	14	solteira	4	1922	1934	falecimento	degeneração hereditária idiotia	Santo Ângelo	serviço doméstico
1170	Fortunata descendente	14	solteira	pobre	1904	1955	falecimento	idiotismo degeneração hereditária	Bento Gonçalves	não consta
1179	Raimundo italiano	14	solteiro	4	1924	1925	assistência	degeneração hereditária debilidade mental. Estado delirante episódico com (...) de intensa agitação	Caxias	não consta
82	Maria Fr. descendente	14	solteira	4	1904	1929	falecimento	idiotismo degeneração hereditária	Garibaldi	não consta
288	Dinorah descendente	15	solteira	4	1913	1941	assistência	degeneração hereditária, debilidade mental, demência precoce	Porto Alegre	não consta
1086	Natalina descendente	16	solteira	3	1925	1925	assistência	confusão mental alucinatória episódica numa débil mental	Antônio Prado	não consta
1159	Ottílio descendente	17	solteiro	4	1925(ago)	1925(out)	falecimento	degeneração hereditária idiotia	Erechim	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Observa-se que o diagnóstico de idiotia (ou idiotismo) consta para cinco moças, e duas apresentam debilidade mental. Em quadro reproduzido a seguir, a “capacidade industrial” dos chamados idiotas, imbecis (está marcado como *anormal*) e débeis mentais (está marcado como *retrasado*):

³⁰⁰ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 696.

³⁰¹ Não foram encontrados menores de 18 anos de etnia italiana com diagnóstico de imbecilidade.

Figura 18 – Capacidade industrial dos idiotas, imbecis e debeis mentais

LOS SÍNDROMES DE LA OLIGOFRENIA 13

EDAD MENTAL	CAPACIDAD INDUSTRIAL	GRADO
Menos de 1 año	a) Inepto para toda actividad. b) Apenas puede caminar. c) Manifestaciones volitivas.	Profundo
1 año	Se alimenta por sí solo. No establece diferencias en la comida.	Mediano
2	Distingue lo comestible de lo que no es comestible.	Ligero
3	No trabaja; juega un poco.	Profundo
4	Intenta colaborar.	
5	Realiza pequeñas órdenes.	Mediano
6	Realiza órdenes más complicadas. Lava los utensilios de la comida.	Ligero
7	Hace pequeños trabajos domésticos.	
8	Cumple encargos, hace pequeños trabajos, arregla su cama.	Profundo
9	Realiza trabajos más complicados, de limpieza, amontona regularmente piezas.	
10	Trabajos útiles del hogar. Trabajos profesionales.	Mediano
11	Trabajos más complicados y vigilancia.	Ligero
12	Trabajos a máquina, amor a los animales. Sin vigilancia en el trabajo profesional. Falta de iniciativa.	

Esquema de GODDARD (*Feeble Mindness*). 302

Na mesma obra, de 1936, de onde foi extraída a tabela acima:

Idiotia, imbecilidade e debilidade mental constituem distintos graus da oligofrenia, sendo que a idiotia é o grau mais grave e a debilidade mental é a mais leve. No ano de 1934, A. Fitz-Herbert definiu com precisão a idiotia como incapacidade para contar até 20, dizer pai e mãe, declarar sua idade e impossibilidade de distinguir o que é proveitoso e prejudicial³⁰³.

³⁰² STRAUSS, Alfred. *Introducción al estudio de la Pedagogia Terapéutica*: para maestros, educadores, médicos y padres de familia. Barcelona: Labor, 1936, p. 13.

³⁰³ STRAUSS, Alfred, op. cit., p. 12. Em obra atual de COELHO, Everton Flores. *Uma alternativa de atendimento ao deficiente mental adulto*. Londrina: PML/SSPS/Seplan, 1988, à página 29, o autor registra que o idiota é toda a criança que não consegue se expressar verbalmente e nem compreender a verbalização de pensamentos de outros, o imbecil é a criança que tem incapacidade de se comunicar por escrito, não compreende o que lê e, por fim, o débil mental é “a criança que sabe se comunicar com seus semelhantes por meio da palavra e da escrita, mas que demonstra um atraso de dois anos no curso de seus estudos, sem que este atraso seja uma insuficiência de escolarização”.

Esta “incapacidade” pode ter determinado que todas as cinco meninas apontadas no quadro 18 e que tinham por diagnóstico idiotia ou idiotismo, tenham saído do hospício apenas após o falecimento. Uma das motivações pode ter sido a inabilidade da própria família em permanecer com uma criança com a qual não sabiam lidar.

Mas este destino, o de ser internado antes dos 18 anos, não foi *privilégio* apenas dos italianinhos. Dentre os menores com idade igual ou inferior a 17 anos, foram encontradas 41 meninas e 21 meninos com diagnósticos diversos³⁰⁴.

Das 41 meninas internadas, 11 apresentaram diagnóstico de “idiotia” ou “idiotismo” (incluídas as italianinhas citadas acima), e faleceram nas dependências do hospício. Dos 5 meninos internados por idiotia, 4 faleceram no HSP.

No prontuário de Dinorah, internada com diagnóstico de “degeneração hereditária, debilidade mental, demência precoce”, consta anotação na Observação Psiquiátrica de 1932, que ela sofria de Oligofrenia.

Segundo publicação de 1978, a oligofrenia poderia ser assim dividida: *microcefalia* (crânio demasiado pequeno); *hidrocefalia* (contrário a microcefalia o crânio é maior); *cretinismo* (“estatura enfezada de anão”); *mongolismo* (os olhos ficam em forma oblíqua, têm extremidades curtas, língua grande, áspera e rugosa). No caso específico de Dinorah, descendente de italianos, esta trazia no físico a marca de sua degeneração. A família a internou pela primeira vez em 1913, aos 15 anos, saindo em 1941, melhorada, e retornando, ainda em 1941, para sair em definitivo apenas em 1971, por falecimento, aos 73 anos de idade. Além da “debilidade mental” e “degeneração hereditária”, Dinorah também foi diagnosticada com “demência precoce”.

O diagnóstico de “demência precoce” foi observado em um número relativamente elevado, entre os internos do HSP:

³⁰⁴ É possível que este número seja levemente superior, uma vez que não foram agregados ao Banco de Dados todos os “novos” prontuários encontrados na ida ao APERS em 2012.

Tabela 21 – Alienados internados com o diagnóstico de *demência precoce* no Hospício São Pedro, segundo os prontuários entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

Diagnóstico demência precoce ³⁰⁵			
Homens	88(100%)	Homens italianos	12 (100%)
Homens casados	11 (12,5%)	Homens italianos casados	2 (16,6%)
Homens solteiros	67 (76,1%)	Homens italianos solteiros	10 (83,3%)
Homens viúvos	1 (1,1%)	Homens italianos viúvos	-
Mulheres	78 (100%)	Mulheres italianas	9 (100%)
Mulheres casadas	25 (32%)	Mulheres italianas casadas	4 (44,4%)
Mulheres solteiras	46 (58,9%)	Mulheres italianas solteiras	4 (44,4%)
Mulheres viúvas	3 (3,8%)	Mulheres italianas viúvas	1 (11,1%)

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Homens 11+67+1+1 ignorado+8 não consta= 88

Mulheres 25+46+3+4 não consta= 78

Homens italianos 2+10=12

Mulheres italianas 4+4+1=9

Segundo a Tabela 21, verifica-se que a demência precoce atinge principalmente os solteiros, de ambos os sexos. Se observada a idade, há uma alta incidência entre jovens adultos:

Tabela 22 – Homens e Mulheres por idade com diagnóstico de *demência precoce*

	Idade entre 14 e 29 anos	Idade entre 30 e 39 anos
Homens	55	30
Mulheres	42	24

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Dentre os 88 homens, 30 (34%) deles possuem entre 30 e 39 anos, e 55 (62,5%) possuem entre 14 e 29 anos. Para as mulheres não é diferente. Das 78 mulheres internadas com diagnóstico de demência precoce, 24 (30,7%) têm entre 30 e 39 anos, e 42 (53,8%) mulheres entre 14 e 29 anos. Por fim, diferente dos homens, 11 (14,1%) mulheres possuem mais de 40 anos e apenas 2 homens (2,2%) possuem mais de 40 anos³⁰⁶. Resumindo, a demência precoce se manifesta em maior escala entre jovens e solteiros. Roxo informa:

³⁰⁵ A título de orientação, esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 88 homens internados com diagnóstico de demência precoce, 12 são de etnia italiana; dos 11 homens casados internados com diagnóstico de demência precoce, 2 são de etnia italiana, etc.

³⁰⁶ Um homem e uma mulher com diagnóstico de demência precoce, não possuíam indicação de idade.

Surge a demência precoce, na pluralidade dos casos, no período da puberdade. Segundo o que tenho observado, (...) [quando trata-se] de um rapaz, é o início mal sucedido da vida sexual que condiciona o surto do mal. Procurou ele encetar relações sexuais, mas em consequência de uma timidez criada pela educação, ou de um dia de calor excessivo, ou de qualquer outro acidente de ocasião, não teve no momento ereção. Houve impotência psíquica e impressionou-se fortemente com isto. A impressão acompanha-o no próximo congresso sexual e este ainda uma vez falha. Cada vez fica mais nervoso com essa situação, concentra-se, evita a renovação da copula, entrega-se a hábitos onanistas, refugia-se nos sonhos, na imaginação ativa de uma vida de grande atividade genital que contrasta com a realidade dolorosa de sua existência. Crimina os pais pela educação que o tornou tímido, e sem dizer porque o faz, começa a ter ojeriza deles.

(...) [quando trata-se] de uma mulher, há os distúrbios menstruais, as contrariedades amorosas e as convenções sociais e morais que lhe impõem a castidade. Começa então a ficar triste, concentrada, desapegada da família, irritada contra tudo e contra todos. Neste período é raro manter-se normal a menstruação. Mais freqüentemente se apresenta ela escassa e retardada no seu aparecimento³⁰⁷.

Diferente daquilo que se pensa, o demente precoce não tem perturbações da memória. Em síntese, o autor enumera alguns aspectos que caracterizariam a *demência precoce*: perda da afetividade, perda da iniciativa e associação extravagante de ideias. Um número razoável de sintomas é descrito por Roxo para auxiliar no diagnóstico da doença. Abaixo apenas alguns deles:

- o demente precoce responde, frequentemente, mal-humorado ao que se pergunta;
- ideias de pecado, de auto acusação, de perseguição;
- delírios de grandeza, ideias de natureza sexual;
- negativismo (o negativista evita mudar de posição ou de lugar, obedecer ao que lhe é determinado, fazendo muitas vezes o contrário do que lhe é mandado);
- oposição em tomar o alimento, imundícia (os doentes se emporcalham com urina, fezes, com a saliva ou com o fumo);
- mutismo (fica sem dizer uma só palavra), mão negativista (quando se tenta abrir a mão do doente, ele a fecha com tal violência e tão demoradamente a mantém fechada que chega a ponto de encravar as unhas na palma), etc.³⁰⁸.

³⁰⁷ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 281 e 282.

³⁰⁸ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 286, 290, 291 e 292.

Quadro 13 – Homens de ascendência italiana com diagnóstico de *demência precoce* internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
240	S. descendente	14	solteiro	4	1910	1920	falecimento	<u>demência precoce</u>		"serviço doméstico"
207	João descendente	20	solteiro	4	1911	1938	falecimento	<u>demência precoce</u>		não consta
522	Paulino descendente	21	solteiro	4	1918	1925	falecimento	<u>demência precoce</u>	Caxias	jornaleiro
185	Valentim italiano	22*	solteiro	4	1907(dez)	1908(mar)	falecimento	<u>demência precoce</u>	Caxias	agricultor
904	Luiz descendente	24	solteiro	4	1923	1927	assistência	<u>demência precoce</u>		não consta
310	Vicente italiano	28	solteiro	4	1913	1968	falecimento	<u>demência precoce</u>	Bento Gonçalves	funileiro
796	João V. italiano	29	casado	4	1921	1922	assistência	<u>demência precoce</u>	Passo Fundo	agricultor
505	Salvador descendente	29	solteiro	1	1916	1917	assistência	<u>demência precoce</u> de forma paranóide interpretativa delirante (tipo erótico...) <u>demência precoce</u>	Itaqui	estudante de medicina
559	Martini italiano	29	solteiro	4	1919	1937	falecimento	<u>demência precoce</u>	Porto Alegre	"operário (sapateiro)"
386	Henrique italiano	30	solteiro	4	1915	1916	assistência	<u>demência precoce</u>	Santa Cruz	s/entendimento
1053	Stephano descendente	35	casado	4	1925	1929	fugiu [fuga]	<u>demência precoce</u>	Lajeado	agricultor
437	Maximiliano italiano	36	solteiro	4	1916	1937	falecimento	<u>demência precoce</u> paranóide	Porto Alegre	agricultor

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Quadro 14 - Mulheres de ascendência italiana com diagnóstico de *demência precoce* internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
288	Dinorah descendente	15	solteira	4	1913	1941	assistência	degeneração hereditária, debilidade mental, <u>demência precoce</u>	Porto Alegre	não consta
324	Clementina descendente	18	solteira	4	1914	1970	falecimento	<u>demência precoce</u>	Cachoeira	serviço doméstico
325	Clara descendente	25	solteira	4	1914	1918	falecimento	<u>demência precoce</u>		serviço doméstico
922	Angela M. descendente	26	casada	4	1924	1928	falecimento	<u>demência precoce</u>	Porto Alegre	não consta
246	Magdalena italiana	27	solteira	4	1912	1914	falecimento	<u>demência precoce</u>	Rio Grande	operária
450	Fredesvinda descendente	32	casada	3	1917	1918	assistência	delírio paranóide irritabilidade querelas alucinações (<u>demência precoce?</u>)	Bento Gonçalves	doméstica
272	Marieta italiana	40	casada	4	1913	1934	falecimento	<u>demência precoce</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
329	Paulina italiana	40	viúva	3	1914	1916	assistência	<u>demência precoce</u> pós confusão mental estúpida	Pelotas	não consta
408	Estella italiana	42	casada	4	1916	1933	falecimento	<u>demência precoce</u>	Cachoeira	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

O descendente de italianos, Luiz, solteiro, foi, em 1923, aos 24 anos, internado com o diagnóstico de “demência precoce”. Saiu para assistência em 1927, retornando ao HSP em 1931. Viria a falecer em 1937. Nos Dados Comemorativos³⁰⁹, é informado que *uma irmã morreu neste hospital*. Como não informa nem data nem nome, é possível tratar-se de Clara³¹⁰, que, aos 25 anos, solteira, procedente do interior, também foi internada por “demência precoce”. Descendente de italianos, foi ela encaminhada ao HSP em 1914 e faleceria em 1918³¹¹.

3.4 Parentes Internados³¹²

Ao longo da captura dos dados junto aos prontuários, observou-se, em alguns poucos documentos médicos, que ocorreu a prática de ser internado mais de um membro da mesma família. Abaixo lista com nomes de internos em que constava informação de algum parente internado, sendo desprezados aqueles em que havia apenas suspeita:

Quadro 15 – Pacientes de diversas etnias em que consta no prontuário que teve, ou tinha, um parente internado nas dependências do Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)³¹³

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	profissão
466	Adelina	30	solteira	4	1917	1934	falecimento	demência precoce	serviço doméstico
553	Hortência	35	casada	4	1919	1919	assistência	confusão mental	serviço doméstico
123	Catharina [irmã de Margarida]	54	casada	4	1906(mar)	1906(mai)	falecimento	mania crônica degeneração hereditária	não consta
124	Margarida	40	solteira	4	1906(22/3)	1906(30/3)	falecimento	“faleceu durante o período de observação”	não consta
904	Luiz descendente	24	solteiro	4	1923	1927	assistência	demência precoce*	não consta
1173	Giovanna italiana	24	solteira	não consta	1900	1901	assistência	não consta	não consta
1172	Maria italiana	55	casada	pobre	1900	1905	falecimento	mania crônica	não consta
278	Eduardo	25	solteiro	4	1913	1914	assistência	degeneração hereditária demência precoce	jornaleiro
802	Ernesto	26	solteiro	1	1919	1920	assistência	demência precoce	não consta
160	Urbano	32	solteiro	4	1909	1910	não consta	epilepsia	jornaleiro
1123	Walter	36	casado	3	1925	1958	falecimento	enfraquecimento mental, com idéias de crime e perseguição, de natureza tóxica (álcool num degenerado psicopata) [alcoolismo]	Comércio

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

³⁰⁹ Recordando, *Dados Comemorativos* é o título dado para a guia de recolhimento que possui perguntas a serem feitas aos que levam os doentes ao HSP. Esta guia surgirá ao final da década de 20. Nos *Dados Comemorativos*, o alienista escreve informações prestadas por alguém que conhece a pessoa a ser internada. PHSP de Luiz, 24 anos, solteiro, primeira internação em 1923.

³¹⁰ A grafia do sobrenome de Luiz é com s, e de Clara com duplo z.

³¹¹ PHSP de Clara, 25 anos, solteira, internada em 1914.

³¹² Neste tópico, não serão informadas as localidades de procedência para evitar qualquer possibilidade de identificação, no futuro.

³¹³ Foram encontrados mais dois casos de internos com parentes que não foram incorporados. Optou-se em agregá-los em contexto que sua história pudesse contribuir com informações relevantes.

Luiz, descendente de italianos, internado pela primeira vez em 1923, sairia em 1927 para assistência em domicílio, retornando em 1931, e vindo a falecer em 1937, nas dependências do HSP. Nos Dados Comemorativos de julho de 1931, nas respostas a formulário da época, é possível observar que Luiz tivera uma irmã no São Pedro:

Houve ou há casos de alienação mental nos avós, pais, tios ou irmãos? Sim, uma irmã morreu neste Hospital.

A que causa é atribuída a moléstia atual? Ao trabalho excessivo.

Que atos praticados pelo paciente deram lugar a suspeitar da alienação mental? Dizia palavras incoerentes, ria sem motivo, falava só. Ficava muito tempo quieto distraído³¹⁴.

A irmã em questão é Clara³¹⁵, de 25 anos, solteira, com 1,51 altura e 41 quilos. Internada em 1914, em seu prontuário não está registrada alguma menção ao internamento de Luiz: quer por ter sido ela internada antes, quer porque Clara faleceu em 1918, cinco anos antes da entrada de Luiz. O nome dos pais de ambos é idêntico: L. e A. Curioso é perceber que, mesmo tratando-se de pessoas com mesmo sobrenome, a grafia deles estava escrita de forma diversa. Enquanto Clara e seus pais possuem no sobrenome duas letras “ZZ”, Luiz possui um “S”, e seus pais um único “Z”. Isto corrobora que os internos nem sempre tiveram seus nomes escritos de forma correta pelos alienistas.

Um terceiro alienado, de nome João³¹⁶, apenas com o nome do pai anotado, L. e sobrenome escrito com “S” (mesmo som dos sobrenomes de Luiz e Clara), procedente da mesma cidade de Clara, confirmaria que foram na realidade três os irmãos internados. João, solteiro, internado aos 20 anos, em 1911, portanto antes de Clara e Luiz, sairia em 1938, por falecimento. Em seu prontuário não consta qualquer menção quanto a parentes, e, no entanto, ele esteve no HSP no período em que Clara e Luiz estiveram. Todos os três foram internados com o diagnóstico de “demência precoce”.

Alguns casos chamam a atenção por terem sido os parentes internos no mesmo dia, estando as vezes os prontuários juntos, com a mesma guia de encaminhamento sendo compartilhada. Maria e Giovana, italianas, e, respectivamente, mãe e filha, traziam no prontuário a seguinte requisição da Chefatura de Polícia expedida em fevereiro de 1900:

Solicito-vos a admissão nesse estabelecimento das alienadas Maria e Giovanna, a primeira de 55 anos de idade, casada com G., e a segunda solteira com 24 anos de idade, filha de G. e Maria e ambas residentes em (...). Acompanha o respectivo atestado médico.

Em folha de almoço manuscrita, sem entendimento da assinatura:

Atesto que Maria e Giovanna acham-se sofrendo de alienação mental; a primeira ha 16 anos e a segunda ha 8 dias. E por ser verdade passo a assinar.

(...) 8 de fevereiro de 1900

³¹⁴ PHSP de Luiz, 24 anos, solteiro, primeira internação em 1923.

³¹⁵ PHSP de Clara, 25 anos, solteira, internada em 1914.

³¹⁶ PHSP de João, 20 anos, solteiro, internado em 1911.

O médico (assinatura ilegível)³¹⁷

Enquanto o diagnóstico de Maria é de “mania crônica”, Giovana sequer tem em seu prontuário um diagnóstico anotado. Mas em outubro de 1901, segundo Guia da Chefatura de Polícia, a sorte de Giovana mudaria:

Ao Sr. Diretor do Hospício São Pedro
Achando-se curada a alienada Giovanna, conforme me comunicastes em vosso ofício (...), de 7 do corrente, podeis entregá-la ao seu pai, Sr. G., portador deste.
Saúde e Fraternidade.

Maria, a mãe, não teria o mesmo destino: faleceria nas dependências do hospício, em 1905.

O caso de Catharina e Margarida, irmãs com ascendência germânica, surpreende por alguns dados anotados no prontuário³¹⁸ de Catharina, em específico na guia de encaminhamento da Chefatura de Polícia, em março de 1906: “Rogo-vos providências no sentido de serem admitidas neste estabelecimento as alienadas Catharina e Margarida, a primeira com 54 anos de idade, casada, a segunda com 40 anos, solteira, ambas filhas de J., (...)”³¹⁹. Catharina internada com diagnóstico de “mania crônica degeneração hereditária”, faleceria em maio de 1906, 2 meses após sua internação. Já Margarida, solteira, internada junto com a irmã, em 22 de março de 1906, viria a falecer em 30 de março do mesmo ano, e no campo do diagnóstico é possível ler: “faleceu durante o período de observação”³²⁰.

Outras duas irmãs, de ascendência italiana, Octacília e Atalice tiveram tratamento diferenciado de Margarida e Catharina por parte dos familiares.

Octacilia, de 18 anos, foi encaminhada pela Santa Casa para ser internada no HSP em 1921, com diagnóstico de “psicose maníaco depressiva”. Em fevereiro de 1922, um irmão da enferma encaminha uma carta manuscrita a uma pessoa de nome A., que ao que tudo indica não fazia parte do quadro de funcionários do hospício (não há como saber como esta carta estava no prontuário), com o seguinte conteúdo:

Exmo. Sr. A.
Em primeiro lugar, muito estimarei, que ao receber esta, esteja gozando saúde, e felicidade em companhia de vossa digna família.
Pois me vejo obrigado, há escrever-lhe esta, pedindo-lhe notícias de minha irmã Octacilia. Que há tanto tempo, não soubemos notícias. Eu me dirijo ao Sr. porque é a única pessoa, que posso me dirigir, e conseguir notícias. Pois eu escrevi 2 cartas para Octacília, e de nenhuma, tive

³¹⁷ PHSP de Maria, 55 anos, casada, internada em 1900; PHSP de Giovana, de 24 anos, solteira, internada em 1900. Ambas compartilham o mesmo prontuário.

³¹⁸ Na primeira coleta de dados dos prontuários, o documento de internação de Margarida não foi encontrado, apenas a menção do seu nome em Guia da Chefatura de Polícia. Na coleta de 2012, o prontuário foi localizado.

³¹⁹ PHSP de Catharina, 54 anos, casada, internada em 1906.

³²⁰ PHSP de Margarida, 40 anos, solteira, internada em 1906.

resposta. Uma dessas cartas foi endereçada ao Sr. Peço-lhe [para] me desculpar, de tantos incômodos. O Papai pede-lhe que, se o Sr. empregasse Octacília em sua casa, seria um bem, que o Sr. nos (...) [faria]. Porque a pobre andar rolando de uma casa a outra é triste. Sem mais de vosso criado.
L.³²¹

Em papel timbrado da Santa Casa, de 27 de março de 1922, é comunicado “que nada tem esta Provedoria a opor a que seja reconduzida ao seio de sua família, a enferma Octacília (...)”.

Na mesma folha, mais abaixo, escrita a seguinte declaração:

Declaro que em virtude de uma carta de 28 de fevereiro deste ano firmada pelo Sr. L., irmão da paciente a quem se refere o presente ofício, e na qual se encontra um pedido do pai do signatário para que empregue Octacília, a administração do Hospício São Pedro me entregou hoje, (...) a fim de reconduzi-la à minha residência (...) onde a mesma estava empregada quando adoeceu. (...). (assinatura não legível)³²².

Dois detalhes chamam a atenção. Primeiro que se ela estava internada no Hospício São Pedro, de onde foi retirada, qual a motivação de ter confirmação/aprovação da Santa Casa para a retirada da paciente? E segundo, Octacília é entregue a alguém que não é da família, mas sim patrão.

Já Atalice, cujo pai tem o mesmo nome que o pai de Octacília (e ambas possuem mesmo sobrenome), foi internada aos 22 anos, em 1923, um ano após a saída de Octacília do HSP. Com diagnóstico idêntico ao da irmã, “psicose maníaco depressiva”, ela era casada e moradora em cidade distinta da que residia Octacília. Em 28 de novembro de 1923, é comunicada a alta de Atalice: “tendo dado alta do Hospício São Pedro, a reclusa Atalice, conforme comunicação da Chefatura de Polícia, rogo-vos o especial obséquio de mandardes retirar-la daquele estabelecimento (HSP), dando-lhe o destino conveniente”³²³. O pedido foi feito pelo Intendente da cidade da qual Atalice é procedente.

Em 30 de novembro, são solicitadas “providências no sentido de ser entregue ao portador deste, Atalice, que se acha recolhida a esse estabelecimento de que sois digno Diretor”.

Em 8 de janeiro, Atalice será entregue a seu marido I.: “declaro (que) pelo administrador do Hospício São Pedro, me foi entregue hoje às 18 horas minha esposa Atalicia”.

O que pode ser observado é que existia toda uma burocracia quando da retirada de algum enfermo. Atalice não retornaria ao São Pedro. Tanto Atalice quanto Octacília não possuem em seus prontuários menção de algum parente internado.

³²¹ PHSP de Octacília, 18 anos, solteira, internada em 1921.

³²² PHSP de Octacília, 18 anos, solteira, internada em 1921.

³²³ PHSP de Atalice, 22 anos, casada, internada em 1923.

Por fim, um caso bastante curioso. Os três internos a seguir têm em seu prontuário o nome do pai, que é idêntico, o italiano V., “com numerosa família e extremamente pobre”³²⁴.

Em 1902, a italiana Rosina, de 25 anos, casada e diagnosticada com “excitação maníaca” permaneceu nas dependências do HSP até 1908, quando então sai para assistência em domicílio. A cidade de origem de Rosina é distinta da cidade de seus outros dois irmãos. É provável que tenha se mudado quando casou³²⁵.

Em 1910, o descendente de italianos S. foi internado aos 14 anos com diagnóstico de “demência precoce”. O pai aparece com nacionalidade italiana nos prontuários, assim como suas irmãs, mas este rapaz, o qual só tem por nome um “S”, não consta como italiano fato que leva a supor que tenha nascido no Brasil. Outro detalhe é que o nome do meio dele é de origem germânica³²⁶, assim como o sobrenome de Rosina (são sobrenomes de origem germânica, mas são distintos). Mas no caso de Rosina, o sobrenome germânico deve ter sido contraído quando do casamento. “S” faleceria em 1920, com 24 anos.

Finalmente, a italiana Rosa, igualmente casada como Rosina, e mais velha que a irmã, com 32 anos de idade, seria internada com diagnóstico de “degeneração hereditária, melancolia crônica, psicose maníaco depressiva”. Era ela procedente da mesma cidade de “S”, e na guia da Chefatura de Polícia consta que “já esteve recolhida a esse estabelecimento”³²⁷. Como “S”, viria a falecer nas dependências do HSP em 1919.

Pelas datas, é possível observar que tanto Rosa quanto “S” estiveram na instituição num mesmo espaço de tempo. Ambos não foram retirados pela família, diferente de Rosina. Nenhum dos prontuários dá indicação que qualquer um deles tivesse um parente internado no Hospício São Pedro.

Poucos foram os que apresentaram em seus prontuários o registro de que possuíam algum grau de parentesco com outro internado. Dos exemplos expostos acima, alguns foram encontrados ao acaso, ou por compartilharem a mesma guia de encaminhamento (caso da mãe e filha, Maria e Giovana, e das irmãs Cathariana e Margarida), ou fazerem parte de um grupo de prontuários relativamente pequeno, o de italianos. É plausível portanto, que o número de prontuários em que há indicações de parentes internados possa ser maior.

³²⁴ PHSP de “S”, 14 anos, solteiro, internado em 1910.

³²⁵ PHSP de Rosina, 25 anos, casada, internada em 1902.

³²⁶ É provável que sejam originários do trentino, região onde são frequentes italianos com sobrenomes germânicos, isto devido a região trentina ser desde a “Idade Média um ponto de passagem nos Alpes Centrais, ligando Roma à Alemanha (...) [ocorrendo] o encontro das culturas latina e germânica, na fronteira lingüística natural entre o *Tirol alemão* e o *Tirol italiano* (...)”. ALTMAYER, Everton. *História da região trentina*. In: *Comunità Trentina Del Brasile*. Disponível em <http://www.trentini.com.br/?pagina=conteudo&unidade=1&idioma=port&id=42>, acesso em 27 de maio de 2013.

³²⁷ PHSP de Rosa, 32 anos, casada, internada em 1911.

3.5 Alcoolismo, melancolia, depressão e maníacos depressivos

A pesquisa nos prontuários do HSP, levando-se em conta apenas o diagnóstico em que esteja notadamente a palavra *alcoolismo*, pode incorrer em erros. Pensando nisto, optou-se em explicar minuciosamente os diagnósticos, principalmente os agregados (dois termos distintos).

Primeiro procurou-se por diagnósticos em que constassem as palavras ou “alcoolismo”, ou “álcool”, ou “alcoólico”. Foram então localizados 101 internos em cujos diagnósticos era possível perceber uma das três expressões citadas. Observou-se uma gama variada de nomenclaturas:

- “psicose tóxica por alcoolismo (delírio alucinatório)”; “psicose alcoólica, enfraquecimento mental, com ideias de crime e perseguição, de natureza tóxica (álcool num degenerado psicopata)”; “delírio paranóide de perseguição de provável natureza alcoólica”; “*delirium tremus* por alcoolismo...”; “excitação maníaca pelo álcool”, etc.

Estes 101 internos estão assim divididos, segundo sexo, etnia e estado civil:

Tabela 23 – Internos no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado ao *alcoolismo*³²⁸

Diagnóstico: alcoolismo	
101 internos	
Homens	94 (93%) ³²⁹
casados	42
solteiros	44
viúvos	4
não consta estado civil	4
Mulheres	7 (6,9%)
casadas	2
solteiras	4
viúvas	1
Homens italianos	21 (20,7%)
casados	12
solteiros	7
viúvos	1
não consta estado civil	1
Mulheres italianas	Não há

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

³²⁸ Busca no Access por “*alcool*” ou “*álcool*” ou “*álcoól*” (de alcoólico). Todos os diagnósticos que continham expressão ligada a álcool foram citados na tabela como [alcoolismo]. Encontrados 102 internos, sendo desprezado 1 homem solteiro n. 508, com diagnóstico *psicose tóxica infecciosa por bacilose pulmonar [alcoolismo?]*, sendo a dúvida entre colchetes da autora.

³²⁹ A título de orientação, esta tabela deve ser lida da seguinte forma: dos 101 internos com diagnóstico ligado ao alcoolismo, 94 (ou 93% do total) são homens, sendo que destes 94 homens, 42 são casados e 44 solteiros; dos 101 internos com diagnóstico ligado ao alcoolismo 21 (20,7% do total) são de etnia italiana.

O caso de José, sem ascendência italiana, solteiro, internado aos 27 anos e procedente de Porto Alegre, gerou dúvidas no alienista que anotou: “psicose tóxica por alcoolismo, digo, por cocaína (distúrbios elementares)”³³⁰.

Quadro 16 – Internos de ascendência italiana no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de *alcoolismo*

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
909	João C. descendente	25	solteiro	3	1923	1924	assistência	estado delirante persecutório inicial ligado a <u>alcoolismo crônico</u>	Porto Alegre	operário
500	Felippe descendente	26	casado	4	1918	1919	curado [cura]	psicose tóxica por <u>alcoolismo crônico</u>	Porto Alegre	carpinteiro
620	Giacomo Z. descendente	26	solteiro	4	1920	1935	assistência	excitação maníaca pelo <u>álcool</u> [alcoolismo]	Erechim	agricultor
970	Francisco R. descendente	26	solteiro	4	1921	1921	assistência	psicose tóxica por <u>alcoolismo</u> (delírio onírico)	Caxias	sapateiro
348	João P. italiano	26	casado	4	1908	1909	assistência	<u>alcoolismo crônico</u> , loucura tóxica	Guaporé	negociante
390	Pedro M. descendente	27	solteiro	4	1915	1915	assistência	degeneração hereditária delírio tóxico por <u>alcoolismo sub agudo</u>	Pelotas	agricultor
231	Giuseppe C. descendente	30	solteiro	4	1911 (mar)	1911 (jul)	falecimento	psicose tóxica com síndrome maníaca por <u>alcoolismo crônico</u>	Bento Gonçalves	carneiro
255	Anibal italiano	31	casado	4	1912	1912	assistência	psicose tóxica por <u>alcoolismo</u>	Garibaldi	agricultor
847	Pedro S. italiano	32	viúvo	4	1922	1922	curado [cura]	psicose tóxica por <u>alcoolismo</u>	Jaguari	agricultor
97	José F. descendente	35	casado	4	1905(mar)	1905(mai)	falecimento	<u>alcoolismo crônico</u>	Porto Alegre	não consta
737	Antonio V. italiano	38	casado	4	1921	1931	fuga	<u>psicose alcoólica</u> [alcoolismo]	Cachoeira	agricultor
1177	Giacomo M. descendente	40	casado	4	1921	1929	falecimento	psicose tóxica por <u>alcoolismo crônico</u>	Garibaldi	agricultor
817	Antônio T. italiano	40	casado	4	1922	1948	falecimento	síndrome paranóide num debil mental intoxicado pelo <u>álcool</u> [alcoolismo]	Guaporé	agricultor
392	João M. italiano	40	casado	4	1915	1916	falecimento	psicose tóxica por <u>alcoolismo</u>	Garibaldi	carpinteiro e agricultor
316	Victorio italiano	43	casado	4	1913	1929	falecimento	psicose tóxica por <u>alcoolismo crônico</u>	Porto Alegre	agricultor
211	Ângelo B. italiano	44	casado	4	1911	1912	assistência	psicose tóxica por <u>alcoolismo</u>	Caxias	agricultor
1054	Jacomo italiano	50	casado	4	1924	1925	assistência	psicose tóxica por <u>alcoolismo</u>	Santo Ângelo	agricultor
539	Francisco C. italiano	50	casado	4	1918 (dez)	1919 (fev)	falecimento	psicose epiléptica com estado demencial e <u>alcoolismo crônico</u> [epilepsia]	Bento Gonçalves	não consta
31	Avelino italiano	52	solteiro	4	1901(mar)	1901(abr)	Falecimento	delírio <u>alcoólico</u>	Rosário	jornaleiro
172	Casemiro descendente	80	solteiro	4	1908	1912	falecimento	demência <u>alcoólica</u> (alcoolismo crônico)	Porto Alegre	agricultor
735	Constantino descendente	não consta	não consta	4	1921	1922	falecimento	degeneração mental <u>alcoolismo</u> crônico com estado mania confusa	Rio Grande	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

³³⁰ PHSP de José, 27 anos, solteiro, internado em 1924.

É possível observar que dos 21 internos com ascendência italiana, 11 são italianos, sendo os outros dez pacientes, descendentes. Dois internos com o mesmo diagnóstico, *psicose tóxica por alcoolismo*, possuem um pouco de seu destino no prontuário.

O italiano Giacomo, casado, com 50 anos de idade, internado pela primeira vez em 1924, tem em seu prontuário a seguinte anotação feita em 1929: “o doente (...) estava com disenteria há três dias, aplicou-se um purgativo e estava em observação, o estado geral era bom”³³¹. Giacomo viria a falecer no mesmo ano devido a disenteria. Foi ele internado por duas vezes, a primeira de 1924 a fevereiro de 1925, e uma segunda vez quando retorna, em abril de 1925, e sai por falecimento, em 1929. No total, Giacomo ficaria no HSP aproximadamente por cerca de 5 anos.

Estada mais longa teve o também italiano Pedro S., 32 anos, e viúvo. Internado por três vezes: de fevereiro de 1922 a agosto de 1922; uma segunda vez, de 1923 a 1943 (20 anos), e, por fim, de 1944 a 1959 (15 anos), quando então viria a falecer. Pedro esteve nas dependências da instituição por cerca de 35 anos. A família mostrou-se por duas vezes receosa de recebê-lo novamente em casa, como atestam duas cartas escritas em nome da mãe de Pedro, para os alienistas do HSP:

Carta escrita em 9 de dezembro de 1932:

Ao Sr. Dr. do Hospício Jacinto Godoy, desejando a presente vos encontrar em perfeita saúde. O fim desta é pedir-vos notícias de nosso filho Pedro, pois desejamos saber o estado dele. E prevenir-vos se em caso que o primo Luiz queira retirar ele não de licença sem nossa ordem pois tememos ele chegar aqui novamente [e venha a] piorar. Em caso que o Sr. Dr. ache que ele esteja curado [fazer a] fineza [de] avisar-nos. (...).

Carta escrita em 10 de abril de 1934:

De posse [de] vossa carta [de] 20 de março passo a responder-vos. Impossível de momento mandar buscar o meu filho Pedro, visto ter tido muitas despesas com a enfermidade do meu falecido esposo. O meu prazer era ter o meu filho ao meu lado, mas, tenho receio que vindo ele piore, como já aconteceu. Assim é que como mãe lamento, mas peço-vos ter paciência e ficar mais uns tempos com ele ai, até ficar bem curado; assim quando ele vir não precise ter assistência em casa. Abençoado meu filho, sou com toda consideração amiga e *crda* as ordens³³².

Alguns pontos podem ser destacados. Primeiro, que as cartas foram escritas quando o HSP já não mais era um hospício e sim um hospital³³³, o que permite dizer que a mudança de status da

³³¹ PHSP de Giacomo, 50 anos, casado, primeira internação em 1924.

³³² PHSP de Pedro, 32 anos, viúvo, primeira internação em 1922. As cartas além de sofrerem atualização gramatical e ortográfica, foram complementadas com expressões que se encontram entre colchetes. A palavra *crda*, deve ser criada, mas optou-se em deixar como no original.

³³³ O decreto n. 3.550 de 1925, dá conta que o HSP muda sua finalidade, tornando-se hospital e passando a se chamar Hospital São Pedro do Rio Grande do Sul. Decreto n. 3.550, de 29 de dezembro de 1925, Regulamento do Hospital São Pedro do Rio Grande do Sul. Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1925. Porto Alegre: Oficinas Gráficas d'A Federação, 1926.

instituição não chegou a ser absorvida por familiares. Outro aspecto a ser salientado é que talvez na localidade da qual o enfermo era procedente, Jaguari, não fosse possível colocar pessoas doentes por conta do alcoolismo em hospital. Pomatti, em *Italianos na cidade de Pelotas: doenças e práticas de cura 1890-1930*, informa, na tabela à página 123, que ocorriam internamentos na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas devido ao alcoolismo crônico, epilepsia, sífilis³³⁴, e mesmo senilidade. Significa que os internamentos no HSP não eram uma prática compulsória das autoridades em se tratando de alcoolismo, uma vez que havia a alternativa de colocar o doente em outra instituição distinta do hospício, em hospital não destinado a doentes mentais³³⁵. E ao que parece, as reincidências, ao menos para a cidade de Pelotas, em alguns casos, eram possíveis. Gill menciona que o poeta Lobo da Costa passou por diversos internamentos na Santa Casa de Misericórdia de Pelotas devido (também) ao alcoolismo³³⁶. Deve-se ressaltar que pacientes procedentes de Pelotas para o Hospício São Pedro existiram, inclusive por conta de alcoolismo, caso de Pedro, que consta no Quadro 16. Esta prática, a de internar alcoólatras em hospital, não foi exclusiva de Pelotas. Constantino relata que alcoólatras pobres obtinham atendimento na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre entre os anos de 1875 e 1915 sob os diagnósticos de “alcoolismo, gastrite alcoólica ou cirrose alcoólica”³³⁷.

Segundo Roxo, há três formas de psicose alcoólica: a “crônica”, a “subaguda” e “aguda”.

Duas destas psicoses são observáveis no Quadro 16, a “crônica” e a “subaguda”. Segundo o autor a “psicose tóxica crônica” é aquela que pode ser observada em indivíduos que há muito tempo fazem uso do álcool, ocorrendo inclusive modificação profunda do caráter:

O individuo perde o critério que tinha, e desaparecem as noções superiores de ética e estética. Procede mal e pouco se lhe dá do conceito que os outros façam dele. Descura o cumprimento do dever faltando ao serviço, ou executando-o muito mal. Perde a noção de honra e não zela pela esposa que abandona e chega a insinuar aos carinhos de outrem. Malbarata os bens e pouca moça lhe faz a falta de conforto que no lar se antolhe³³⁸.

³³⁴ Estes dois diagnósticos, epilepsia e sífilis, eram passíveis de internação no Hospício São Pedro, como será visto adiante.

³³⁵ POMATTI, Ângela Beatriz. *Italianos na cidade de Pelotas: doenças e práticas de cura 1890-1930*. 2011. (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011, p. 123.

³³⁶ GILL, Lorena Almeida. *Um mal de século: tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas/RS (1890-1930)*. 2004. (Doutorado em História), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004, p. 36-39.

³³⁷ CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *O italiano da esquina: meridionais na sociedade porto-alegrense e permanência da identidade entre moraneses*. 1990. (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1990, p. 226.

³³⁸ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 252.

Acrescenta ainda que, na “psicose alcoólica crônica” há uma irritabilidade permanente. Quanto a “psicose alcoólica subaguda”, cita alguns sintomas: mau humor, inquietação, insônia, irritabilidade, alucinações do ouvido além da vista, e em alguns casos ocorre delírio sistematizado de ciúmes³³⁹.

Nos 101 casos em que pode ser apurado diagnóstico ligado ao alcoolismo, não foi possível observar “alcoolismo agudo”. Na descrição de Roxo, para “psicose alcoólica aguda”, o paciente tem fortes tremores (*delirium tremens*), intensas alucinações da vista, e é perceptível uma confusão mental alucinatória. Tendo por base esta descrição, foi então observado, nos diagnósticos dos internos do HSP, um número relativamente alto de pacientes com diagnóstico de “confusão mental”: 129. No entanto, seria errôneo indicar todos os internamentos como devidos ao alcoolismo, pois foram encontrados diagnósticos quer com a terminologia isolada “confusão mental”, quer ligada a outros termos que podem não ser relativos ao alcoolismo, tais como: “confusão mental alucinatória”, “confusão mental num débil”, “confusão mental post-partum”, etc. Os diagnósticos em que apareciam a associação de “confusão mental” com a palavra “tóxica” geraram a seguinte tabela abaixo:

Quadro 17 – Diagnóstico de *confusão mental* associado à palavra *tóxica* (ou *tóxico*) em internos no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
616	Reinaldo descendente	29	casado	4	1920	1921	curado [cura]	confusão mental tóxica	Passo Fundo	agricultor
907	Pedro N. descendente	23	solteiro	4	1920	1921	assistência	"confusão mental (tóxica?)"	Caxias	agricultor
838	José	30	solteiro	4	1922	1924	assistência	confusão mental tóxica por alcoolismo	São Jerônimo	operário de minas
1002	Manoel	45	solteiro	4	1924	1925	falecimento	psicose tóxica (tipo confusão mental crônica)	Passo Fundo	não consta
1140	Alice	28	casada	2	1925(5/2)	1925(19/2)	falecimento	confusão mental delírio tóxico...	Encruzilhada	doméstica

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Dois dos internos por “confusão mental tóxica” são descendentes de italianos.

Reinaldo, de 29 anos, casado, procedente de Passo Fundo, foi internado sob o diagnóstico de “confusão mental tóxica” em 1920, saindo em 1921, curado. Retorna em janeiro de 1932, para sair novamente curado, em julho do mesmo ano. Na capa do Certificado de Internação (procedente da prefeitura de Passo Fundo), de 1932, pode ser lido: “fala muito, canta, assovia, diz disparates, dorme

³³⁹ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 250 e 251.

pouco, ameaça espancar a família”³⁴⁰. Este comportamento não impediu que saísse do HSP poucos meses depois da última internação.

Pedro N., de 23 anos e solteiro, passou por duas internações: de 1920 a 1921 e de 1923 a 1972, sendo que esta última durou 49 anos, quando então teria alta por falecimento. Pedro foi transferido para a Colônia Jacuhy, em 1923, depois para a Colônia Agrícola, em 1937, e, por fim, retorna à Colônia Jacuhy, em 1964, sua última estada³⁴¹.

Interessante observar que ambos, Reinaldo e Pedro, foram internados o com mesmo diagnóstico, no mesmo ano e, no entanto, somente Pedro N. foi removido para a Colônia do Jacuhy, e depois para a Colônia Agrícola, sendo que ambos eram agricultores.

O também descendente de italianos Júlio, foi interando com diagnóstico de “confusão mental de degenerado”, e trazia em seu prontuário evidências de alcoolismo:

Nos dados Comemorativos de julho de 1932:

O paciente é reentrado. Foi removido por este serviço para o Hospício São Pedro em 18 de novembro de 1931. Obtendo alta desse estabelecimento, em casa permaneceu algum tempo apresentando leves distúrbios mentais. Finalmente voltou ao trabalho, porém, não mais com a assiduidade e acerto de outros tempos. De alguns dias para cá começou a ter insônias mostrando-se irritadiço, e por vezes intratável. Voltaram os impulsos à bebida. Sai frequentemente à rua, perambulando até altas horas da noite. Na véspera da internação foi detido pela Polícia por estar à beira do rio, gritando a chamar os peixes. Na Polícia mostrou-se pródigo, distribuindo dinheiro, o relógio e demais objetos que possuía (...) [às] pessoas presentes³⁴².

Internado 4 vezes, em sua última passagem pelo HSP o alienista informa na Observação Psiquiátrica que “o paciente se acha melhorado de seu estado mental e desde que sua família se responsabilize pelos atos que o paciente praticar, não há inconveniente em ser concedida a alta requerida por seu pai”.

Há casos em que o paciente não tem indicação no diagnóstico que é alcoólatra, mas em leitura de seu prontuário é possível observar que fazia uso de substância alcoólica. Elias, descendente de italianos, internado em 1923, aos 21 anos e solteiro, com diagnóstico de “estado maníaco”, têm em seu documento médico, informações prestadas por familiares.

³⁴⁰ PHSP de Reinaldo, 29 anos, casado, primeira internação em 1920.

³⁴¹ PHSP de Pedro N., 23 anos, solteiro, primeira internação em 1920.

³⁴² PHSP de Júlio, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1925.

Em abril de 1933, a mãe informa que “o pai e o avô eram alcoolistas. Não cita casos de alienação mental na família. Ele consome álcool e todo dinheiro que lhe vem às mãos é para bebida. Porém não sabe a que atribuir a moléstia atual, e atualmente não faz nada”³⁴³.

Em junho de 1947, as informações prestadas pela cunhada informam que o pai de Elias é tio da mãe (possuíam laços consanguíneos). O pai e vários membros da família são alcoolistas, e Elias fazia uso de substância alcoólica. Na noite anterior, avançou em uma senhora, a fim de tirar-lhe a bolsa para comprar bebidas. Não trabalhava, e vivia com um cunhado. Segundo as informações da cunhada, é possível afirmar que o mal de Elias estaria ligado também à degeneração hereditária: laços consanguíneos entre os pais, e familiares alcoolistas.

Morador em Porto Alegre, isto deve ter facilitado suas muitas internações, seis no total. Na última, efetuada em abril de 1960, viria então a falecer, em setembro do mesmo ano. Um detalhe a ser registrado é que Elias fugiu por duas vezes. Quando foi internado em julho de 1947, fugiria em agosto de 1947, sendo recapturado e internado novamente em setembro de 1947. Tornou a fugir em outubro de 1947, e não retornaria até março de 1958, sua penúltima internação.

Foram encontradas 7 mulheres com diagnóstico ligado ao alcoolismo (nenhuma destas têm ascendência italiana), sendo que cinco delas faleceram nas dependências do HSP:

Quadro 18 – Mulheres, **sem ascendência italiana**, internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) devido ao *alcoolismo*

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
83	Julia	28	solteira	4	1906	1918	falecimento	<u>alcoolismo crônico</u>	Bagé	não consta
406	Maria	29	viúva	4	1916	1924	falecimento	estado demencial ligado a <u>alcoolismo crônico</u>	Passo Fundo	serviço doméstico
299	Tulia	30	solteira	4	1915	1921	melhorada	psicose tóxica por <u>alcoolismo sub agudo</u>	Bagé	doméstica
93	Margarida	46	casada	4	1904	1906	falecimento	<u>alcoolismo</u>	Caxias	não consta
273	Antonia	49	solteira	4	1913	1942	falecimento	psicose tóxica por <u>alcoolismo</u>	São Gabriel	serviço doméstico
60	Margarida	55	casada	4	1903	1903	assistência	<u>alcoolismo</u>	Caxias	serviço doméstico
59	Eva	58	solteira	4	1900	não consta	falecimento	mania crônica (<u>alcoolismo</u>)	Rio Pardo	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Por fim, foi observado o diagnóstico de “estado melancólico alcoolismo antigo” em paciente sem ascendência italiana. A composição deste diagnóstico sugere que melancolia e alcoolismo poderiam estar associados como causa e consequência.

³⁴³ PHSP de Elias, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1923.

Em 1911, no jornal *Correio de Povo* de Porto Alegre, em artigo intitulado *As duas melancolias*, consta que “a melancolia é sobretudo feminina. É mais fácil achar homens de caráter triste, que de caráter melancólico”³⁴⁴. A moléstia, segundo este artigo, além de ficar restrita às mulheres, isentava os homens do mal: no caso deles, trata-se apenas de tristeza. Rótulo envelhecido que necessita uma revisão.

Melancolia é um termo dos mais antigos para a patologia dos humores tristes, e pode ser ela observada em escritos de Hipócrates³⁴⁵ e Aristóteles. Para o primeiro, a melancolia era um estado de tristeza e medo de longa duração, além de ser considerada doença. Existiriam duas formas: a endógena, que poderia aparecer sem motivo aparente, e a exógena, que surge motivada por um trauma externo. Já para Aristóteles, os melancólicos seriam aqueles excepcionais por natureza, e não por doença, e teriam algum traço de genialidade³⁴⁶. Se for levado em conta que Hipócrates seria *o pai da medicina* e Aristóteles filósofo grego, percebe-se que o termo melancolia transitava entre formas de conhecimento distintas.

No século XVIII, quando as desordens mentais passam a ser objeto de estudo da medicina, e em específico dos alienistas, Phillipe Pinel³⁴⁷ perceberá a melancolia como “parte dos quadros patológicos, descrita como uma doença cujas vítimas tinham fixação em um orgulho desmedido, podendo ser acometidas de abatimento, consternação e desespero”³⁴⁸.

O quadro patológico da melancolia foi assim descrito por Pinel:

Muito frequentemente é vão o esforço de afastar um melancólico da associação coacta de ideias pela qual está totalmente dominado; é como se estivesse absorto em si mesmo e as impressões dos órgãos visuais ou auditivos parecem não ser recebidas pelo cérebro; o olhar é feroz, a postura é sombria e silenciosa, o rosto é lívido e macilento; tem pressentimentos sinistros sobre o futuro, procura com determinação a solidão e os suspiros profundos são um sinal inequívoco de suas ideias tristes e de suas profundas angústias; parece totalmente estranho à realidade externa; nada vê, nada ouve, permanece absorto nas ideias que a memória lhe evoca e se abandona às emoções que ela suscita³⁴⁹.

³⁴⁴ DEL RIVO, Ítalo. *As duas Melancolias*. *Correio do Povo*, em 25 de junho de 1911.

³⁴⁵ Hipócrates irá explicar a melancolia por intermédio da “teoria dos humores” e seu equilíbrio: sangue, bílis amarela, bílis negra e a linfa. “A bílis negra representava o outono e, como a terra, era fria e seca, tornando-a hostil à vida e podendo ocasionar a melancolia (...). É da teoria da bílis negra que surgiu o termo melancolia – derivado do grego *melas* (negro) e *kholé* (bile), que corresponde à transliteração latina *melaina-kole*”. TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. *Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria*. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 4, 2005, p. 44.

³⁴⁶ TEIXEIRA, Marco, op. cit., p. 42 a 44.

³⁴⁷ “Philippe Pinel (1745-1826), é considerado o pai da Psiquiatria. Rejeitava a ultrapassada teoria humoral, bem como os tratamentos de purgação e sangria que a teoria inspirava. Foi diretor de dois hospitais psiquiátricos em Paris: o *Bicêtre* (para homens) e o *Salpêtrière* (para mulheres), e seu gesto de tirar as correntes dos insanos tornou-se um marco na medicina psiquiátrica. Para Pinel, a doença mental derivava da hereditariedade ou de ‘paixões’ intoleráveis, como medo, raiva, ódio tristeza”. STONE, Michael H., op. cit., p. 69.

³⁴⁸ TEIXEIRA, Marco, op. cit., p. 47.

³⁴⁹ PINEL, Phillipe, Apud: PESSOTTI, Isaias, 1995, op. cit., p. 150 e 151.

Tabela 24 – *Melancólicas* internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por estado civil³⁵⁰

Melancólicas: estado civil			
Mulheres (todas etnias)	64	Italianas	11
Mulheres casadas	32	Italianas casadas	8
Mulheres solteiras	23	Italianas solteiras	2
Mulheres viúvas	5	Italianas viúvas	1
Não consta estado civil	4	Não consta estado civil	-

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Na tabela acima, pode-se observar que o número total de melancólicas internadas no Hospício São Pedro, entre 1900 e 1925, foi de 64 mulheres. Destas, 11 eram italianas³⁵¹. Ressalta-se que o número de mulheres casadas é superior ao número de solteiras e viúvas, em conjunto, tanto para o conjunto de internas de todas etnias quanto para as italianas em separado.

Tabela 25 – *Melancólicos* internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por estado civil

Melancólicos: estado civil			
Homens (todas etnias)	46	Italianos	9
Homens casados	18	Italianos casados	5
Homens solteiros	24	Italianos solteiros	4
Homens viúvos	1	Italianos vivos	-
Não consta estado civil	3	Não consta estado civil	-

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Em se tratando do sexo masculino, o número de internos é menor, na proporção de 41,8% para o sexo masculino e 58,1% para o sexo feminino, num total de 110 internados por melancolia. Observa-se que dentre as mulheres, são as casadas que contribuem com maior número de internamentos, distinto dos homens, com número significativo de solteiros melancólicos internados. Quanto às mulheres casadas de etnia italiana, a explicação pode estar no isolamento:

mulheres que permaneceram isoladas nas colônias – muitas das quais embarcaram na aventura da imigração para o Império por escolha dos maridos ou dos pais, e não por vontade própria –, tinham consciência das carências que afligiam os imigrantes. Fora da cultura aldeã tradicional européia, sozinhas num meio ambiente hostil e desconhecido, muitas delas viveram melancolicamente³⁵².

³⁵⁰ Busca no Access feita pelo termo: “*melanc*”.

³⁵¹ Neste número, inclusas tanto italianas quanto descendentes.

³⁵² RENAUX, Maria L.; ALENCASTRO, Luiz Felipe de. Caras e modos dos migrantes e imigrantes. In: NOVAIS, Fernando A. *História da Vida Privada no Brasil: Império, a corte e a modernidade nacional*. São Paulo: Cia das Letras, 1998, p. 324. Deve-se ressaltar que Renaux tratou de imigração alemã.

Das 11 mulheres com ascendência italiana que foram internadas por melancolia, 9 viviam no interior e duas em Porto Alegre, como pode ser observado no Quadro 19:

Quadro 19 – Italianos (as) e descendentes internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de *melancolia*

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
858	Amélia italiana	26	solteira	4	1923	1928	falecimento	acesso <u>melancólico</u> [melancolia]	Porto Alegre	doméstico
132	Pierina descendente	28	casada	4	1909	1911	assistência	depressão <u>melancólica</u> com idéias delirantes místicas (...)	Garibaldi	serviço doméstico
298	Angela P. descendente	28	casada	4	1918	1919	não consta [saiu]	<u>melancolia</u> com ...	Garibaldi	doméstica
921	Clementina R. descendente	32	casada	3	1924	1925	assistência	estado <u>melancólico</u> ...	Encantado	doméstica
198	Rosa italiana	32	casada	4	1911	1919	falecimento	degeneração hereditária, <u>melancolia</u> crônica, psicose maniaco depressiva		não consta
862	Anna B. descendente	35	solteira	4	1923	1932	curada [cura]	estado <u>melancólico</u> ...ansioso	Caxias	"não tem"
641	Thereza B. descendente	43	casada	4	1920(fev)	1920(mar)	assistência	depressão <u>melancólica</u>	Porto Alegre	serviço rural
887	Antonia B. italiana	52	viúva	3	1923	1933	falecimento	<u>melancolia</u> de involução	Guaporé	serviço doméstico
1021	Ursula italiana	55	casada	4	1925	1927	falecimento	<u>melancolia</u> pré-senil psicose de involução	Ijuí	não consta
338	Tereza italiana	57	casada	4	1914	1919	assistência	<u>melancolia</u> de involução	Bento Gonçalves	serviço doméstico rural
792	Maria Ni. italiana	58	casada	4	1922	1934	falecimento	<u>melancolia</u> de involução	Jaguari	serviço doméstico
178	Carlos C. italiano	25	solteiro	4	1908	1911	assistência	depressão <u>melancólica</u>	Caxias	agricultor
1090	José B. descendente	26	solteiro	4	1925(3/10)	1925(5/10)	falecimento	"(estado <u>melancólico</u> confuso faleceu no período de observação)	Garibaldi	não consta
905	Achiles descendente	29	solteiro	4	1923	1953	falecimento	estado <u>melancólico</u> confuso num degenerado psicomenta	Caxias	operário
1025	Cataldo descendente	31	casado	4	1925	1925	assistência	degeneração mental estado de <u>melancolia</u> ansiosa	Porto Alegre	construtor
968	Luiz C. italiano	36	solteiro	2	1924	1924	assistência	estado <u>melancólico</u> ansioso com idéias delirantes	Venâncio Aires	construtor (tbem empreiteiro)
780	José R. italiano	38	casado	4	1922	1923	assistência	estado <u>melancólico</u> com idéias delirantes místicas	Porto Alegre	lavrador
774	José M. descendente	38	casado	4	1922	1924	assistência	estado <u>melancólico</u>	Antonio Prado	agricultor
593	Fortunato italiano	42	casado	4	1919	1919	assistência	estado <u>melancólico</u> ansioso	Guaporé	comércio
177	Angelo C. italiano	49	casado	3	1907	1907	não consta	idéias <u>melancólicas</u> degeneração hereditária	Lajeado	negociante rural

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

A melancolia não é uma terminologia que venha desacompanhada, quando se trata dos diagnósticos conferidos aos pacientes do HSP:

- “melancolia ansiosa”;

- “estado melancólico confuso”;
- “estado melancólico com idéias delirantes místicas”;
- “melancolia de involução”;
- e “depressão melancólica”, são algumas das agregações observadas no Quadro 19.

J. Falret³⁵³, distinto de Pinel, observou diferenças entre estados melancólicos, indicando que “alguns são ativos, preparam estratégias de defesa ou de esquivas, mobilizam suas vontades, e agem concretamente para realizar seus planos – são ‘ativos de espírito e de corpo’; outros, ao invés, são deprimidos, e apresentam uma passividade que chega até ao estupor”³⁵⁴. Pessotti não informa se Falret nominou estas duas melancolias, mas reproduz trecho que esclarece uma terceira forma melancólica:

Existe a nosso ver, uma terceira espécie, também muito diferente sob diversos aspectos, à qual reservamos o nome de “melancolia ansiosa”. Esses doentes não têm o grau de inação intelectual e psíquica dos melancólicos depressivos, mas eles também não têm as predominâncias de idéias bem marcadas e sistematizadas, da segunda categoria. Estão em situação penosa de tristeza vaga e sem motivos [...] uma ansiedade geral, mais forte que sua vontade, da qual têm plena consciência e da qual não conseguem libertar-se [...] um profundo desgosto pela vida [...] raramente acompanhado por idéias precisas de ruína, culpa ou condenação (colchetes e aspas do autor)³⁵⁵.

A melancolia sofreria uma modificação na terminologia. Segundo Roxo, “estados depressivos – esta designação é dada, na psicose maníaco-depressiva, aos casos que outrora eram chamados de melancolia”³⁵⁶. Neste caso, o diagnóstico apontado acima, depressão melancólica, a terminologia indicou uma redundância.

O autor também informa que os estados melancólicos podem ser os seguintes: “melancolia simples, melancolia com estupor, melancolia gravis, melancolia paranóide, melancolia fantástica e melancolia delirante”, que, segundo Roxo, poderiam, todas estas formas, serem agrupadas em duas

³⁵³ “Jean-Pierre Falret foi uma figura decisiva na construção da nosologia clássica francesa. Nascido Marcilhac-sur-Célé, no sudoeste da França, Falret realiza seus estudos de medicina em Montpellier para, em seguida, realizar sua carreira de alienista, em Paris, como assistente de Esquirol, trabalhando [em] Salpêtrière”. PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A “loucura circular” de Falret e as origens do conceito de “psicose maníaco-depressiva”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Clássicos da Psicopatologia. V. 5, n. 4, s/d, p. 127. Disponível em http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume05/n4/a_loucura_circular.pdf. Acesso em 23 de março de 2013.

³⁵⁴ PESSOTTI, Isaias. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34, 1999, p. 80.

³⁵⁵ FALRET, Jean-Pierre. *Princípios a seguir na classificação das doenças mentais*. Discurso apresentado à Societé Medico-psychologique de Paris, 1860, p. 20. Apud: PESSOTTI, Isaias, 1999, op. cit., p. 80.

³⁵⁶ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 376,

únicas modalidades, “simples e delirante”³⁵⁷. Nenhum destes formatos, no entanto, foi observado na composição dos diagnósticos que informam melancolia em um paciente do HSP.

Anna B., descendente de italianos, 35 anos e solteira, foi internada, em 1923, com diagnóstico de “estado melancólico...ansioso”. Na observação psiquiátrica de novembro de 1931 foi anotado:

Apresentação tranquila, surdo-mudez. Atenção conservada. Segundo informação, a paciente trabalha com bastante aproveitamento no Hospital. Tem manifestado desejos de alta, fazendo-se entender por meio de gestos e um que outro monossílabo, resto talvez de uma linguagem rudimentar aprendida antes da cerebropatia que deu origem a surdo-mudez³⁵⁸.

Nota-se que o diagnóstico de “estado melancólico... ansioso” não pode ter sido capturado em entrevistas pelo alienista. É possível inferir que a indicação de Pinel sobre melancolia (descrita algumas páginas atrás), onde “as impressões dos órgãos visuais ou auditivos parecem não ser recebidas pelo cérebro”, fosse confundida com paciente deficiente auditivo. Afinal, Anna B. não recebia (identificava) nenhum som, mas nem por isso poderia ser considerada melancólica.

Em 18 de março de 1932, também na Observação Psiquiátrica:

Segunda a irmã-enfermeira, a paciente deu entrada no Hospital ansiosa, tendo-se seguido um curto período de calma. Manifestou-se depois forte crise de excitação maníaca. Depois de alguns períodos de melancolia, a paciente tem-se mostrado tranquila, trabalhando com proveito, a atenção conservada, obedecendo a todas as ordens (...). Está atualmente em condições de alta³⁵⁹.

Alguns aspectos deste prontuário surpreendem. Anna B. foi internada em 1923, e como todos prontuários deste período não constam informações terapêuticas, que só passariam a ser presença constante a partir de 1925. As duas anotações feitas na Observação Psiquiátrica, portanto, foram feitas quando a paciente já se encontrava no hospício havia 8 anos (1931). Todavia, o alienista informa no prontuário, em 1932, que “a paciente deu entrada no Hospital ansiosa, tendo-se seguido um curto período de calma”. Passados 9 anos (1932), enfim a paciente tem comportamento que justifica sua alta: “a paciente tem-se mostrado tranquila, trabalhando com proveito, a atenção conservada, obedecendo a todas as ordens”. Em agosto de 1932, recebe alta, e quem a retira é um cunhado. Mas ela, ao que parece, não retornou a Caxias, pois, em 1930, em resposta a fonograma enviado ao Intendente perguntando se os pais da enferma ali residiam, o intendente responde “que não residem [n]este município”.

³⁵⁷ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 377 a 381.

³⁵⁸ PHSP de Anna B., 35 anos, solteira, internada em 1923.

³⁵⁹ PHSP de Anna B., 35 anos, solteira, internada em 1923.

Ainda sobre a melancolia, Pinel informa:

Um outro excesso que se deve combater, ou, dizendo melhor, um atributo singular da alienação mental, é a atenção dos melancólicos, voltada dia e noite e de modo exclusivo para um objeto particular; não se consegue desviar a atenção pois está sempre em concomitância com alguma paixão ardente, como cólera, ódio, ou orgulho ferido, ou com um desejo de vingança, ou com uma dor profunda, ou com o desgosto pela vida, ou ainda com uma tendência irresistível ao suicídio...³⁶⁰

A noção de que a melancolia, seria possível causadora de suicídio, era compartilhada pelo diretor do HSP, Dr. Tristão de Oliveira Torres:

(...) necessidade de dar-lhe [a este estabelecimento] luz à noite. Se bem me recordo, já em relatórios anteriores o meu ilustrado e provecto antecessor havia feito sentir essa necessidade. Com efeito, em um edifício das dimensões deste a escuridão da noite dificulta sobremodo o serviço das rondas, que não podem exercer eficazmente a vigilância indispensável, (...). O fraco lampião de que se servem os rondantes não é suficiente para permitir a fiscalização e inspeção no interior das celas, o que é altamente inconveniente, como atestam alguns casos de suicídio, que teriam talvez sido evitados, se o edifício fosse fartamente iluminado. Além disso a observação tem demonstrado que em alguns doentes (melancólicos, lypemaniacos ansiosos) o delírio agrava-se à noite, em consequência da privação da luz, e são precisamente estes os que concorrem com maior contingente para o suicídio³⁶¹.

Há que se ressaltar que, na relação de prontuários com que se trabalha para esta tese, 1.158, em apenas um único foi encontrado o motivo de óbito sendo o suicídio.

A imensa dor que um suicídio provoca em uma família inteira pode ser constatada em Constantino, quando ela relata que “o luto por Lélia começou a aliviar mais de cinquenta anos depois, quando sua mãe morreu; terminou quando Cora e Maria morreram, (...). Até o penúltimo dia de sua vida, Noca lembrou a filha e desejou saber porquê”³⁶².

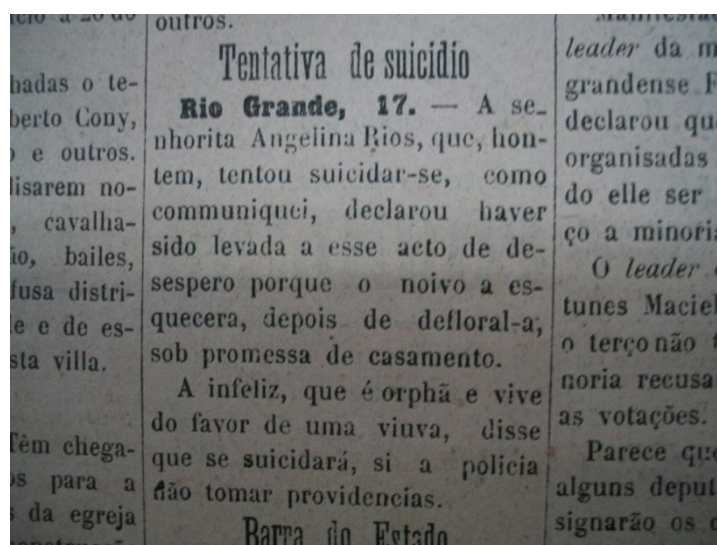
A relação suicídio e internamentos não era bem explicada, à época. Diversas notícias informando sobre suicidas deixam claro que a ética era distinta da observada nos dias atuais, já que trazem consigo os nomes dos suicidas, ou pretensos suicidas. Nenhum destes nomes (e outros tantos anotados referentes ao ano de 1911) foi encontrado entre os relacionados nos prontuários:

³⁶⁰ PINEL, Phillipe, Apud: PESSOTTI, Isaias, 1995, op. cit., p. 152.

³⁶¹ RSIE.3-012, do ano de 1903, p. 280 e 281.

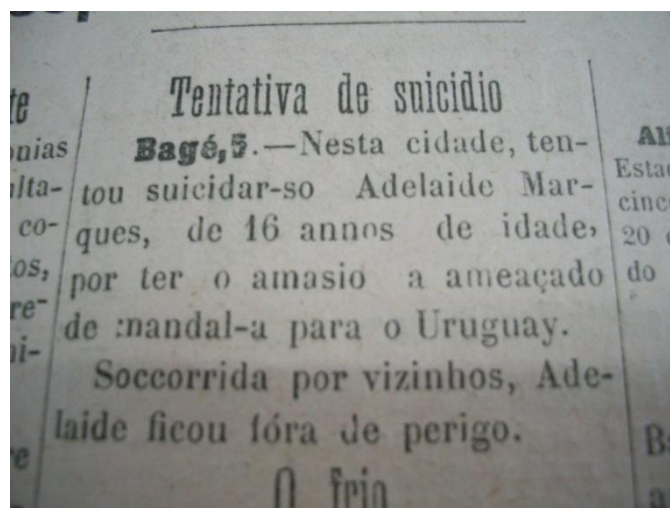
³⁶² CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *Caixas no Porão: vozes, imagens, histórias*. Porto Alegre, Biblos, 2004, p. 50.

Figura 19 - Em 18/05/1911, página 6 do jornal *Correio do Povo*³⁶³



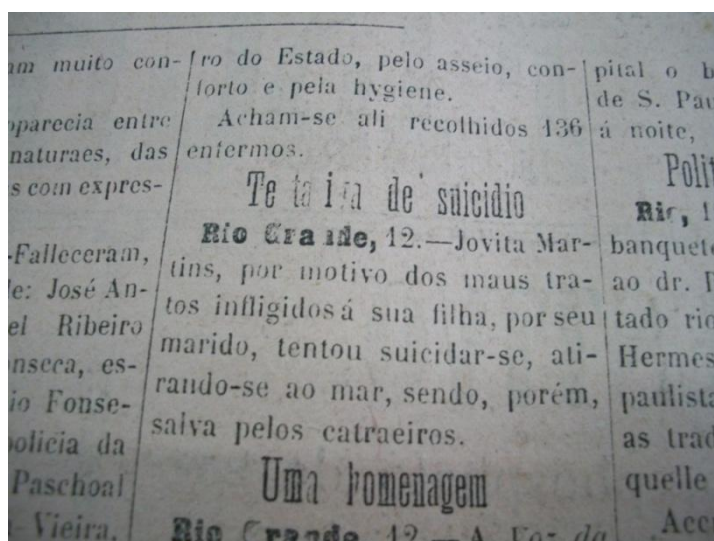
“Rio Grande, 17 – A senhorita Angelina Rios, que, ontem, tentou suicidar-se, como comuniquei, declarou haver sido levada a esse ato de desespero porque o noivo a esquecera, depois de deflorá-la, sob promessa de casamento. A infeliz, que é órfã e vive do favor de uma viúva, disse que se suicidará, si a policia não tomar providências”.

Figura 20 - Em 06/06/1911, página 8 do jornal *Correio do Povo*

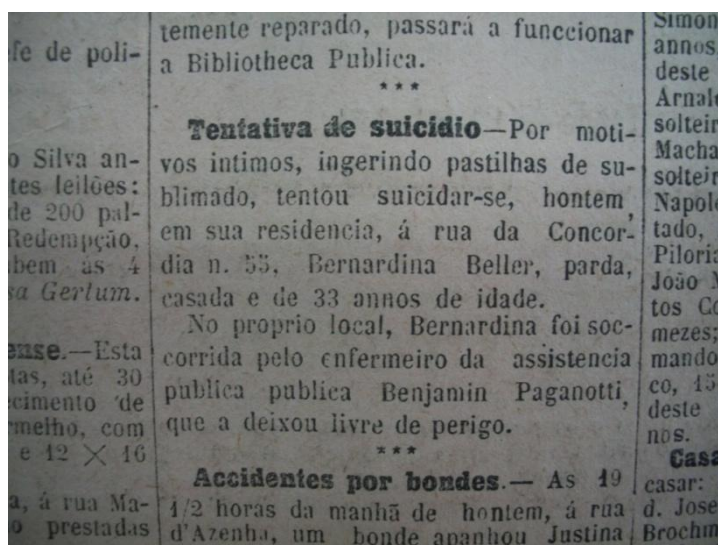


“Bagé, 5 – Nesta cidade, tentou suicidar-se Adelaide Marques, de 16 anos de idade, por ter o amasio a ameaçado de mandá-la para o Uruguai. Socorrida por vizinhos, Adelaide ficou fora de perigo”.

³⁶³ A digitação, abaixo de cada noticia digitalizada, tem intuito apenas de auxiliar na leitura em caso de impressão sem nitidez.

Figura 21 - Em 13/06/1911, página 6 do jornal *Correio do Povo*

“Rio Grande, 12 – Jovita Martins, por motivos de maus tratos infligidos à sua filha, por seu marido, tentou suicidar-se, atirando-se ao mar, sendo, porém, salva pelos catraeiros”.

Figura 22 - Em 21/06/1911, página 4 do jornal *Correio do Povo*

“Tentativa de suicídio – Por motivos íntimos, ingerindo pastilhas de sublimado, tentou suicidar-se, ontem em sua residência, à rua da Concórdia n. 53, Bernardina Beller, parda, casada e de 33 anos de idade. No próprio local, Bernardina foi socorrida pelo enfermeiro da assistência pública Benjamin Paganotti, que a deixou livre de perigo”.

Poucas décadas depois da publicação do *Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental*, Jean-Étienne Esquirol³⁶⁴, discípulo de Pinel

³⁶⁴ “Jean-Etienne Esquirol (1772-1840), foi criador do termo alucinação diferente de ilusão (esta última seria uma falsa impressão baseada em interpretações errôneas da realidade). Saiu em defesa dos criminosos que eram mentalmente doentes. Esquirol usou o termo lypemanie [loucura pesarosa] para melancolia, embora nunca tenha tido amplo uso.

cunhou na França, os termos “lipomania” (*lypémanie* – transtornos de humor) e “monomania triste” (*mono-manie* – transtornos de juízo), para renomear, dividir e se opor à tão velha e já desgastada melancolia. É o início de uma substituição progressiva, que irá se concretizar no século XX, do termo “melancolia” pelo novo e científico termo “depressão”: uma doença cerebral caracterizada por tristeza, abatimento e desgosto de viver, (...)” (aspas e grifos em itálico do autor)³⁶⁵.

Quadro 20 – Pacientes internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de *lypemia*

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
861	Comba	43	solteira	2	1923	1934	falecimento	degeneração hereditária..com lypemia	Cachoeira	serviço doméstico
49	Maria	40	casada	4	1902	1902	assistência	lypemia	Aldeia dos Anjos	serviço doméstico
74	Carmen	15	solteira	3	1906	1906	assistência	epilepsia lypemia	Porto Alegre	não consta
64	Catharina	50	casada	4	1902	1902	assistência	lypemia	Mariana Pimental	não consta
730	Roberto descendente	36	solteiro	3	1902	1904	[saiu]	lypemia	São Gabriel	padeiro (ou pedreiro)
430	Giacomo P. italiano	64	casado	4	1916 (jan)	1916 (set)	falecimento	lypemia ansiosa pré senil	Garibaldi	não consta
175	Affonso	30	casado	4	1907(jan)	1907(fev)	falecimento	lypemia	D. Pedrito	agricultor
96	Porfírio italiano	35	solteiro	4	1906	1935	falecimento	lypemia ansiosa	Porto Alegre	pedreiro
17	Paulo italiano	27	solteiro	4	1903	1903	assistência	lypemia	Alfredo Chaves	não consta
7	Belizário	39	casado	pobre	1902	1916	falecimento	lypemia ansiosa	Santa Maria	traçador
127	Pedro	24	solteiro	4	1904	1928	curado [cura]	lypemia	São Leopoldo	lavrador
34	Francisco F. italiano	46	viúvo	4	1900	1903	assistência	lypemia simples	Pelotas	jornaleiro
33	Mario italiano	50	casado	4	1901	1902	assistência	lypemia ansiosa	São Sepé	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Curioso observar que dos treze internos no HSP com diagnóstico de lypemia, 6, ou seja, a metade é de pacientes com ascendência italiana (sendo 5 italianos e um descendente). Dos treze internos, 9 são homens e 3 são mulheres (nenhuma com ascendência italiana).

Além de lypemia, outra terminologia será agregada à nosografia da loucura para fazer referência à melancolia. O termo, cunhado por Emil Kraepelin³⁶⁶, “maníaco depressivo”, ganharia mais tarde a denominação de “psicose maníaco-depressiva” (hoje conhecida por transtorno

Dividia ele a fraqueza intelectual em congênita e adquirida, sendo que a última poderia tomar a forma ao que alguns anos depois foi denominado por Morel por demência precoce: perda das forças intelectuais que começaria na adolescência, e que mais tarde ficaria conhecida por esquizofrenia.” STONE, Michael H., op. cit., p. 92-93.

³⁶⁵ TEIXEIRA, Marco, op. cit., p. 47.

³⁶⁶ “Emil Kraepelin (1855-1926), descreveu variantes de psicose maníaco-depressiva, e enumerou os traços peculiares aos temperamentos associados com depressão maníaca: temperamentos depressivo, irritável e maníaco, mais ciclotímico, uma combinação de depressivo e maníaco. As edições atuais do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana tem sido frequentemente chamada de neokraepeliana, devido à influência de Kraepelin.” STONE, Michael H., op. cit., p. 85-86.

bipolar)³⁶⁷. A depressão vista hoje como um mal da contemporaneidade é uma expressão que remete a uma forma de sofrimento psíquico que já existia há muito tempo sob a denominação de *melancolia*.

Foram encontrados 102 diagnósticos que continham os termos ou “maníaco depressivo” (ou “maníaco depressiva”), ou “estado depressivo” ou “depressão”³⁶⁸, sendo 64 diagnósticos pertencentes às mulheres e 38 diagnósticos pertencentes aos homens. Abaixo algumas das combinações:

- "estado de confusão mental episódica, digo, **estado depressivo**, episódico com ideias de desconfiança e perseguição”;
- “estado maníaco fase da loucura **maníaco depressiva** de Kraepelin”;
- “acesso maníaco... **maníaco depressivo** associado ao alcoolismo sub agudo”;
- “**depressão** melancólica com ideias delirantes místicas (...)”;
- “**depressão** mental”;
- “psicose **maníaco depressiva**”³⁶⁹.

Quadro 21 – Italianos (as) e descendentes com diagnósticos de: *maníaco depressiva*, *depressão* e *estado depressivo* internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
765	Rosina descendente	18	casada	4	1922	1922	assistência	psicose maníaco depressiva	Vacaria	doméstica
198	Rosa italiana	32	casada	4	1911	1919	falecimento	degeneração hereditária, melancolia crônica, psicose maníaco depressiva		não consta
641	Thereza B. descendente	43	casada	4	1920(fev)	1920(mar)	assistência	depressão melancólica	Porto Alegre	serviço rural
294	Sylvia italiana	60	casada	4	1913	1921	falecimento	psicose maníaco depressiva	Porto Alegre* (Lagoa Vermelha)	não consta
467	Thereza Bo. descendente	14	solteira	4	1917	1918	assistência	psicose maníaco depressiva (loucura circular ou d. p.)	Taquara	não consta
980	Sunta italiana	30	casada	4	1917	1919	assistência	psicose maníaco-depressiva	Guaporé	não consta
132	Pierina descendente	28	casada	4	1909	1911	assistência	depressão melancólica com idéias delirantes místicas (...)	Garibaldi	serviço doméstico
1175	Octacilia descendente	18	solteira	4	1921	1922	assistência	psicose maníaco depressiva		doméstica
769	Maria A. descendente	27	solteira	4	1924	1927	assistência	degeneração hereditária estado maníaco (loucura)	Alfredo Chaves	serviço doméstico

³⁶⁷ TEIXEIRA, Marco, op. cit., p. 48 e 52.

³⁶⁸ Busca no Access feita pelos termos: “*maníaco depres*” ou “*maníaca depres*” ou “*depres*”.

³⁶⁹ Também conhecida por loucura circular de Falret, na qual episódios de depressão se repetem intercalados com episódios de excitação maníaca. COLOMBATI, Spartaco, op. cit., p. 147.

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
								maníaco depressiva)		
830	Clelia descendente	21	solteira	4	1922	1927	assistência	psicose maníaco depressiva	Guaporé	serviço doméstico
863	Dorvalina descendente	24	casada	4	1923	1923	assistência	psicose maníaco depressiva	Porto Alegre	serviço doméstico
886	Atalice descendente	22	casada	4	1923	1924	assistência	psicose maníaco depressiva		doméstica
1033	Adolfo descendente	37	casado	4	1925	1932	curado [cura]	degeneração mental estado depressivo com idéias delirantes místicas	Passo Fundo	não consta
210	Carmino italiano	não consta	solteiro	4	1911	1911	p/casa de correção	psicose maníaco depressiva	"Casa de Correção"	s/entendimento
1037	Tobias italiano	32	solteiro	1	1925	1925	assistência	psicose maníaco depressiva degeneração mental	Cruz Alta	comércio
178	Carlos C. italiano	25	solteiro	4	1908	1911	assistência	depressão melancólica	Caxias	agricultor

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Dos 102³⁷⁰ internos que apresentaram o diagnóstico de “maníaco depressivo” (ou “maníaco depressiva”), ou “estado depressivo” ou “depressão”, 16 têm ascendência italiana, como mostra o Quadro 21. Os nomes marcados em negrito e sombreados, Rosa, Thereza B., Pierina e Carlos C., constam também no Quadro 19.

Rememorando quanto aos internos de ascendência italiana:

- no Quadro 19, há 11 mulheres e 9 homens com diagnóstico ligado à *melancolia*;
- no Quadro 20, é possível visualizar 6 homens com diagnóstico de *lypemia*;
- e por fim, no Quadro 21, constam 9 mulheres (foram desprezadas 3 que constam no Quadro 19, Rosa, Thereza e Pierina) e 3 homens (foi desprezado 1 que consta no Quadro 19, Carlos) com diagnóstico de “maníaco depressivo” ou “estado depressivo”.

Tabela 26 – Homens e mulheres com ascendência italiana internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por *melancolia*, *lypemia*, *psicose maníaco depressiva* e *estado depressivo*

Diagnósticos semelhantes por sexo		
Diagnósticos	Mulheres	Homens
Melancolia	11	9
Lypemia	-	6
Maníaco depressiva ou estado depressivo	9	3 ³⁷¹
Total	20	18

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

³⁷⁰ É importante frisar que se o diagnóstico apurado na tabela for apenas de *psicose maníaco depressiva*, o número de internos total é de 51, inclusos os de ascendência italiana.

³⁷¹ Na Tabela 26, foram retirados os nomes repetidos no Quadro 19.

Observa-se que o total de melancólicos e melancólicas (somadas com as outras terminologias) é bastante próximo, o que refuta serem os estados depressivos e/ou melancólicos, enfermidades típicas do sexo feminino.

Segundo Pinel, a melancolia poderia se tornar mania:

A melancolia, em geral, permanece estacionária por diversos anos sem que o delírio exclusivo que é sua manifestação mude o caráter... Algum alienado, de caráter instável, passa a um estágio patente de mania... outros sofrem algo como uma subversão interna e seu delírio muda de objeto e toma outra forma...³⁷².

3.6 Mania, sífilis e epilepsia

Para falar do diagnóstico de mania, necessariamente deve-se retornar à psicose maníaca depressiva e à melancolia. Para Roxo, a psicose maníaco depressiva abrangeria os casos que outrora se denominavam mania e melancolia, dois conceitos antagônicos, uma vez que mania estaria diretamente ligada a um delírio violento, e a melancolia seria essencialmente atrelada ao medo e à tristeza³⁷³. Baseando-se em Kraepelin, Henrique Roxo aponta três grandes classes para a psicose maníaco depressiva: estados maníacos, estados depressivos e estados mistos. Sabendo-se que os estados depressivos são sinônimos dos estados melancólicos e os estados mistos são o agregar de comportamento maníaco e depressivo, cabe agora descrever alguns sintomas do diagnóstico sob a nomenclatura *mania*.

São três os sintomas principais de um maníaco: humor alegre, associação rápida de ideias e movimentação exagerada. É comum que o maníaco não pare quieto, se locomova de um lado pra outro, pulando, dançando e/ou correndo. Como não possui concentração, questionado, prontamente responde, mas, do mesmo modo, imediatamente muda de assunto. Com grande desvio de atenção, fala muito depressa e gesticula muito. Resistente ao cansaço, frequentemente é acometido por insônia. Saliva muito, e, por conta disto, acaba cuspidando em seus interlocutores. Acresce que a excitação exagerada leva o maníaco facilmente ao abuso do álcool. Por fim, há casos com presença de alucinações, que levariam a uma síndrome confusional e manifestação de ideias de perseguição ou estados maníacos delirantes³⁷⁴, além da hipomania:

[na hypomania] há apenas uma ligeira excitação cerebral, com predicados essenciais da mania, isto é, humor alegre, associação rápida de ideias e movimentação exagerada. O doente não

³⁷² PINEL, Phillipe, Apud: PESSOTTI, Isaias, 1995, op. cit., p. 169.

³⁷³ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 365.

³⁷⁴ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 368, 370 a 376.

chega a ter necessidade de ir para um asilo e no meio social apenas se sente uma certa logorrea, volubilidade e precipitação³⁷⁵.

Foi encontrado apenas um hipomaníaco internado no HSP, o descendente de italianos, Eduardo, que não tem indicação de idade, solteiro, trabalhava em Porto Alegre como sapateiro, e esteve na instituição de 1924 a 1938, quando saiu por alta provisória³⁷⁶.

Foram encontrados 53 pacientes com diagnóstico em que constava a palavra mania³⁷⁷. Do exposto acima quanto aos sintomas, foi possível observar 5 diagnósticos (mania de perseguição, mania delirante, mania confusa, mania associada ao álcool e hipomania, grifadas abaixo em negrito) presentes nos prontuários em tratando-se do termo mania. No restante, todos os outros diagnósticos capturados dos prontuários do HSP não apresentaram elo com os sintomas observado na exposição de Roxo, exceto pela presença da palavra mania. Eis as expressões apreendidas dos documentos médicos:

- “**mania de perseguição** de fundo ciumento”;
- “**mania de perseguição** de fundo alcoólico”;
- “**mania delirante**”;
- “**mania confusa**”;
- “psicose tóxica por etilismo dipsomania”³⁷⁸;
- “**hipomania**”³⁷⁹;
- “mania depressiva”;
- “mania sub aguda”;
- “mania histérica”;

³⁷⁵ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 373.

³⁷⁶ PHSP de Eduardo, não consta a idade, solteiro internado em 1924.

³⁷⁷ Busca no Access pelo termo “*mania*”, desprezados: 13 *lypemia*, 1 *erotomania*,. Também caíram na busca 2 diagnósticos de *psicose maníaco depressivo* (em que constava a palavra mania isolada) e 1 diagnóstico *loucura maníaco depressiva*, igualmente desprezados. De um total de 70 enfermos, subtraídos estes diagnósticos (17) ficaram 53.

³⁷⁸ Dipsomania é um impulso periódico à ingestão de grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Alguns raríssimos casos de dipsomania são dirigidos ao consumo impulsivo de qualquer outra substância, inclusive gasolina, querosene, etc. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerDicionario&idZDicionario=239>.

³⁷⁹ Os critérios para diagnóstico da hipomania são os mesmos sintomas adicionais necessários para caracterizar o episódio maníaco, exceto pela ausência de delírios ou alucinações na hipomania. O humor durante um episódio de hipomania deve estar nitidamente diferente (mais eufórico) do humor não-deprimido habitual do indivíduo, e deve haver uma nítida alteração no funcionamento sócio-ocupacional e familiar habitual do indivíduo. Uma vez que as alterações no humor e funcionamento devem ser observáveis por outros, a avaliação deste critério frequentemente exigirá a entrevista de outros informantes (por ex., membros da família).

Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerDicionario&idZDicionario=374>.

- “mania aguda”;
- “acessos de mania”;
- “mania crônica”;
- “mania renitente”;
- “mania religiosa”.

Quadro 22 – Pacientes com ascendência italiana internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) que apresentaram diagnóstico onde há a expressão *mania*

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
275	Ubalдина descendente	33	solteira	4	1913	1913	assistência	acesso de <u>mania histérica</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
1172	Maria italiana	55	casada	pobre	1900	1905	falecimento	<u>mania crônica</u> (difícil leitura)		não consta
85	Josephina italiana	44	casada	4	1905	1912	falecimento	<u>mania aguda</u>	Santa Maria	não consta
91	Olivia italiana	25	casada	4	1905	1906	curada [cura]	<u>mania aguda</u>	Alfredo Chaves	não consta
242	Margarida F. italiana	41	casada	3	1906	1907	não consta	<u>mania renitente</u> erotismo	São João Montenegro	não consta
98	Matheo italiano	não consta	casado	3	1904	1905	assistência	<u>mania aguda</u>	Bento Gonçalves	agricultor
425	Guelfo italiano	25	solteiro	3	1907	1907	assistência	<u>mania aguda</u>	Porto Alegre	negociante ambulante
1092	Augusto F. C. italiano	30	solteiro	4	1901	1902	curado [cura]	<u>mania sub-aguda</u>	Bento Gonçalves	agricultor
735	Constantino descendente	não consta	não consta	4	1921	1922	falecimento	degeneração mental alcoolismo crônico com estado <u>mania confusa</u>	Rio Grande	não consta
1171	Marcolino italiano	30	casado	pobre	1901(set)	1901(out)	assistência	<u>mania religiosa</u> idéias de perseguição	Garibaldi	agricultor
1007	Eduardo descendente	não consta	solteiro	4	1924	1938	provisória	degeneração hereditária imbecilidade com surtos agudos de <u>hipomania</u>	Porto Alegre	sapateiro
267	Luiz M. italiano	27	casado	4	1912	1913	assistência	acesso de <u>mania delirante</u>	Alfredo Chaves	agricultor

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Augusto F. C. foi o nome encontrado na capa do prontuário, porém ao ser o documento manuseado observou-se que o nome verdadeiro do interno era Agostinho P., italiano, solteiro, e, quando internado pela primeira vez, tinha 30 anos. Não consta o porquê da mudança do nome. Na primeira internação, em 1901, é informado ser procedente de Bento Gonçalves e agricultor, já na quarta internação é comunicado ser oriundo de Porto Alegre e profissão de jornalista. Segundo a documentação, é possível dizer que esteve por diversas vezes na Santa Casa, e, ao que parece, acabou ficando em Porto Alegre. Foi internado nos seguintes anos no HSP: de 1901 a 1902; de 1913 a 1914; de 1917 a 1918; de 1920 a setembro de 1922; de dezembro de 1922 a janeiro de 1925, e, por

fim, de julho de 1925 a 1932, quando viria então a falecer. Todas as outras internações culminaram em sua alta por cura.

O comportamento de Augusto (ou Agostinho) não era dos melhores quando estava no espaço público, como pode ser constatado em duas correspondências oriundas da Chefatura de Polícia: em 1917, informa que “(...) tem-lhe voltado os acessos de loucura agressiva, tentando praticar atentados à integridade física dos transeuntes além de desatinos e danos causados em bares e Cafés, pelo que tem vindo preso (...), e, em 1925, (...) o paciente costuma atacar senhoras, na via pública, tornando-se desta forma um indivíduo perigoso”³⁸⁰.

Internado com diagnóstico de *mania sub aguda*, o comportamento de Augusto tem alguns aspectos semelhantes aos descritos para “hypermania”:

Em geral, o início é assinalado por dor de cabeça, insônia, mal estar, incapacidade para o trabalho, muitas vezes mesmo uma certa tristeza ou depressão. Depois vem um estado de grande agitação, sendo quase impossível à família conservar o doente em casa. Grita ele muito, salta, quebra os móveis, rasga-se pronunciando rapidamente palavras que não tem um certo nexos. (...). Em geral, se apresentam muito alegres, mas de quando em vez se entremeia um período de cólera³⁸¹.

Esta mesma violência citada acima pode ser observada no comportamento de Luiz M., 27 ano, internado por três vezes: de 1912 a 1913, quando sai melhorado; de julho a novembro de 1914, sairia por fuga, e uma última internação feita em 1952, saindo em 1953, melhorado. Na primeira internação, seu diagnóstico foi de “acesso de mania delirante”, e dados extraídos da última internação possibilitam perceber comportamento agressivo, pois é informado que ele “agrediu a mulher com um facão”, além de expulsá-la de casa, e “a encheu de negras, distribuiu entre elas o que tinha a quatro anos”³⁸².

Uma forma distinta de mania encontrada entre os diagnósticos, *excitação maníaca*, foi assim descrita por Pessotti citando Falret:

Mostram uma superatividade de todas as faculdades, sem uma verdadeira incoerência (portanto, sem delírio, a rigor de termos), às vezes demonstrando uma inteligência e uma criatividade que não mostram em seu estado normal. Não apresentam um verdadeiro distúrbio da razão, das idéias³⁸³.

³⁸⁰ PHSP de Augusto F. C., 30 anos, solteiro, primeira internação em 1901.

³⁸¹ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 375.

³⁸² PHSP de Luiz, 27 anos, casado, primeira internação em 1912.

³⁸³ PESSOTTI, Isaias. 1999, op. cit., p. 76.

Segundo Falret, a “exaltação maníaca”³⁸⁴ ocorre intermitente, e nos período em que ela não se manifesta sobrevém então uma depressão melancólica, configurando esse quadro uma “loucura circular ou loucura de dupla forma”³⁸⁵. Para ele, seriam “falsos” maníacos, seriam apenas alienados parciais³⁸⁶. É possível observar bastante semelhança com a “psicose maníaco depressiva”: estados mistos que se alternam, ora mania, ora melancolia.

Dos 43 internos devido à “excitação maníaca”, 10 são de etnia italiana:

Quadro 23 – Italianos (as) e descendentes internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de *excitação maníaca*³⁸⁷

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
1168	Rosina italiana	25	casada	-	1902	1908	assistência	excitação maníaca		serviço doméstico
1182	Rosina B. descendente	19	solteira	4	1899	1928	falecimento	excitação maníaca	Caxias	não consta
295	Rosa italiana	36	casada	4	1903	1906	não consta	excitação maníaca	Lajeado	colona ("colonista")
291	Anna C. italiana	40	casada	4	1911	1913	assistência	excitação maníaca, degeneração hereditária	Antônio Prado	não consta
200	Maria Be. italiana	40	viúva	4	1911	1911	curada [cura]	excitação maníaca	Caxias	doméstica
41	Luiza G. italiana	28	casada	4	1902	1903	assistência	excitação maníaca	Rio Grande	não consta
1150	Francisco Co. descendente	não consta	não consta	4	1925	1926	falecimento	demência senil com excitação maníaca	Porto Alegre	não consta
869	Francisco B. descendente	27	casado	4	1923	1924	assistência	excitação maníaca	Lajeado	agricultor
620	Giacomo Z. descendente	26	solteiro	4	1920	1935	assistência	excitação maníaca pelo álcool [alcoolismo]	Erechim	agricultor
18	João Pe. italiano	44	casado	4	1902	1903	assistência	excitação maníaca	Bento Gonçalves	carpinteiro

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

A possibilidade de comparação da “excitação maníaca” à “psicose maníaco depressiva”, foi observada no prontuário de Rosina, 19 anos e solteira. Internada em 1899, veio ela acompanhada, de Caxias, com atestado manuscrito contendo a seguinte informação: “Atesto que Rosina, idade de 19 anos, filha de Angelo, acha-se sofrendo de mania crônica de forma intermitente. E por ser verdade

³⁸⁴ Segundo Pessotti, os dois termos seriam empregados como sinônimos: *exaltação maníaca* e *excitação maníaca*. PESSOTTI, Isaias, 1999, op. cit., p. 76.

³⁸⁵ PESSOTTI, Isaias, 1999, op. cit., p. 76. Segundo Pereira, para Falret, a “loucura circular” caracterizava-se pela “evolução sucessiva e regular do estado maníaco, do estado melancólico e de um intervalo lúcido mais ou menos prolongado”. PEREIRA, Mário Eduardo Costa, op. cit., s/d, p. 127.

³⁸⁶ PESSOTTI, Isaias, 1999, op. cit., p. 76.

³⁸⁷ Consta nesta tabela uma das alienadas em que a reclusão ocorreu em 1899, conforme informado no capítulo 2.

passo-me a assinar, Caxias 21 de novembro de 1899, o médico³⁸⁸. Uma vez que os ataques de mania eram intermitentes, pode-se inferir que nos momentos sem mania poderia ocorrer a depressão, situação típica da “psicose maníaco depressiva”. Rosina viria a falecer no HSP em 1928.

Há internamentos oriundos de doenças sexualmente transmissíveis, caso específico da sífilis.

A sífilis, cujo nome em latim é “lues”, significa doença contagiosa. Diferente da gonorreia, igualmente doença transmissível, a sífilis é uma doença infecciosa crônica, e a infecção se efetua através de relações sexuais, beijo, aperto de mão, contato com objeto infeccionado, exame médico ginecológico, cigarro (de boca em boca), uso de talheres logo após uso de quem está contaminado³⁸⁹.

Ocorrida a infecção, após cerca de três semanas nasce uma abscesso ou ulceração, de base dura, indolor, vermelho claro ou mesclado, de um a dois centímetros de diâmetro, que vem a ser chamado de “cancro duro”, distinguindo-o de qualquer outra ferida. Passado um lapso de tempo surgem erupções cutâneas (semelhantes ao sarampo), que deixam cicatrizes. Os órgãos internos são então afetados³⁹⁰.

No *Manual de Psiquiatria* de Roxo, o capítulo referente à “sífilis cerebral” informa que se trata de um dos assuntos mais complexos da Psiquiatria. A possibilidade que possa vir a ser confundida com outra doença é relativamente grande:

O diagnóstico diferencial com a *psicose maníaco-depressiva* é, às vezes, difícil. (...). No diagnóstico diferencial com a *confusão mental*, (...) há casos que no seu feitiço clínico muito se assemelham. (...). O diagnóstico diferencial com a *demência precoce* pode ser difícil. (...). O diagnóstico diferencial com a *paralisia geral* é, às vezes, bem delicado³⁹¹ (grifos do autor).

³⁸⁸ PHSP de Rosina B., 19 anos, solteira, internada em 1899.

³⁸⁹ VAN DEN BERG, Jan Hendrik. *Pequena Psiquiatria*: para estudantes e para os que colaboram com o psiquiatra. 3 ed. São Paulo: Mestre Jou, 1978, 156 e 157. Primeira edição em holandês em 1966 e primeira edição em português em 1970. Segundo sítio eletrônico “A transmissão ocorre, na imensa maioria dos casos, pela via sexual e se dá pela penetração da bactéria através de microscópicas feridas ou abrasões na mucosa da vagina ou do pênis (...). Nas fases mais avançadas da doença, a sífilis pode ser transmitida por beijos e até pelo toque, se houver lesões na pele ou na boca”. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2009/01/dst-sifilis.html>, acesso em 20 de fevereiro de 2013.

³⁹⁰ VAN DEN BERG, Jan Hendrik, op. cit., p. 157. Para entender como a sífilis se desenvolve para o estágio de doença mental, foram tiradas de um sítio eletrônico, as seguintes informações: “Os primeiros sintomas da doença são pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (ínguas), que surgem entre a 7 e 20 dias após o sexo desprotegido com alguém infectado. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz. Mas a pessoa continua doente, e a doença se desenvolve. Ao alcançar um certo estágio, podem surgir manchas em várias partes do corpo (inclusive mãos e pés) e queda dos cabelos. Após algum tempo, que varia de pessoa para pessoa, as manchas também desaparecem, dando a ideia de melhora. A doença pode ficar estacionada por meses ou anos, até o momento em que surgem complicações graves como cegueira, paralisia, doença cerebral e problemas cardíacos, podendo, inclusive, levar à morte. A sífilis congênita (transmissão de mãe para filho) pode se manifestar logo após o nascimento, durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança. Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida. Ao nascer, a criança pode ter pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental. Em alguns casos, a sífilis pode ser fatal” (grifos meus). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>.

³⁹¹ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 436 e 437.

Mas o autor, em outra obra, salienta que “há casos de arterio-esclerose cerebral, de psicose de involução, de psicose maníaco-depressiva, de neurastenia, em que o indivíduo já era um sífilítico”³⁹². Porém não se trataria de “sífilis cerebral”, segundo Roxo.

Dentre os sintomas podem ser apontados: instabilidade nervosa, dificuldade de elaboração de pensamento, insônia, perturbações da memória, dores de cabeça (ou sensação de pressão no interior do crânio), vertigens. Estes sintomas fazem parte da forma neurastênica da sífilis, uma das subdivisões feita por Kraepelin³⁹³.

Quadro 24 – Internos no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à *sífilis*³⁹⁴

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
947	Joaquina	50	solteira	3	1924	1952	falecimento	síndrome paranóide por <u>sífilis</u> cerebral	Pelotas	não consta
373	Elvira italiana	36	casada	4	1915 (13/10)	1915 (18/10)	falecimento	(...) <u>sifilítica</u> (...) coma cerebral, não sendo possível apreciar o menor sinal de alienação mental "(a paciente procedia do Hospital ...)"	Porto Alegre	não consta
468	Ricarda	50	solteira	4	1917 (set)	1917 (dez)	falecimento	<u>sífilis</u> cerebral...	Passo Fundo	não consta
1084	Percília	36	solteira	4	1925	1956	falecimento	demência precoce (esquizofrenia <u>sifilítica</u>)	Rio Grande	costureira
982	Regina	39	solteira	4	1924	1926	falecimento	<u>sífilis</u> cerebral	Porto Alegre	não consta
1064	Alayde	22	solteira	4	1922	1925	assistência	confusão mental ligada a infecção <u>sifilítica</u>	São Gabriel	serviço doméstico
1083	Zilda	27	solteira	4	1925	1929	falecimento	delírio polimorfo de degenerado agravado por <u>sífilis</u>	Porto Alegre	não consta
743	Antonio	25	solteiro	4	1921	1926	assistência	<u>sífilis</u> cerebral tipo esquizofrênico	Rio Grande	tecelão
744	Antenor	19	solteiro	4	1921	1922	assistência	"estado maníaco (por sífilis cerebral?)"	Rio Pardo	agricultor
963	Hiram	34	não consta	2	1924	1928	falecimento	psicose sistematizada alucinatória por <u>sífilis</u> cerebral síndrome...	Porto Alegre	não consta
846	Cypriano	50	casado	4	1922(jan)	1922(jul)	falecimento	<u>sífilis</u> cerebral forma delirante	Alegrete	jornaleiro
16	Antônio	40	casado	4	1901	1902	assistência	excitação maníaca periódica sífilis cerebral	Conceição do Arroio	agricultor
433	Eduardo	48	solteiro	3	1916 (jul)	1916 (ago)	não consta	encefalo mielite <u>sifilítica</u> *	Pelotas	empregado público
427	Adelchi italiano	59	casado	1	1916	1916	assistência	"paralisia geral ou pseudo paralisia geral <u>sifilítica</u> ?"	Porto Alegre	jornalista [não é jornalista]
534	Almiro	32	casado	3	1918 (7/2)	1918 (19/2)	falecimento	<u>sífilis</u> cerebral	Porto Alegre	escriturário
382	Agostinho	32	solteiro	3	1914	1914	curado [cura]	"psicose tóxica por alcoolismo (é <u>sifilítico</u> provado também)"	São Leopoldo	guarde aduaneiro
440	Antônio	52	casado	4	1916	1918	falecimento	acesso maníaco ligado... <u>sifilítica</u>	Colônia Guarani	agricultor
454	Manuel	não consta	não consta	4	1917	1925	Manicômio Judiciário	síndrome paranóide... <u>sífilis</u> cerebral...alucinações auditivas irritabilidade e emotividade...	Lajeado	marítimo

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

³⁹² ROXO, Henrique. Modernas noções de doenças mentaes. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, [19--], p. 97.

³⁹³ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 420.

³⁹⁴ Busca no Access feita pelos termos: “*sifil*” ou “*sífil*”.

Dos 18 internos citados no Quadro 24, dois são italianos: Elvira e Adelchi.

Elvira, internada aos 36 anos, casada, foi diagnosticada como sífilítica, mas não com sífilis cerebral. Internada em 13/10/1915, no dia 16 foi marcado no prontuário temperatura de 37°, dia 17 a temperatura variou entre 38° e 39°, no dia 18 variou entre 38° e 40°, vindo então a óbito. Elvira deve ter chegado à instituição sem ter condição de se comunicar, já que o alienista anotou em seu prontuário “coma cerebral, não sendo possível apreciar o menor sinal de alienação mental”.

A sífilis não escolhia classe social, pois no Quadro 24 observam-se quatro internos da 3ª classe, um paciente da 2ª classe e um outro da 1ª classe, justamente o jornalista italiano Adelchi. O número de óbitos também é bastante elevado, dos 18 internos com a enfermidade, 10 faleceram nas dependências do São Pedro.

Os tratamentos para sífilis cerebral envolviam medicação com rigoroso controle como indicado abaixo:

- 1º - uma série de injeções intra-venosas de 914³⁹⁵, de 5 em 5 dias, nas doses, de 30, 45, 60, 75, 90, 105, 105, 105, 105;
- 2º - uma série de 9 a 12 injeções de óleo cinzento (8 centigr.), sendo uma por semana; 3º - uma nova série de 914, igual a 1ª;
- 4º - uma série de injeções intra-musculares de quinio-bismutho, em número de 18, na dose de 2 a 3 cc³, de 5 em 5 dias;
- 5º - iodureto de potássio, na dose de 5 grs. diárias, durante um mês³⁹⁶.

Levando-se em conta que no período que vai de 1900 a 1925 (marco temporal para esta tese) não havia qualquer indicação terapêutica nos prontuários, é possível pensar que os *acidentes*³⁹⁷ fossem uma constante. Como não confundir a primeira semana com a segunda, ou as doses dadas num dia não seriam repetidas erroneamente? Só se o controle fosse feito na farmácia em anotações à parte, o que contraria a finalidade de um prontuário, no qual deve estar incluso o histórico de um paciente.

A forma sífilítica pode também vir a desencadear a epilepsia, isto é, pessoas que nunca tiveram qualquer manifestação epiléptica, após infecção sífilítica começam a apresentar crises. A

³⁹⁵ Nome de medicamento.

³⁹⁶ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 439.

³⁹⁷“O tratamento pelas fricções de unguento napolitano é um mau tratamento, pois não só é muito pouco aseado, como nunca se sabe bem exatamente a quantidade que é absorvida. Em alguns dias pode entrar uma quantidade mínima, e num dado dia, dar-se uma absorção máxima e haver gengivite intensa e queda dos dentes” ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 441. Acidente aqui tem conotação irônica, afinal ao que parece tentava-se um tratamento, se não desse certo, seria um “acidente”.

questão da idade para este item é fundamental, se o indivíduo começasse a ter crises após os 20 anos (ou entre 20 e 30 anos), a origem do mal seria a sífilis.

Foram encontrados 79 internos com diagnóstico de epilepsia, sendo que a mais nova habitante do HSP, Rosa, de ascendência germânica, com 5 anos, sofria de “psicose epilética”. Era tão jovem que em documento no prontuário consta como “5 anos 6 meses e 22 dias”. Permaneceu de 1915 a 1929, vindo então a falecer. A descrição de uma crise de epilepsia esclarece o possível pavor dos pais de Rosa e a opção em interná-la em tão tenra idade:

Quando ocorre o *ataque*, fica o indivíduo muito pálido e cai inteiramente sem sentidos. Não consegue o epilético evitar ferir-se quando cai, pois a queda se dá quando inconsciente, e o doente vem a bater com o rosto como já vi casos, num fogão, na pedra ou rolar o corpo por escadas ou ribanceiras. Há no início um grito muito forte (...). Explica-se o grito pela súbita saída, através da glotte estreitada, do ar expelido em consequência da rigidez dos músculos abdominais e respiratórios. Vai o rosto pouco a pouco, ficando arroxeadado. (...) membros ficam inteiriçados e o tronco imobilizado. (...). Muitas vezes, há neste período pequenas hemorragias capilares, de sorte que os olhos ficam vermelhos (...). A língua é frequentemente apanhada pelos maxilares em tónus e mordida fortemente. Há emissão involuntária de urinas, fezes e líquido seminal. (...). Cessa a rijeza (...). Os membros são sacudidos com tal violência que se podem produzir fraturas e luxações. Da boca escorre uma saliva, frequentemente sanguinolenta. (...).³⁹⁸ (grifo do autor).

A descrição foi resumida, ainda assim é possível ter-se uma noção do horror que qualquer pessoa teria em presenciar uma cena como esta e não saber o que fazer, ou mesmo, não saber do que se trata³⁹⁹. Outras crianças e adolescentes também foram internados devido à epilepsia:

³⁹⁸ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 511 e 512.

³⁹⁹ Na atualidade, o epilético é encorajado a uma vida normal. “Exercício moderado é recomendado; esportes como natação e equitação são permitidos com as medidas de segurança apropriadas. Cinema, dança, e outras atividades sociais devem ser encorajadas. Em muitos locais a licença para dirigir é permitida após as crises terem cessado por um ano. (...). Os membros da família devem (...) [dar] um apoio compreensivo, contra sentimentos de inferioridade”. MIELNIK, Isaac. *Dicionário de termos psiquiátricos*. São Paulo: Rocca, 1987, p. 1520-1521.

Quadro 25 – Crianças e adolescentes com idade igual ou menor que 17 anos, internos no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado a *epilepsia*⁴⁰⁰

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade
397	Rosa	05	solteira ("menor")	4	1915	1929	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Santa Cruz
197	Amália P. <u>descendente</u>	08	solteira	4	1910	1934	falecimento	idiotismo (em outra guia "idiotia, <u>epilepsia</u> ")	Garibaldi
967	João	11	solteiro	4	1924(mar)	1925(abr)	falecimento	idiotia e <u>epilepsia</u>	Santo Amaro
716	Maria	11	solteira	4	1921	1923	falecimento	degeneração hereditária... <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Santa Maria
469	Maria	12	solteira	4	1917	1928	falecimento	idiotia e <u>epilepsia</u> por esclerose cerebral infantil	Porto Alegre
39	Emília (ou Amélia)	14	solteira	4	1900	1908	falecimento	<u>epilepsia</u>	Porto Alegre
526	Marcílio	15	solteiro	4	1918	1918	assistência	<u>epilepsia</u>	Porto Alegre
634	Alda	15	solteira	2	1920	1923	assistência	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Porto Alegre
297	Dida [ou Aída] <u>descendente</u>	15	solteira	4	1913	1913	assistência	psicose <u>epiléptica</u> , degeneração hereditária [epilepsia]	Pelotas
74	Carmen	15	solteira	3	1906	1906	assistência	<u>epilepsia</u> lypemania	Porto Alegre
586	Amabile <u>descendente</u>	15	solteira	4	1919	1921	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Alfredo Chaves
1161	Olmiro <u>descendente</u>	16	solteiro	4	1925	1926	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Santa Maria
934	Benedicto	16	solteiro	4	1924	1924	curado [cura]	<u>epilepsia</u>	Cachoeira
1070	Maria	16	solteira	4	1925	1934	falecimento	cerebropatia infantil idiotia e <u>epilepsia</u>	Pelotas
12	Bento	16	solteiro	4	1900	1906	falecimento	<u>epilepsia</u>	Santa Cruz
748	Luis	17	solteiro	4	1921	1921	assistência	<u>epilepsia</u> motora e psíquica	Bento Gonçalves
1127	Lidia	17	solteira	4	1925	1929	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Pelotas

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Destas 17 crianças e adolescentes, com idade entre 8 e 17 anos, 4 têm ascendência italiana: Amália, Dida, Amabile e Olmiro. A descendente de italianos proveniente de Garibaldi, Amalia de 8 anos, evidencia a dificuldade da família em lidar com um epilético:

Em atestado de julho de 1910:

Atesto que tendo examinado a pessoa de Amalia 8 anos de idade, branca, filha legítima de G. e A. atacada de idiotia incompleto desenvolvimento congênito das faculdades intelectuais e morais, que obriga os pais da mesma de deixar ela amarrada para evitar os acidentes que seus acessos a levam a provocar nas outras crianças⁴⁰¹.

Na Observação Psiquiátrica em 1931, o alienista escreve que Amalia tem “crises convulsivas. Oligofrenia. Somaticamente, estado elefantíase da perna esquerda, que se instalou depois de vários surtos erisipelatosos”⁴⁰². Amalia permaneceria no HSP por 24 anos, até sua morte, em 1934.

⁴⁰⁰ Busca no Access feita pelo termo “*epilep*”.

⁴⁰¹ PHSP de Amalia P., 8 anos, solteira, internada em 1910.

⁴⁰² Erisipelatosos: que tem carácter de erisipela. A erisipela é uma infecção da pele que geralmente é causada por uma bactéria do grupo A nomeada de *Streptococcus pyogenes*. Pode atingir tecidos mais profundos como o gorduroso e a

Dos internos adultos que apresentavam sintomas de epilepsia foram localizados 62 entre homens e mulheres.

Quadro 26 – Pacientes com ascendência italiana com 18 anos ou mais internados no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à *epilepsia*⁴⁰³

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
699	Carolina L. descendente	19	solteira	4	1921	1928	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Porto Alegre	serviço doméstico
491	Thereza V. descendente	22	solteira	4	1918	1933	provisória	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	São Sebastião do Caí	doméstica
1181	Amalia M. descendente	25	solteira	4	1925	1955	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Caxias	não consta
1010	Giuseppe A. descendente	27	não consta	4	1924(mar)	1924(nov)	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Antônio Prado	agricultor
845	José C. descendente	28	solteiro	4	1922(jan)	1922(jun)	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> [epilepsia]	Guaporé	lavrador
706	João G. italiano	32	solteiro	4	1921	1923	assistência	<u>epilepsia</u>	Jaguari	agricultor
1112	João F. descendente	36	casado	4	1925	1929	falecimento	<u>epilepsia</u>	Bom Jesus	não consta
539	Francisco C. italiano	50	casado	4	1918 (dez)	1919 (fev)	falecimento	psicose <u>epiléptica</u> com estado demencial e alcoolismo crônico [epilepsia]	Bento Gonçalves	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

O italiano José Cr., internado com diagnóstico de “debilidade mental idéias de ruína impulsividade degeneração hereditária”, consta nos Quadros 8 e 11 (código 165) e não no Quadro acima. No entanto, em carta assinada pelos doutores Dioclecio Pereira e José Carlos Ferreira, endereçada ao Juiz Distrital da Vara Criminal de Porto Alegre, há a uma indicação (duvidosa) de que este paciente seria epilético:

Em papel timbrado do Hospício São Pedro, em 18 de maio de 1908:

Parecer

Pelo histórico que colhemos, a observação que fazemos desde 16 de novembro de 1907, e pela leitura do processo, tudo referente a José (...) internado neste Hospício para julgarmos (...) seu estado mental, somos levados ao seguinte parecer:

José antes de praticar o crime apresentava fenômenos psicastênicos e neurastênicos, acompanhados de ideias melancólicas, de ruína, ideias que até hoje conserva com exaltação da sensibilidade afetiva. É um débil mental. Todas nossas investigações são negativas, no sentido de ser ele um simulador, que não o é. Somos de opinião que o crime por ele praticado não foi tributário da vontade e sim debaixo do domínio do automatismo em fuga patológica, verdadeiro estado crepuscular. Dominado pela impulsividade, como se dá em muitas psicoses,

derme profunda, e causa uma série de transtornos. A bactéria entra no organismo através de pequenas aberturas, como ferimentos diversos na mucosa e na pele, picadas de inseto, micoses de unha e frieiras. Ao penetrar no corpo humano por estes meios, o agente logo se dissemina pelos vasos linfáticos, e pode atingir locais profundos, como o tecido subcutâneo. A erisipela pode acometer pessoas de ambos os sexos e de todas as idades. Os locais mais agredidos são, normalmente, as pernas e os pés. Porém, já foram diagnosticados casos na face, no tronco e também nos membros superiores.

Disponível em: <http://www.saudemedicina.com/erisipela-tratamento-fotos-e-informacoes/>

⁴⁰³ Busca no Access feita pelo termo “*epileps*”, + “*italiano*” ou “*italiana*”.

máxime na epilepsia onde a amnésia é mais completa, e no caso o é, sem nos parecer haver simulação de esquecimento⁴⁰⁴.

A escrita deixa dúvidas quanto a José Cr. ser epilético, pois informa que foi “dominado pela impulsividade”, e exemplifica: a “epilepsia onde a amnésia é mais completa”, frisando que neste caso “o é”, abre a possibilidade que mesmo sendo um “débil mental”, era José Cr. também epilético. Internado em 1907, seria transferido para o Manicômio em 1925. Retornaria em 1942, vindo então a falecer, em 1943.

É preciso ressaltar, através do discurso do próprio diretor do HSP, Tristão de Oliveira Torres, que existiam pacientes com determinados diagnósticos que poderiam ser eles tratados em domicílio, sem prejuízo ao doente, isto devido à lotação constante da instituição (já abordado anteriormente, mas citado em Relatório distinto do abaixo descrito):

Nesta questão de admissão de doentes, um outro ponto merece ser frisado. Dadas as circunstancias atuais de falta de acomodação, que fossem apesar disso admitidos à matricula, aqueles, cuja moléstia constituísse um perigo para si ou para os que os cercam, como por exemplo, os furiosos ou os impulsivos, (...). Não é isso, porem o que temos observado. A despeito da deficiência de localidades, ainda assim este estabelecimento tem aberto suas portas a lypemaniacos, epiléticos, neurastênicos, débeis, idiotas e outras, cujas psicoses lhes permitiam perfeitamente a permanência em seus domicílios, sem outro inconveniente que não o de ficarem por mais algum tempo privados de tratamento adequado a seu estado em hospital apropriado⁴⁰⁵.

Se lançardes um golpe de vista sobre o quadro em que são classificadas as psicoses (...), verificareis entre débeis, idiotas, imbecis, loucura senil e tóxica (alcoolismo), 37 doentes (mais de 23%), isto é, outros tantos indivíduos que podiam perfeitamente receber os cuidados a domicilio, pelo menos até que cessasse ou diminuísse o acumulo de que há anos se recente o nosso hospício. O professor Toulouse, um mestre na matéria, tratando do assunto – acumulo nos hospícios – assim se manifesta: Os asilos estão cheios de inválidos, velhos, idiotas, dementes, epiléticos e também alcoólicos e viciosos, que são por diversos títulos dignos da solicitude dos poderes públicos; porem, não são estes absolutamente os alienados para os quais são construídos os estabelecimentos públicos destinados ao tratamento da loucura⁴⁰⁶.

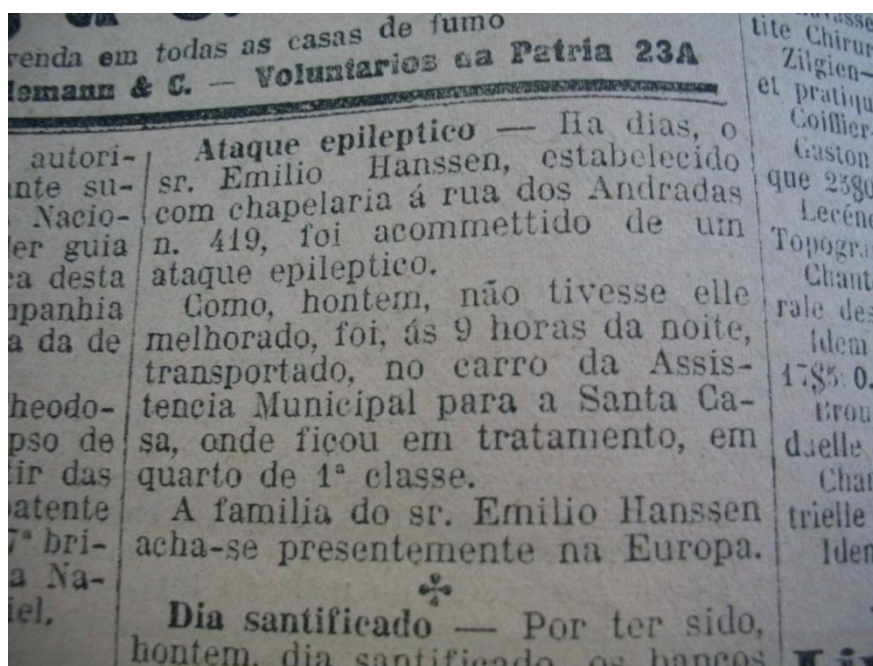
Interessante observar que, em tese, alguns pacientes sequer deveriam ser internados em um hospício, pois para alguns doentes a instituição em questão não seria o destino mais apropriado. Mas causa surpresa que nesta lista estejam inclusos epiléticos, uma vez que sob efeito de ataque de epilepsia, o enfermo não tem domínio sobre seus atos, como possivelmente ocorreu com José Cr., que sofrendo da enfermidade esteve sob efeito de uma amnésia, quando então praticou um crime.

Uma notícia extraída de jornal de 1911 leva a crer que a condição social do epilético talvez contasse para que não fosse ele enviado ao HSP:

⁴⁰⁴ PHSP de José Cr., 40 anos, casado, primeira internação em 1907.

⁴⁰⁵ RSIE.3-011, do ano de 1902, p. 233.

⁴⁰⁶ RSIE.3-012, do ano de 1903, p. 274.

Figura 23 - Em 16/08/1911, página 4 do jornal *Correio do Povo*

“Ataque epilético – Há dias, o Sr. Emilio Hanssen, estabelecido com chapelaria à rua dos Andradas n. 419, foi acometido de um ataque epilético. Como, ontem, não tivesse ele melhorado, foi, às 9 horas da noite, transportado, no carro da Assistência Municipal para a Santa Casa, onde ficou em tratamento, em quarto de 1ª classe. A família do Sr. Emilio Hanssen acha-se presentemente na Europa”.

Em suma, italianos e pacientes de outras etnias apresentaram distúrbios mentais idênticos:

Tabela 27 – Diagnósticos encontrados na população do HSP, entre os anos de 1900 a 1925 para primeira internação

	População geral do HSP	Etnia italiana
Degeneração hereditária	110	20
Degenerado	64	5
Idiotia	17	2
Imbecilidade	28	2
Debilidade mental	59	4
Demência precoce	166	21
Alcoolismo	101	21
Mulheres alcoolistas	7	-
Melancolia	110	20
Lypemania	13	6
Maníacos depressivos	102	16
Mania	53	12
Excitação maníaca	43	10
Diagnóstico ligado a sífilis	18	2
Epilepsia	79	12

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Por fim, cabe ressaltar que, por vezes, os diagnósticos para um mesmo paciente se confundem. O descendente de italianos José M., 38 anos e casado, passou por duas internações. Na primeira, em 1922, foi diagnosticado com “estado melancólico”, na segunda internação, em 1942, o diagnóstico foi de “melancolia de involução”, e por fim, em anotação na Observação Psiquiátrica de 1943, o alienista registra que José é um “maníaco depressivo”⁴⁰⁷, todos diagnósticos conceitualmente distintos.

Um pouco mais de informação, e percebe-se que o diagnóstico de maníaco depressivo talvez fosse o mais próximo para descrever o estado mental de José M. No Certificado de Internação de setembro de 1942, consta como motivação para o internamento “excitação mental, castiga a família. Em maio de 1943, é registrado que pode ter alta, curado do estado depressivo”, isto é, de um estado inicial maníaco, logo depois sobreveio a depressão.

Os diagnósticos tratados neste capítulo não se esgotam nas explicações feitas aqui, tampouco foram abordados todos com os quais se trabalhou no Access, todavia, podem dar uma dimensão da psiquiatria praticada no início do século XX, e permitir que se observe as motivações que levaram aos internamentos de italianos e italianas.

⁴⁰⁷ PHSP de José M., 38 anos, casado, primeira internação em 1922.

4. A LOUCURA INSCRITA NO CORPO FEMININO

Tipo feminino ideal

É o tipo eupláxico de Gläser. Altura média. Distribuição regular de gordura, formas arredondadas, porém esbeltas. Seios tesos, bem limitados e bem separados do vazio axilar, de forma arredondada ou cônica. *Ovulação e menstruação completamente normais em cronologia e quantidade. Fertilidade máxima, sem complicações ou transtornos nas gravidezes e nos partos.* Músculos e ossos firmes, porém não excessivamente robustos; pele macia, elástica, distendida. Psicologia muito feminina. A linha média horizontal do corpo passa pelo arco do púbis.

C. Plobacion (grifos meus)⁴⁰⁸.

Introdução

Toda mulher⁴⁰⁹ ao nascer carrega consigo duas certezas: a menarca (primeiro fluxo menstrual), na adolescência, e aguardar o término da vida fértil, com a menopausa (último fluxo menstrual). A maternidade, desejada ou não, é entendida também como sendo parte integrante da fisiologia feminina. E estas etapas, menstruação, gravidez e menopausa, já foram observadas como fases de predisposição à doença mental⁴¹⁰.

Sem direito a negociar com o próprio corpo e independente de seu consentimento, a mulher é apenas espectadora das alterações físicas que lhe ocorrem. E em comparação ao *outro*, aquele que não partilha de destino idêntico, estas mudanças transformam-se em estigma: “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem”⁴¹¹. E o *outro* que não passa pelas mesmas transformações, o *normal*, constrói “uma teoria (...) para explicar a sua [da mulher] inferioridade e dar conta do perigo que ela representa”⁴¹². Não é gratuito que fossem homens os

⁴⁰⁸ BENCHIMOL, Newton Burlamaqui. *Menstruação: anomalias mestruaes*. Rio: Flores & Mano, 1935, p. 13.

⁴⁰⁹ Mulher, para este artigo, é aquela nascida biologicamente como mulher. Neste início de capítulo é usada a expressão no singular, apenas para ressaltar que existe um oposto, um diferente, o homem, o “outro”. Não se trata de uma escrita para marcar oposição, mas de afirmação da diferença.

⁴¹⁰ ENGEL, Magali. *Psiquiatria e Feminilidade*. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2000.

⁴¹¹ GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008, p. 13.

⁴¹² GOFFMAN, Erving, op. cit., p. 15. Sobre o estigma, a psicóloga Zélia Melo complementa: “A identidade social estigmatizada destrói atributos e qualidades do sujeito, exerce o poder de controle das suas ações e reforça a deterioração

primeiros psiquiatras que visualizaram na mulher um lugar onde estaria oculta a loucura, a espreita de se manifestar a qualquer momento.

Visto por esta ótica, discorda-se de Engel, quando esta afirma que deveria ocorrer o abandono da idéia de que “a mulher é mais discriminada, é mais explorada, é mais sofredora, é mais revoltada, etc. Nem mais nem menos, mas diferentemente”⁴¹³. O contexto medido pelo tempo e espaço em que ocorrem os fatos históricos pode sim levar ao entendimento de que as mulheres não tiveram apenas diferentes formas de sofrimento. Simone de Beauvoir, em *O Segundo Sexo*, ao escrever sobre sua época, afirma que teria ocorrido um sofrimento maior (e não apenas diferente), afinal “em média, as mulheres vivem tanto quanto o homem, mas adoecem muito mais vezes e durante muitos períodos não dispõem de si mesmas”⁴¹⁴.

Menstruação, gravidez, pós-parto e menopausa são etapas vividas apenas e tão somente pelo gênero feminino. Engel discorreu sobre estas fases, baseando-se em documentos do final do século XIX e início do século XX, para o espaço circunscrito do Rio de Janeiro. No Rio Grande do Sul, mulheres foram internadas no Hospício São Pedro devido, muitas vezes, às corriqueiras transformações ligadas à fisiologia feminina, como será esclarecido nas próximas páginas.

As mulheres carregam consigo uma história já forjada desde seu nascimento, o que torna bastante improvável uma História calcada no gênero relacional: quando se trata de mudanças no corpo feminino não há como fazer relação, pelo simples fato de que os homens não têm fluxo menstrual, não engravidam e nem passam pela menopausa. Neste capítulo privilegia-se uma *História de Mulheres*, muitas vezes definida, pelas muitas histórias pessoais descritas nas próximas páginas, por questões biológicas que não deram oportunidade de escolha às protagonistas.

São Objetivos deste capítulo:

- elucidar questões teóricas pertinentes às *mulheres* e ao *gênero*;
- abordar aspectos como *trabalho* e *desigualdades* em relação às mulheres de etnia italiana na Região Colonial Italiana;

da sua identidade social, enfatizando os desvios e ocultando o caráter ideológico dos estigmas. A sociedade impõe a rejeição, leva à perda da confiança em si e reforça o caráter simbólico da representação social segundo a qual os sujeitos são considerados incapazes e prejudiciais à interação sadia na comunidade. Fortalece-se o imaginário social da doença e do ‘irrecuperável’, no intuito de manter a eficácia do simbólico. A sociedade limita e delimita a capacidade de ação de um sujeito estigmatizado, marca-o como desacreditado e determina os efeitos maléficos que pode representar. Quanto mais visível for a marca, menos possibilidade tem o sujeito de reverter, nas suas inter-relações, a imagem formada anteriormente pelo padrão social”. In: MELO, Zélia Maria. *Os estigmas: a deterioração da identidade social*. Disponível em <http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>, acesso em 19 de fevereiro de 2013, p. 3.

⁴¹³ ENGEL, Magali, 2000, op. cit., p. 334.

⁴¹⁴ BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo: fatos e mitos* (volume 1). 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980, p. 52.

- descrever/explicar questões pertinentes aos internamentos ocorridos devido à *menstruação*;
- descrever/explicitar questões pertinentes a internamentos ocorridos devido à *maternidade: gravidez e pós-parto*, observando distinções entre mulheres casadas e solteiras;
- descrever/explicitar questões pertinentes a internamentos ocorridos devido à *menopausa*, agregando os diagnósticos de *psicose de involução, psicose maníaco depressiva, e melancolia*;
- descrever aspectos da *histeria* e relatar histórias de internamentos de mulheres por questões ligadas à *histeria* e ao *erotismo*.

4.1 Mulheres ou Gênero?

Ao longo da tese, foi possível observar questões pertinentes aos internamentos no Hospício São Pedro, tanto de homens quanto de mulheres em comparação a homens e mulheres de etnia italiana. Esta forma de apresentação é tributária a Joan Scott, que sugeriu o emprego do conceito de “gênero relacional”. Para Scott, o termo gênero teria “feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo”, rejeitando o determinismo biológico observado em terminologias como “sexo e diferença sexual”. Mas não apenas questões ligadas ao determinismo biológico estavam implícitas neste conceito que surgia. Havia também a preocupação de que os “estudos sobre as mulheres se centrava nas mulheres de maneira demasiado estreita”, e ao utilizar o termo “relacional”, optava-se encaminhar futuras pesquisas no sentido de que “mulheres e homens [seriam] definidos em termos recíprocos e não se poderia compreender qualquer um dos sexos por meio de um estudo inteiramente separado”⁴¹⁵.

Natalie Davis informa “que deveríamos nos interessar pela história tanto dos homens como das mulheres, e que não deveríamos tratar somente do sexo sujeitado, assim como um historiador de classe não pode fixar seu olhar apenas sobre os camponeses”⁴¹⁶. Claro que esta é uma visão limitante, pois esquece que o historiador tem direito a escolhas, no entanto, propicia o entendimento de que homens e mulheres não podem ser entendidos em separado, como no caso dos internamentos no HSP: a comparação propicia a legitimação de que não somente homens eram alcoólicos ou que a melancolia não era típica apenas às mulheres.

⁴¹⁵ DAVIS, Natalie Zemon. *Women's History in Transition, 1975-76*. Apud: SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2), jul/dez, 1995/A, p. 72.

⁴¹⁶ SCOTT, Joan, 1995/A, op. cit., p. 72.

Em *Escritos da História*, Scott reitera que o aspecto relacionado do gênero significa que “não se pode conceber mulheres, exceto se elas forem definidas em relação aos homens, nem homens, exceto quando eles forem diferenciados das mulheres”, e estando o gênero indissociável ao contexto sócio cultural, estas relações devem ser estendidas no que concerne à raça (etnia) e classe⁴¹⁷.

Para esta pesquisa, “gênero relacional” é a apresentação de mulheres internadas em um hospício *em comparação* com homens igualmente internados, agregando-se questões de etnia, com a diferenciação dos outros em relação aos italianos, e condição econômica quando adentravam o HSP (se era pensionista ou pobre). O sentido, portanto, de utilizar este conceito de relação entre gêneros está atrelado à mesma lógica do uso do quantitativo: evitar distorções e empobrecimentos no que se refere ao empírico. Vendo-se apenas um aspecto, criam-se distorções e perpetuam-se erros⁴¹⁸.

Em História não existem conceitos melhores nem piores, existem respaldos teóricos que procuram responder a questionamentos. Neste sentido, este último capítulo da tese se apropria do que foi pensado na origem como uma história que falasse exclusivamente das mulheres, isto é, uma *História de Mulheres*. Plurais, elas são distintas na origem (de onde procedem), na condição social, na etnia. A grafia está propositalmente distinta da original, *História das Mulheres*, isto para enfatizar que serão abordadas histórias de mulheres em específico, enclausuradas em um hospício, por questões que dizem respeito somente ao sexo feminino. A fundação do gênero e seus consequentes estudos não invalidam uma perspectiva limitada ao gênero feminino, mas quando se fala de *História das Mulheres*, o entendimento é de que todas estão sendo contempladas, ou, no mínimo, o texto escrito é representativo de uma categoria unívoca chamada mulheres.

Seguindo o raciocínio de Scott, Joana Pedro afirma que a categoria gênero permitiu que “pesquisadoras e pesquisadores na área da história focalizassem as relações entre homens e mulheres”, bem como as relações entre homens *e entre mulheres*⁴¹⁹. Na verdade, quando se escreve uma história onde só se relacionam mulheres, é uma *História de Mulheres*. E o conceito gênero não inventou isto. Este re-nomear a *História das(de) Mulheres* como *História de Gênero*, foi elucidada

⁴¹⁷ SCOTT, Joan. História das Mulheres. In: BURKE, Peter (org.). *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1995/B, p. 87.

⁴¹⁸ Dois artigos de Cunha demonstram bem esta situação. Em ambos a historiadora insiste em relatar apenas internamentos de mulheres, e sem uma comparação com internamentos masculinos, ela acaba distorcendo o real: os diagnósticos e atendimentos dos alienistas imputados às suas protagonistas, parece serem exclusivos à esfera feminina. Embora a opção de Cunha seja válida, ela acaba, talvez involuntariamente, perpetuando a preconceituosa noção de que loucura é sinônimo de feminino. CUNHA, Maria Clementina Pereira. Loucura, Gênero Feminino: as Mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*. v. 9, n. 18, Ago./Set.1989; e CUNHA, Maria Clementina Pereira. De historiadoras brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). *Tempo*. n. 5, Jan. 1998.

⁴¹⁹ PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História*. São Paulo, v. 24, n. 1, 2005, p. 88.

pela própria Scott, que alegou “que o uso do termo ‘gênero’ visa sugerir a erudição e a seriedade de um trabalho, pois ‘gênero’ tem uma conotação mais objetiva e neutra do que ‘mulheres’”, além de conferir legitimidade acadêmica para os estudos feministas vistos com desconfiança⁴²⁰.

A *História das Mulheres* surgiu de uma reviravolta no seio da própria escrita da História, quando passou a focar com mais acuidade grupos até então excluídos, “as mulheres são então alçadas à condição de objeto e sujeito da História”⁴²¹ e nas histórias que passam a ser narradas. Duas correntes historiográficas em voga deixaram de lado esta temática, por longo tempo: positivista e marxista. A primeira, privilegiando⁴²² fontes administrativas, políticas, militares, nas quais as mulheres são uma ausência constante. Por outro lado, para os marxistas, esta é uma problemática secundária, que encontrará solução quando for instalada uma sociedade sem classes⁴²³.

Na França, berço de transformações significativas na escrita da História, até o século XIX, não se fazia questão da presença das mulheres na narrativa histórica. Mesmo quando esta visão era vencida, “associava-se as mulheres à natureza e os homens à cultura”⁴²⁴, numa reprodução ideológica. Nos anos 30 do século XX, o movimento conhecido por *Annales*, romperia com a forma positivista de fazer história, mas seu desvio se dirige ao econômico e social. Nem com a Nova História da década de 70, as mulheres tornaram-se visíveis para os historiadores. A transformação teria origem nas disciplinas de Sociologia e Antropologia. Na História, a temática da vida privada dará o primeiro impulso a uma escrita sobre mulheres, pois seria falho abordar esta temática ignorando o papel feminino. A pesquisa sobre mulheres na França, ganha força nas décadas de 70 e 80⁴²⁵.

É inevitável citar as primeiras historiadoras que trabalharam com mulheres no Brasil, num momento em que ainda se discutia sobre o assunto fora do país: elas realmente foram mais que pioneiras, foram desbravadoras de novos caminhos. A extensa produção historiográfica voltada para o estudo das mulheres, com obras de Silva Dias, Rago e Moreira Leite⁴²⁶, dentre outras, culminando

⁴²⁰ SCOTT, Joan, 1995/A, op. cit., p. 72.

⁴²¹ SOIHET, Raquel. História das Mulheres. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997, 275.

⁴²² Que seja feita justiça, os positivistas não rejeitavam a temática sobre as mulheres. Em *Introdução aos estudos Históricos*, dentre as muitas temáticas sugeridas, que vão da vida privada à alimentação, do vestuário à família, há também a sugestão de uma história pela “condição da mulher e dos filhos”. SEIGNOBOS, Charles; LANGLOIS, Charles. *Introdução aos Estudos Históricos*. São Paulo: Editora Renascença, 1946, p. 163 e 164.

⁴²³ SOIHET, Raquel, op. cit., p. 276.

⁴²⁴ PERROT, Michelle. Escrever uma história das mulheres. *Cadernos Pagu*, n. 4, Campinas, 1995/B, p. 14

⁴²⁵ PERROT, Michelle, 1995/B, op. cit., p. 13-17.

⁴²⁶ DIAS, Maria Odila Leite da Silva. *Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX*. São Paulo: Brasiliense, 1984; RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985; LEITE, Miriam Moreira. *A condição feminina no Rio de Janeiro, século XIX: antologia de textos de viajantes estrangeiros*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fundação Nacional Pró-Memória, 1984.

com a publicação de revista com número dedicado inteiramente à temática, intitulado *A mulher no espaço público*⁴²⁷, inaugura então a temática de forma definitiva na historiografia brasileira.

No entanto,

a fragmentação de uma idéia universal de ‘mulheres’ por classe, raça, etnia, geração e sexualidade associava-se a diferenças políticas sérias no seio do movimento feminista. Assim, de uma postura inicial em que se acreditava na possível identidade única entre as mulheres, passou-se a outra, em que se firmou a certeza na existência de múltiplas⁴²⁸.

A partir deste movimento, será criado o conceito *gênero*, e esta criação está associada aos estudos sobre mulheres nos EUA⁴²⁹. Esta brevíssima explanação tem o sentido de enfatizar que a *História das Mulheres* não é uma categoria errônea de ser usada na academia. Surgiu para contrapor algumas formas de escritas históricas que já não respondiam a determinados questionamentos, mas em determinado momento ela própria não mais atendia aos interesses de quem a havia criado, e por conta disto, foi relegada ao ostracismo.

Mas por que insistir em dizer *História de Mulheres*? Para responder a isto, parte-se de um texto de Judith Butler, filósofa estadunidense. A autora escreve que, “se alguém ‘é’ uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é”⁴³⁰, pois há intersecções com raça e classe, mas também, e este é o diferencial de sua escrita, há a identidade sexual, isto é, não mais pode ser vislumbrado o sexo (feminino ou masculino) como um dado natural, ele é *construído*. Então, se comparar homens e mulheres como pretende o gênero, é partir de uma matriz heterossexual limitante, e se a mulher é um indivíduo que se constrói, inclusive na esfera sexual, ela independe do homem para comparação. Se sexo é um construto, já que é culturalmente construído, e “se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero não faz sentido definir gênero como interpretação cultural do sexo”, neste caso “o gênero não está para cultura como o sexo para natureza, ele também é uma construção cultural”⁴³¹.

Deve-se então desnaturalizar o gênero. Ele não pode ficar limitado a uma relação binária entre homens e mulheres (nascidas assim biologicamente). Ora, se é possível desnaturalizar o sexo, se é possível pensar um construto cultural do sexo, porque não pensar uma categoria que tem História e historicidade, como é a História das muitas mulheres ao longo dos séculos? Legitimando o conceito, pensa-se que ele não deve ficar limitado, engessado a uma história que evite na sua

⁴²⁷ SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. *Revista Brasileira de História*, v. 27, n. 54, Dec., 2007, p. 281 e 282.

⁴²⁸ SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria, op. cit., p. 287.

⁴²⁹ PERROT, Michelle, 1995/B, op. cit., p. 21.

⁴³⁰ BUTLER, Judith. Problemas de gênero. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 20.

⁴³¹ BUTLER, Judith, op. cit., p. 25.

formulação a multiplicidade de indivíduos sob o denominador chamado mulheres. A ruptura que desembocou na criação do termo gênero, já indicava que as muitas mulheres queriam um construto conceitual que privilegiasse a todas. Reafirma-se: neste capítulo tratar-se-á de uma *História de Mulheres*⁴³².

4.2 Italianas

De uma maneira geral, os estudiosos da imigração italiana mascaram diferenças entre homens e mulheres, naturalizando os papéis de ambos. “Imigrantes italianos” se torna um bloco monolítico: todos trabalham (quais trabalho são executados por homens e mulheres?), todos sofrem (existiria formas distintas de sofrimento?), todos são devotos.

Nas próximas páginas, ao abordar questões pertinentes à loucura vinculada somente ao sexo feminino, serão apresentadas mulheres de diferentes etnias, dando-se destaque, no entanto, às mulheres de ascendência italiana. Por esta razão, este item tem por objetivo explorar aspectos sobre o modo de vida das italianas que permitam observação para além dos conceitos citados na *Introdução* da tese, tais como *crise identitária*, *choque cultural*, *estresse do imigrante*. É admissível afirmar que, para as mulheres de etnia italiana, ser imigrante pesou menos do que a realidade de enfrentar um dia-a-dia como mulher.

As dificuldades suportadas pelas imigrantes italianas já se iniciavam na viagem, quando emigravam de sua terra natal. Muitas com prole numerosa para cuidar, algumas grávidas, em que o parto vinha a termo no próprio navio, outras tantas que perdiam seus filhos na travessia. Segundo depoimento, certa moça que embarcou grávida, e teve seu filho na viagem, sofreu a infelicidade de vê-lo falecer. Para evitar que fosse jogado ao mar, pois queria um sepultamento em terra, escondeu a criança na bagagem, vindo então a enterrá-la somente quando chegou ao porto de Santos⁴³³.

Giron⁴³⁴ elucida sobre o papel da mulher na família e na produção, para o período de 1875 a 1924. Deve-se ressaltar que *esta* mulher italiana descrita nos próximos parágrafos está circunscrita à Região Colonial Italiana, isto é, interior do Rio Grande do Sul.

⁴³² Sem esquecer que, mesmo estando em idêntica instituição, o HSP, devem ser elas diferenciadas por classe e por etnia (quando isto for possível).

⁴³³ DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério, 1983, op. cit., p. 16. Depoimento de Rugero Sonda.

⁴³⁴ O artigo de GIRON irá nortear este item, quando outro autor for utilizado, este virá discriminado em rodapé. GIRON, Loraine Slomp. A mulher e o trabalho na região colonial italiana do Rio Grande do Sul. In: DE BONI, Luis Alberto (Org.). A Presença Italiana no Brasil. v. III. Porto Alegre; Torino: Escola Superior de Teologia de São Lourenço de Brindes; Fondazione Giovanni Agnelli, 1996, p. 287-302.

Aproximadamente 60% dos colonos se estabeleciam como proprietários, sendo que a aquisição da terra, para uma grande maioria, equivalia a uma dívida a ser paga em alguns anos. Para saldar o débito da propriedade, era disponibilizada a chamada “produção principal”, que poderia ser oriunda do plantio da videira (vinho), do trigo e do milho. Já para a manutenção da família, existia uma produção de subsistência, a “produção complementar”: frutas, legumes, verduras, criação de galinhas, de porcos, alguma cabeça de gado bovino e cavalos.

A divisão do trabalho pode ser assim descrita:

Quadro 27 – Divisão da mão-de-obra em propriedades da Região Colonial Italiana⁴³⁵

Atividades	Mão-de-obra empregada
1. <i>Atividades domésticas</i> : colher legumes e verduras; cozinhar; limpar e arrumar a casa; lavar, passar, remendar e costurar roupas; preparar a lenha.	Mulher
2. <i>Atividades complementares</i> a) tratar da criação; tirar leite; fazer queijo e manteiga; matar e limpar galinhas; vender ovos, frutas e verduras; cultivar horta, jardim e pomar; trançar e dobrar palhas; comprar o necessário para a cozinha e a família.	Mulher
b) matar porcos e animais de maior porte; construir e cuidar das cercas.	Homens
c) colher frutas; cortar feno; debulhar milho; levar animais ao pasto.	Família
3. <i>Atividades principais</i> a) gerais: preparar lavouras; plantar, tratar, cultivar e colher as culturas temporárias; tratar e colher as culturas permanentes; preparar os cereais colhidos.	Família
b) plantar as culturas permanentes; transportar as culturas principais para o comércio; levar o trigo e milho ao moinho; comercializar safras; pagar débitos; comprar produtos e sementes para a produção.	Homem

⁴³⁵ Dados extraídos (bem como sua organização) de GIRON, 1996, op. cit, p. 290.

Algumas atividades complementares que ficavam usualmente a cargo das mulheres, nem sempre significavam tarefas leves. O queijo, por exemplo, poderia ser feito diariamente, uma vez que as sobras da ordenha do dia não tinham local refrigerado onde pudessem ser guardadas⁴³⁶, e no caso da confecção de pães, estes eram produzidos para a semana inteira, na quantia de 30 ou mais pães por vez⁴³⁷.

A historiadora Favaro, quando citou serem escassas as fontes referentes à mulher, cunhou expressão singular: “A memória feminina é construída (...) sobre ‘pequenos nadas’, testemunhos parados no tempo (aspas da autora)”⁴³⁸. Não apenas a memória das mulheres, mas também os trabalhos por elas executados, poderiam ser considerados intermináveis *pequenos nadas*: trabalho invisível, contínuo, permanente. Se a mulher fosse para a roça com o marido, ela tinha que retornar para preparar o almoço e feita a tarefa, retornar à roça com a refeição preparada e às vezes com um filho pequeno no colo⁴³⁹. Limpar as crianças, levá-las para cama quando fossem dormir, cuidar dos filhos doentes⁴⁴⁰. E quando se tratava de família numerosa, um filho pegava gripe e depois passava ao restante: “um após outro, também meus irmãos foram para a cama com gripe, e a mãe teve um grande trabalho para cuidar de todos”⁴⁴¹.

Giron salienta que as atividades no que concerne ao trato com os filhos, e que não constam da listagem, ficavam a cargo da mulher. Strey enfatiza que:

As atividades relacionadas com a assistência de pessoas dependentes são assumidas fundamentalmente por mulheres (...). Dentro do conjunto de tarefas que se realizam no lar, essas são, sem dúvida, as mais invisíveis, posto que se associam às relações afetivas e às obrigações derivadas do parentesco⁴⁴².

No capítulo 2 desta tese, *Etnia italiana no Hospício São Pedro*, quando informada em tabela a profissão das mulheres, segundo os dados da instituição, pode ser observado o seguinte:

⁴³⁶ DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério; 1983, op. cit, p. 35.

⁴³⁷ DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. 1979, op. cit., p. 208.

⁴³⁸ FAVARO, Cleci. *Imagens Femininas: contradições, ambivalências, violências – Região Colonial Italiana do Rio Grande do Sul - 1875/1950*. 1995. (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995, p. 2-3. A frase será reescrita de forma diferenciada em livro de 2002, FAVARO, Cleci Eulália. *Imagens Femininas: contradições, ambivalências, violências*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002 (Coleção Nova et Vetera), e será creditada a Perrot parte desta escrita. No entanto, no artigo de Perrot, a expressão utilizada é de “mil nadas”: “*Mil nadas*” [que] povoam as cristaleiras pequenos museus da lembrança feminina. PERROT, Michelle. Práticas da memória feminina. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 9, n. 18, ago/set 89, p. 13. Portanto supõe-se que a expressão “*pequenos nadas*” possa ser atribuída a Favaro.

⁴³⁹ DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério; 1983, op. cit, p. 37. A comida poderia ser feijão, arroz, galinha, polenta, galinha ao molho com polenta, sopa de feijão, etc., p. 38.

⁴⁴⁰ ZAMBOTTI, Remo de. *O amargo pão*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia e espiritualidade Franciscana, 1983, p. 19 e 33.

⁴⁴¹ ZAMBOTTI, Remo de, op. cit., p. 36.

⁴⁴² STREY, Marlene Neves. A mulher, seu trabalho, sua família e os conflitos. In: STREY, Marlene Neves. (Org.). *Mulher estudos de gênero*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1997, p. 65.

Tabela 28 – Profissão das mulheres de ascendência italiana, segundo os prontuários do Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)

Profissão de Mulheres internas no HSP	
Serviço doméstico	31
Doméstica	13
Agricultora	3
Colona (ou “colonista”)	1
Serviço rural	1
Operária	1
Costureira	1
“não tem”	1
Não consta	30
TOTAL	82

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

A absoluta maioria é de mulheres que exercem serviços domésticos, e não há discriminação de que atividades exercem, enquanto a maioria dos 93 homens com ascendência italiana é de agricultores⁴⁴³. Os dados de Giron, cruzados com as informações acima, possibilita afirmar que o trabalho feminino, não era valorizado: enquanto o homem tem uma profissão, a mulher faz algo genérico sem definição.

O esforço feminino na colônia era reconhecido pelos homens, mas ainda assim quem comandava a atividade principal eram eles, não elas. A mulher, todavia, não ficava totalmente à margem de um trabalho remunerado. Com o crescimento dos filhos, as necessidades da família aumentavam, era então que o trabalho complementar ganhava um status maior dentro da economia doméstica: “com os resultados da comercialização dos produtos provenientes da horta e da criação eram vestidos os filhos, feitos os enxovais e comprados os dotes, chegando ao ponto de a manutenção da família depender exclusivamente das atividades complementares”⁴⁴⁴. Há depoimento que informa que havia mulheres com plena consciência do valor de seu trabalho. Ângelo Zatta conta da primeira fatiota que mandou fazer:

Levei para uma mulher que fazia roupas de homens. O marido dessa mulher era um tal de André Bolzani. Ele trabalhava de celeiro, sapateiro e nós, na ferraria, fazia muitas ferramentas para ele (...). Ele devia para o Menegotto [patrão de Ângelo], então ele me disse: “Tu manda fazer a fatiota lá no Bolzani, quando tiver pronta diz pra ele que eu vou acertar as contas, por que o marido dela [Bolzani] deve pra mim, então eu vou descontar”. No domingo seguinte eu fui lá buscar a fatiota. “Eu vim buscar a fatiota!” – “E o dinheiro?” – “O José Menegotto disse que depois ele vem aqui e acerta com o seu Bolzani, porque ele deve para ele.” – “Negócio do marido é com o marido, e o meu negócio é comigo, não tem nada que ver!”⁴⁴⁵.

⁴⁴³ Como informado: 31 *agricultores*, 17 *não consta* do interior (prováveis agricultores), 1 *carpinteiro/agricultor* e 2 *lavradores*, o total fica em 51 *agricultores* ou 54,8% sobre 93 italianos.

⁴⁴⁴ GIRON, Loraine, 1996, op. cit., p. 291.

⁴⁴⁵ DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério; 1983, op. cit, p. 41.

Giron prossegue informando que a mulher ficava alijada de todas as atividades principais, justamente aquelas que deviam render um pecúlio. Sua carga de trabalho, porém, era muito maior, pois aos domingos, enquanto os homens jogavam e bebiam com os amigos no salão da capela, a mulher se ocupava com a lavagem da roupa de toda família.

Mas não bastava a desigualdade no trabalho, e tampouco alijar a mulher dos negócios principais da família, era necessário desacreditar as mulheres como pessoas, como bem demonstram estes fragmentos escritos por Costa e De Boni:

As senhoras aproveitam o domingo para conversar, à sombra das árvores, diante da capela. Conversavam de tudo e de todos. (...). O importante para cada “grupeto” de mulheres era poder falar de todos e de tudo, mas sempre com cuidado que os interessados não soubessem. (...). Em muitos casos, as fofocas entre mulheres também chegavam a discussões e ameaças, quando não às vias de fato. (...). Um dos temas das conversas clandestinas das “fofoqueiras”, aos domingos, era conversar das pessoas doentes, (...) (aspas dos autores)⁴⁴⁶.

Os autores começam dizendo que as mulheres “conversam” sobre tudo e todos, depois, que existem “fofocas”, para finalizar sentenciando: são “fofoqueiras”! Mais interessante é observar que a frase “As senhoras aproveitam o domingo para conversar, à sombra das árvores, diante da capela. Conversavam de tudo e de todos. (...)”, é reaproveitada em obra posterior, calcada em depoimentos orais, quando então são agregadas também atividades de labor:

E as mulheres, que faziam aos domingos?

1. Ficavam em casa ou uma ia visitar a outra. Faziam pipocas, bolinhos e conversavam. As mulheres não iam nas carreiradas, só os homens;
2. Ficavam na porta da igreja, depois do terço que era de tarde, comentando sobre todos que moravam na capela;
3. Lavava roupa, remendava roupas, faziam comidas;
4. Ia à missa e depois voltava para casa, à tarde ia visitar os vizinhos, ou ia rezar o terço na capela;
5. As mulheres aproveitavam os domingos para conversar, à sombra das árvores. Conversavam de tudo e de todos. Falavam dos doentes, das plantações...;
6. Costuravam, carpavam, faziam pão, aprendiam para o casamento. Só não aprendiam nada em relação ao sexo, do resto era ensinado todo possível para um bom casamento⁴⁴⁷.

Este mesmo tratamento visto quando foram realçadas as “conversas clandestinas das ‘fofoqueiras’”, de desmerecimento, não é dispensado aos homens, quando se fala da bebida consumida por eles seguida de cantoria, numa clara referência a uma bebedeira: “esse canto e muitos

⁴⁴⁶ DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio, 1979, op. cit., p. 230 e 231.

⁴⁴⁷ DE BONI, Luis A.; GOMES, Nelci Rogério; 1983, op. cit, p. 91.

provérbios mostram o espírito alegre, otimista e corajoso do imigrante⁴⁴⁸. Mulheres fofoqueiras e homens corajosos. E se as mulheres “podiam chegar às vias de fato” em caso de briga, para os homens tratava-se de “pequenos desentendimentos dominicais, provocados pelo “alegreto” do vinho e da cachaça, eram mais considerados “valentias” do que brigas”, embora por vezes “se agarravam de verdade”⁴⁴⁹.

Giron informa outro agravante de um trabalho sem fim. Para aumentar os poucos recursos, os homens empregavam-se em obras públicas (como execução de ferrovias) podendo ficar até seis meses fora de casa, deixando ao encargo de suas mulheres a realização de todas as atividades.

A divisão dos bens era desigual, assim como o trabalho. Quando da morte do pai, os filhos herdavam a terra e as filhas eram deserdadas, por serem do sexo feminino: “a única maneira de uma mulher herdar era ao casar (...) ter a sorte de enviudar. Só podiam herdar dos pais as filhas que não tivessem irmãos. Nem mesmo o fato de ser filha única garantia propriedade para a mulher”⁴⁵⁰, portanto, além de enfrentar as diferenças culturais quando da chegada ao novo país de moradia, trazia a mulher consigo na bagagem a herança de um tratamento desigual.

Quando se observa, no Banco de Dados, a quantidade de italianos que foram internados mais de uma vez, significando que o retorno à residência equivalia assistência em domicílio, há uma diferença: das 41 mulheres casadas, 39% (16) foram internadas mais de uma vez, contra 27,2% (9) das mulheres solteiras. Talvez a razão esteja na falta que a mão-de-obra feminina fazia na propriedade (apenas duas mulheres casadas eram oriundas de Porto Alegre). Ainda assim, o número é inferior em se tratando de comparar com os homens de etnia italiana, internados no mesmo período. Dos 35 homens casados, 45,7% (16) tiveram mais de uma internação, e dos solteiros, 28% (14), igualmente foram internados mais de uma vez.

Uma possível explicação para esta desigualdade, em que os homens eram em maior número amparados pelas famílias:

As que tinham maridos incapazes, doentes ou loucos foram mais numerosas que as abandonadas. As com maridos incapazes parecem ter tido mais dificuldades para levar adiante sua propriedade do que as que foram abandonadas. As que chefiavam a família tomavam conta de todas as atividades da propriedade e do marido incapaz para o trabalho (...) ⁴⁵¹.

Giron também pesquisou as mulheres que se tornavam proprietárias. Havia as abandonadas, as que tinham maridos incapacitados e as que assumiam a propriedade por viuvez. Às viúvas cabia

⁴⁴⁸ DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. 1979, op. cit., p. 228.

⁴⁴⁹ DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. 1979, op. cit., p. 230, aspas dos autores.

⁴⁵⁰ GIRON, Loraine, 1996, op. cit., p. 293.

⁴⁵¹ GIRON, Loraine, 1996, op. cit., p. 299-300.

não apenas a atividade de administrador que antes era exercida pelo marido, mas perpetuar a postura patriarcal em relação às filhas: estas continuariam à margem da herança.

Quanto àquelas que tinham maridos incapazes, há as que internam seus companheiros no HSP. Um exemplo do quanto poderia ser penoso ter o cônjuge internado pode ser visualizado na carta de uma mulher que tem o esposo agricultor recluso com diagnóstico de “demência precoce” na 3ª classe, isto é, pensionista:

A infraescrita, esposa do alienado Giacomo, que se acha internado neste hospital, vem expor e requerer o seguinte: que tem 3 filhos menores que mal lhe podem auxiliar nas lidas da roça, tornando-se difícil a manutenção da família; que o único recurso que possui é uma colônia situada no sétimo distrito deste município; que há quase nove anos vem pagando as despesas de seu citado marido; que para atender as mesmas despesas vem assumindo compromissos que chegam a ultrapassar ao valor da colônia; que diante da iminência de perder a única fonte de renda que possui, vem requerer a V. Sra. se digne a conceder-lhe a internação gratuita para seu já referido marido. Por este ato de justiça pede e espera deferimento⁴⁵².

Aliada às dificuldades do dia-a-dia, havia ainda o estorvo ligado aos transtornos fisiológicos que, independente da etnia, acometia as mulheres. Se por um lado independe da etnia, por outro, só contribuía para uma sobrecarga a uma vida já difícil para quem veio de longe e deveria recomeçar do zero.

4.3 Menstruação

Aspectos ligados à menstruação⁴⁵³ coincidem com alguns internamentos, embora isto nem sempre seja expresso literalmente. A descendente⁴⁵⁴ de italianos, Lucia S., proveniente da capital, foi internada aos 18 anos com diagnóstico de “degeneração hereditária debilidade, acessos delirantes episódicos”. Adentrou pela primeira vez no HSP em 1923, saindo por alta provisória em junho de 1926. Regressou ao São Pedro em julho de 1926, e saiu melhorada, em 17 novembro de 1931, retornando pouco depois, em 3 de dezembro de 1931. Sua saída definitiva ocorreria em 1942, onze anos após sua última internação, por falecimento, aos 37 anos. Em dezembro de 1931, foram anotadas em sua ficha informações sobre seu comportamento:

⁴⁵² PHSP de João V., 29 anos, casado, primeira internação em 1921. Na carta, consta como Giacomo, e no prontuário, João, a carta oriunda de Erechim e dirigida ao Diretor do Hospício foi escrita em 1930. Dois anos depois, em 1932, João V. faleceria.

⁴⁵³ “Denomina-se menstruação a uma perda sanguínea regular e periódica que se verifica, mensalmente, através das vias genitais (...). A primeira manifestação clínica da função sexual convencionou-se dar o nome de menarca; a última de menopausa. (...). A palavra menstruação comporta ampla sinonímia médica e popular: catamênio, menstro, menorreia, período, função e fluxo menstrual, regras, incomodo, visita mensal, doença, etc. (...) menstruação é o processo fisiológico em si ou período durante o qual ele se efetua. Menstro, catamênio, regra, incomodo, etc., é o corrimento sanguíneo que se escoia em consequência do mesmo processo.” BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 31 e 32.

⁴⁵⁴ Ou consta a nacionalidade no prontuário, ou constata-se a descendência pelo sobrenome.

A paciente esteve cerca de 10 anos no H. São Pedro. Há 15 dias de lá saiu e foi para companhia de uma irmã. Nos primeiros dias afora seu pouco conversar nada mais de anormal foi notado. Em seguida, porém, manifestaram-se os distúrbios mentais. Principiou a falar muito, pronunciando frases incoerentes. Cantava horas a fio, sem parar, outras vezes chorava copiosamente. Outras vezes ria instintivamente. Domingo último, sem mudar o traje caseiro, saiu à rua, sem destino, a perambular, sendo mais tarde encontrada no interior de um café, sito no Mercado, a dançar ao som de uma vitrola. Interrogada sobre esse procedimento, respondeu que viera ao Mercado beber água⁴⁵⁵.

As oscilações de humor remetem à possibilidade de uma Tensão Pré-menstrual. Lucia S. possui em seu prontuário, uma ficha para anotar os ciclos menstruais relativa ao ano de 1931, que fornece alguns subsídios:

Quadro 28 – Dados sobre a menstruação da paciente Lucia S., extraídos do ano de 1931

Ano	Mês	Dias
1931	Janeiro	24, 25, 26
	Fevereiro	23, 24, 25
	Março	19, 20, 21
	Abril	16, 17, 18
	Maio	22, 23, 24
	Junho	15, 16, 17
	Julho	12, 13, 14
	Agosto	19, 20, 21
	Setembro	14, 15, 16
	Outubro	10, 11, 12
	Novembro	Não consta
	Dezembro	Não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

O ciclo menstrual de Lucia S. entre agosto e outubro pareceu bastante regular, havendo um intervalo de 26 dias (contando da data de início do fluxo até o dia anterior ao próximo fluxo menstrual), isto levando em consideração que os meses de agosto e outubro possuem 31 dias e setembro 30 dias. Se esta mesma conta for aplicada para os meses de novembro (30 dias) e dezembro (31 dias), provavelmente a menstruação de Lúcia pode ter ocorrido entre os dias 5 e 7 de novembro e 1 e 3 de dezembro. Uma vez que a derradeira internação de Lúcia ocorreu no dia 3 de dezembro de 1931, é provável que algum distúrbio ligado ao ciclo menstrual tenha condicionado seu último internamento, já que foram relatadas alterações de humor: “cantava horas a fio, sem parar, outras vezes chorava copiosamente”.

Benchimol destaca alguns sinais, ditos por ele subjetivos,

⁴⁵⁵ PHSP de Lucia S., 18 anos, solteira, primeira internação em 1923. O Mercado mencionado é o Mercado Público de Porto Alegre.

que podem preceder de vários dias o derrame sanguíneo menstrual [como] podem, também, sobrevir com ele no momento exato de seu início: o nervosismo, a irritabilidade, a superexcitação, a melancolia, as modificações de humor, a insônia, a inapetência, as cefaleias, as palpitações, devidas à excitação da glândula tireoide, as ondas de calor no rosto, os suores frios, o resfriamento das extremidades, etc.⁴⁵⁶.

No Hospício São Pedro as mulheres, no quesito ligado à sua condição fisiológica, foram tratadas de maneira semelhante, não importando a etnia.

No prontuário de uma descendente de alemães, no qual só consta o nome e um atestado datado de março de 1902 e oriundo de Camaquã, é possível saber que Fausta está acometida de alienação mental, há três meses, mas apresenta momentos lúcidos prolongados e nunca ficou completamente furiosa. Sua doença não é hereditária, e atribuíu-se “com seguros fundamentos, que a causa de sua enfermidade, além do desgaste que lhe causou o abandono do marido seja uma suspensão prolongada”⁴⁵⁷. A “suspensão”, ou amenorreia⁴⁵⁸ era passível de justificar o aparecimento de uma doença mental. Alice, de 17 anos, sem ascendência italiana, internada pela primeira vez em 1921 e diagnosticada com “degeneração hereditária debilidade mental com acessos”, tem em seu prontuário a informação de que “os episódios de demência coincidem com amenorreia. Atualmente esta tem já três meses”⁴⁵⁹. Informa ainda o documento médico nos Dados Comemorativos de 1927, que a mãe, uma tia e uma irmã também sofriam de alienação. “Pelo lado materno há numerosos alcoolistas. Tem sífilis hereditária. Odeia os homens até o próprio pai”.

Para Henrique Roxo, “a sífilis e o alcoolismo dos progenitores são os dois fatores que mais concorrem para a degeneração dos descendentes”⁴⁶⁰, e no caso específico dos alcoolistas “os filhos são profundamente degenerados, não porque o progenitor fosse um inveterado etílico, mas sim porque acidentalmente, no momento da concepção estivesse embriagado”⁴⁶¹.

⁴⁵⁶ BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 45 e 46. Segundo obra mais recente, de 1978, a menstruação ocuparia lugar destacado entre as moléstias psíquicas da mulher: “Durante e sobretudo antes da menstruação, muitas mulheres não são, geralmente numa medida exígua, totalmente elas mesmas: nervosas, tensas, menos ativas, menos interessadas e um pouco melancólicas ou disfóricas (*estado de indisposição menstrual ou pré-menstrual*). Além disso queixas corporais: sensação de tensão e dor no ventre, mal estar. Nas mulheres neuróticas, antes e durante a menstruação, são mais sérias: existe até maior perigo de suicídio (destacado em itálico no original)”, VAN DEN BERG, Jan Hendrik, op. cit., p. 127.

⁴⁵⁷ PHSP de Fausta, 27 anos, casada. No prontuário não constam informações tais como: diagnóstico, ano de internação, ano da alta, motivo da alta, etc. O único documento é um atestado.

⁴⁵⁸ Para BENCHIMOL a amenorreia pode ocorrer por questões fisiológicas (gravidez ou lactação) ou patológicas, isto é, se a mulher não estiver grávida ou amamentando ela apresenta uma doença. BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 113.

⁴⁵⁹ PHSP de Alice, de 17 anos, solteira, primeira internação em 1921.

⁴⁶⁰ ROXO, Henrique. *Manual de Psiquiatria*. 2 ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1925, p. 53.

⁴⁶¹ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 47.

Como informado por Benchimol, nas vésperas ou no decurso do chamado *incômodo*, uma série de sintomas eram notados, e, segundo o autor, em torno de 85% das mulheres apresentariam perturbações que poderiam ser observadas através de sintomas⁴⁶².

A descendente de alemães, Matilde⁴⁶³, de 19 anos, casada, foi internada pela primeira vez em 1921 com o diagnóstico de “psicose epiléptica”. Na Observação Psiquiátrica de 1933, consta que “(...) suas crises datam dos 13 anos, época de sua primeira menstruação”. Talvez a relação menstruação com crises de epilepsia tenha sido mais traumática. Supunha-se que “nas neuropatas, histéricas, epiléticas estes distúrbios temporários podem chegar a despertar crises do mal”⁴⁶⁴, isto é, mensalmente poderia ser esperada uma crise de epilepsia, despertada pelas regras menstruais. Matilde sai do HSP em 1922 e retorna em 1932, com 30 anos, “emagrecida. Cicatriz de queimadura no punho e mão D com amputação dos dedos com exceção do polegar. Pernas edemaciadas”, e faleceria na instituição em 1937, com 35 anos. Procedente de Santa Maria, agricultora, é provável que seus surtos epiléticos prejudicassem seus afazeres tanto no campo quanto na casa. Curioso é perceber que Matilde casara-se antes da primeira internação, mas posterior a primeira crise de epilepsia (que ocorreu logo após sua primeira menstruação, aos 13 anos).

Já para Paulina, ascendência germânica, de 17 anos, solteira e diagnosticada com “estado melancólico”, ocorreram duas internações e em ambas saiu para assistência.

Nos Dados Comemorativos de 1930 pode ser lido:

Consta haver tido amenorreia por longo tempo. Menstruou aos 13 anos.

A paciente é filha de pais que não tinham residência fixa e eram de baixa moral. Foi ela criada aos encontros da sorte, ao leão da vida, de forma que não é possível obter dados claros acerca de seu passado.

E na observação psiquiátrica de nov/1931:

Estado mental melhorado. A paciente responde relativamente bem ao interrogatório. Torna-se um tanto difícil apreciar melhor as suas respostas pela falta de maiores conhecimentos do português. Julgo mesmo, que se acha em condições de alta sensivelmente melhorada⁴⁶⁵.

Além da enfermidade, Paulina ainda teve de enfrentar a questão de não saber se expressar no idioma dos médicos⁴⁶⁶, o que não impediu que saísse em definitivo em 1932 para assistência

⁴⁶² BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 44. Também BEAUVOIR indica a mesma percentagem: “Quase todas as mulheres - mais de 85% - apresentam perturbações durante esse período.”, BEAUVOIR, Simone de, volume 1, op. cit., p. 49.

⁴⁶³ PHSP de Matilde, 19 anos, casada, primeira internação em 1921.

⁴⁶⁴ BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 48.

⁴⁶⁵ PHSP de Paulina, 17 anos, solteira, primeira internação em 1921.

⁴⁶⁶ Sobre esta questão, do idioma sendo obstáculo para comunicação entre paciente e médico, ver SCOTTI, Zelinda Rosa. Loucas mulheres alemãs. In: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (Org.). *4º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero - redações e artigos científicos premiados*. 4 ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2009/B, p. 62 a 66.

domiciliar. Entendia-se que a menstruação contribuía para a ocorrência de enfermidades, mas os médicos não especificavam o que o menstruar implicava na internação:

Os sintomas de epilepsia que Matilde devia manifestar, na possível ausência de ter conseguido se expressar, pode ter sido o diferencial que Paulina teve: ela não falava bem o português, mas também não tinha crises convulsivas. Nenhuma anotação marca que o conhecimento de saber “quando” as pacientes menstruaram tenha contribuído e em que medida, para a alienação. Era como seguir uma cartilha: sendo mulher o melhor era anotar quando menstruou, pois poderia ser um indício a ser aproveitado mais tarde (grifo no original)⁴⁶⁷.

Os familiares demonstravam certo grau de tolerância com o comportamento destas mulheres. Nos casos aqui abordados, ocorreu mais de uma internação, quando então, exceto para o caso de Paulina, tudo indica que as pacientes foram deixadas nas dependências do HSP para serem definitivamente esquecidas. Como pode ser percebido no internamento de Julieta, sem ascendência italiana, de 20 anos, solteira, acompanhada por uma longa carta redigida para a instituição pelas mãos do próprio irmão:

D^a Julietta, internada no Hospício de São Pedro no dia 28 de janeiro de 1918; teve como norma de sua vida na casa paterna e como princípio de sua enfermidade, mais ou menos o seguinte sistema:

Em menina, era bem alegre e gozava relativamente [de] boa saúde. Ao passar para a idade de moça, não teve nenhum inconveniente, porém, começou nessa a doença chamada de nervos com os seguintes sintomas: tristeza, desejando a solidão ou também muito riso, e o mais comum era um choro e um medo extraordinário, precedendo a todos estes males um hábito de, quando sentada, trazia a cabeça sobre os joelhos e fazia mover molemente, por mais que lhe fosse pedido que tal não fizesse, começando nessa ocasião uma teimosia e um hábito de fazer o contrário do que se lhe ordenava, e assim outros costumes extravagantes: como o de comer cascas e folhas das árvores, frutas verdes, procurar todos os meios de não tomar remédios, temendo serem venenosos, comer terra, sal etc, quase sempre quando vinham as regras, mostrava-se muito irritada; Teve durante esse tempo épocas que aparentemente se mostrava sã e com grande melhoras, mostrou sofrimento mental oito dias antes de ser internada.

É costume da casa paterna de D^a Julietta ensinar rezas e outras práticas religiosas e como em casa havia um livro com gravuras simbólicas acerca da morte etc etc (sic), esta se mostrava muito impressionada, não sendo porém compreendida pelos de casa que também lhe contavam episódios de mortes consternadoras e assim outras cousas mais.

No atestado que acompanha D^a Julietta, consta de dois parentes que sofreram o mesmo mal, porém tomando o narrador melhores informações, verificou que aqueles sofriam da medula e uma outra moça que é prima em 2^o lugar, sofre incômodo igual, segundo informação; e esta é conhecida dos Srs. Médicos, é Ella: a filha do Dr. Adiodato.

Para terminar, informo mais, aos Srs. Médicos, que, pela parte paterna todos homens da família e algumas das Sras. que são tios e tias da D^a Julietta sofrem todos, outrossim, sofreram doenças dos nervos e choros etc etc (sic).

Porto Alegre, março de 1918.

Bernardino, irmão de D^a Julietta⁴⁶⁸.

Internada pela primeira vez em 1918, Julietta sai para assistência domiciliar em 1919, e retorna em 1922, permanecendo até seu falecimento, em 1941, com presumíveis 43 anos. Ao ler a

⁴⁶⁷ SCOTTI, Zelinda Rosa. op. cit., 2009/B, p. 75.

⁴⁶⁸ PHSP de Julieta, 20 anos, solteira, primeira internação em 1918. A palavra medula está grifada no original.

carta na cronologia indicada, é possível observar que os sintomas iniciais não afetaram os familiares, tais como “tristeza, desejando a solidão ou também muito riso, e o mais comum era um choro e um medo extraordinário”, no entanto, quando passou a apresentar “teimosia e um hábito de fazer o contrário do que se lhe ordenava”, ao que tudo indica este comportamento desagradável aliado a ser mensal “quase sempre quando vinham as regras, [mostrando-se] muito irritada”, determinou a internação. Como informa Benchimol, as perturbações oriundas do período menstrual, tais como “excitações, depressões, melancolia, tendência à solidão e à tristeza, ao entusiasmo e à irritabilidade, (...) podem se acentuar de tal modo que chegam à nevrose, à psicose”⁴⁶⁹. Mas se for observado o tempo que Julieta passou em casa, após os sintomas ligados à menstruação, retornando ao lar para uma breve estada, pode-se supor que não se trata de uma doença, e sim da manifestação de um comportamento inadequado, ligado à teimosia e ao não obedecer.

Para outras mulheres, o destino final é o Hospício São Pedro, sem concessão a um retorno à residência, como ocorreu com Maria, sem ascendência italiana, 30 anos, solteira, como pode ser observado na guia da Intendência Municipal de Lajeado, em novembro de 1924: “(...) A demência de Maria da Glória começou após ser atacada do tifo na idade de nove anos e manteve-se relativamente calma até agora. Seus maiores acessos ocorrem por ocasião de ser regulada. Em sua família não houve nenhum caso de loucura (...)”⁴⁷⁰.

Internada em 1924 com o diagnóstico de “debilidade mental com surtos delirantes episódicos”, permaneceria no HSP até 1948, vindo então a falecer. Aqui novamente o comportamento talvez tenha sido a real motivação do internamento, afinal “manteve-se relativamente calma até agora. E este agora, estaria relacionado aos acessos que ocorrem por ocasião de ser regulada”.

Através da leitura da obra de Beauvoir, é possível constatar algumas possibilidades que levariam mulheres a serem internadas graças a distúrbios ligados à menstruação: na década de 40, era comum o medo relativo às mudanças ocorridas no corpo feminino devido à puberdade. Com a transcrição de depoimentos, a autora descreve sentimentos que podem ter sido comuns a muitas jovens, e isto pode ser creditado à ignorância:

O aparecimento das regras deixou-a meio louca; quando os pelos do púbis começaram a crescer ela ficou convencida de que era a única pessoa no mundo com tal monstruosidade e até a idade de 20 anos esforçou-se por se depilar a fim de fazer desaparecer esse adorno selvagem;

Atingi a idade de 18 anos e tive pela primeira vez minhas regras. Estava desprovida de qualquer iniciação... À noite tive hemorragias violentas, acompanhadas de fortes cólicas e não

⁴⁶⁹ BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 24.

⁴⁷⁰ PHSP de Maria, 30 anos, solteira, primeira internação em 1924.

pude descansar um só momento. Logo pela manhã, corri a minha mãe com o coração batendo e sem parar de soluçar pedi-lhe conselho. Mas só obtive esta severa repressão: “Bem que poderias ter percebido antes, para não sujar assim os lençóis e a cama”. Foi tudo, à guisa de explicações. Naturalmente quebrei a cabeça para saber que crime poderia ter cometido e experimentei terrível angústia (destacado com aspas no original);

Quando tive, enfim, minhas regras e meu pai descobriu minhas toalhas manchadas de sangue, houve uma cena terrível. Porque ele, homem limpo, era “forçado a viver entre tantas mulheres sujas” e parecia-me que era minha culpa ficar indisposta (destacado com aspas no original)⁴⁷¹.

Ainda que a autora informe que as moças de sua época estão mais informadas que outrora, Beauvoir enfatiza a existência de adolescentes ignorando que “os órgãos sexuais sirvam para outra coisa que não apenas urinar”⁴⁷². Este desconhecimento tem sua origem na falta de esclarecimentos prestados pelas mães, sendo que, para elas, seria mais fácil revelar os mistérios da gravidez e do parto, e até mesmo sobre relações sexuais do que sobre questões pertinentes à menstruação. Beauvoir cita pesquisa realizada em 1896 em uma escola norte-americana, com 125 alunas. Destas, 36 nada sabiam sobre menstruação e 39 tinham vagas noções, em outras palavras, mais da metade destas alunas vivia na ignorância de como ocorriam as transformações em seus corpos. A autora acrescenta que “se por volta dessa época a moça desenvolve muitas vezes psicoses é porque se sente sem defesa diante de uma fatalidade surda que a conduz a provações inimagináveis; sua feminilidade significa a seus olhos, doença, sofrimento, morte e esse destino subjuga-a”⁴⁷³.

Parece apropriado dizer que, se as meninas pouco sabiam ou mesmo tinham grande receio, as famílias, especificamente pais e mães, também poderiam sofrer de ignorância de como enfrentar estas mudanças que muitas vezes vinham carregadas de sintomas desagradáveis, tais como mau humor, irritabilidade, nervosismo.

4.4 Maternidade: gravidez e pós-parto

O internamento de mulheres em estado de gravidez no HSP é um capítulo à parte.

Beauvoir afirma que é “pela maternidade que a mulher realiza integralmente seu destino fisiológico; é a maternidade sua vocação natural”⁴⁷⁴. Também Perrot assevera que a maternidade “para as mulheres, é uma fonte de identidade, o fundamento da diferença reconhecida, mesmo

⁴⁷¹ Embora o recorte temporal deste artigo seja distinto para o período da escrita dos relatos observados em Beauvoir, década de 40, não devem diferir de como era encarada a menstruação em período próximo, mas anterior, no caso entre 1900 e 1925. BEAUVOIR, Simone de. *O Segundo Sexo: a experiência vivida*. (volume 2). 3 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980, p. 49, 55 e 65. (primeira edição em 1949)

⁴⁷² BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 60.

⁴⁷³ BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 50, 51 e 56.

⁴⁷⁴ BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 248, destacado com aspas no original.

quando não é vivida⁴⁷⁵. Mas a perspectiva de não ser um período dos mais idílicos é indicada por Roxo, que informa: “muitas doenças mentais se instalam durante a gravidez e o puerpério”⁴⁷⁶. Não se pode generalizar nem a identidade/maternidade como algo natural e esperado por todas, e tampouco que distúrbios mentais possam ser desenvolvidos por muitas, mas com certeza estas afirmações são reais para muitas.

Para algumas pacientes, por razões não especificadas nos prontuários, o período gestacional significou passaporte para o hospício. Não há como saber quantas mulheres, no período de 1900 a 1925, adentraram no HSP, nestas circunstâncias. Mas as que tiveram em seu prontuário alguma menção à gravidez ao parto, não foram poucas, se for levado em consideração que o São Pedro não era uma maternidade.

Quadro 29 - Mulheres internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por questões ligadas à maternidade

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
92	Maria K.	18	solteira	4	1904	1905	assistência	excitação maníaca	Mariana Pimentel	não consta
498	Catulina	20	solteira	4	1918	1929	falecimento	psicose epiléptica [epilepsia]	Santana do Livramento	doméstica
50	Avelina	20	não consta	4	1901	1902	assistência	mania aguda	Pelotas	serviço doméstico
1077	Maria E.	25	solteira	4	1925	1936	falecimento	imbecilidade com crises episódicas, impulsividade e angústia	Estrela	não consta
476	Ana ⁴⁷⁷	25	casada	4	1917	1917	assistência	demência precoce		doméstica
1050	Adelina	27	casada	4	1924	1925	assistência	confusão mental	Caxias	serviço doméstico
930	Rosalina	27	casada	4	1924	1934	falecimento	demência precoce paranóide	Porto Alegre	não consta
1048	Graciolina	35	solteira	4	1925	1928	curada [cura]	degeneração hereditária debilidade mental com estado delirante episódico	Santo Ângelo	não consta
295	Rosa Italiana	36	casada	4	1903	1906	não consta	excitação maníaca	Lajeado	colona ("colonista")
582	Maria L.	38	viúva	4	1919	1936	falecimento	psicose sistematizada progressiva	Porto Alegre	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Das dez internas indicadas no Quadro 29, nove têm em comum a informação de gravidez em seus prontuários. Todas, com exceção da viúva Maria L., adentraram a instituição estando grávidas.

Das quatro solteiras internadas, duas acabaram falecendo nas dependências do hospício. Maria E., sobrenome alemão, de 25 anos e solteira, foi internada em 24 de agosto de 1925, e o alienista marca que a paciente está grávida de 7 meses. Dois meses depois, é possível ler em papel

⁴⁷⁵ PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007, p. 68.

⁴⁷⁶ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 46.

⁴⁷⁷ Com parente internado, não será informada a cidade de origem.

manuscrito, datado de 24 de outubro de 1925: “declaro que pela administração do hospício São Pedro me foi entregue hoje as 17 horas uma criança do sexo masculino filho de Maria que deu à luz a essa criança aqui no estabelecimento” (não é identificado o grau de parentesco do responsável pela escrita do bilhete, sobrenome diferente). Maria, procedente de Estrela, ficaria nas dependências do HSP até o ano de 1936, quando viria a falecer⁴⁷⁸.

A mesma sorte teve Catulina, sem ascendência italiana, de 20 anos e procedente de Santana do Livramento. Ao que tudo indica, teve seu filho nas dependências da Santa Casa de Misericórdia, como mostra ofício da Santa Casa, em julho de 1918: “de ordem do (...) Provedor, vos remeto a enferma Catulina, que dera entrada neste Hospital, vinda deste estabelecimento em 5 de março p. passado, tendo hoje tido alta. Neste Pio Estabelecimento fica o filho dessa enferma até ulterior deliberação da Provedoria”⁴⁷⁹.

Sabendo-se que Catulina foi internada no São Pedro em 23/01/1918 e sendo a correspondência da Santa Casa datada de 30/07/1918, é plausível afirmar que ela entrou no hospício com três meses de gestação. É possível ainda inferir que a enferma foi encaminhada à Misericórdia, onde teria sido executado o parto. Após parir, Catulina retornaria ao hospício, vindo a falecer em 1929.

Já o caso de Graciolina é bastante curioso, pois instiga a pensar algumas possibilidades baseadas na documentação. Como as companheiras de infortúnio citadas acima, Graciolina, sem ascendência italiana, era solteira.

Em papel almaço e manuscrito:

Declaro que pelo Administrador do Hospital São Pedro, me foi entregue hoje às 18 horas, Graciolina de Tal. Porto Alegre, 7 de fevereiro de 1928.
Amélia M.

Da Santa Casa em 26 de março de 1931:

Acusando o recebimento de vosso ofício nº 248, de 23 de corrente mês, com que deu entrada nesta Pia-Instituição a menina Joanna, filha de Graciolina G., aí internada com procedência de Santo Ângelo (...).

Da Santa Casa em 2 de maio de 1931:

(...) comunico-vos, que deu nesta data o falecimento da inocente Joanna, filha da demente Graciolina G. (...)⁴⁸⁰.

A primeira internação de Graciolina ocorreu em 1925, quando tinha 35 anos, e em 1928 sairia curada da instituição. Observa-se que a pessoa que a retirou não informa o sobrenome da enferma

⁴⁷⁸ PHSP de Maria E., 25 anos, solteira, internada em 1925.

⁴⁷⁹ PHSP de Catulina, 20 anos, solteira, internada em 1918.

⁴⁸⁰ PHSP de Graciolina, 35 anos, solteira, primeira internação em 1925.

dizendo apenas “de Tal”, e tem sobrenome diferente da paciente: ela poderia não estar sendo retirada por pessoa da família.

Os dois documentos oriundos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre referem-se a uma segunda internação, ocorrida em 22 de março de 1931, quando já contava com prováveis 41 anos. No dia seguinte após sua entrada (o ofício expedido pela Santa Casa informa dia 23), Graciolina deu à luz, ao que parece no próprio Hospício São Pedro. A missiva da SC de Misericórdia não confirma que se trata de uma recém-nascida, a menina chamada Joana filha da enferma, mas é provável que assim o seja. Pouco mais de um mês depois, a criança viria a falecer. Observa-se também que o diagnóstico com que Graciolina foi internada, “debilidade mental”⁴⁸¹, pode sugerir que talvez sequer tenha tido consciência da gravidez, sendo levada às pressas ao São Pedro. Sairia no mesmo ano curada.

Na “observação” no verso da guia de internação da russa Maria K., de 18 anos e solteira, pode-se ler: “esta enferma (...) em estado de gravidez (...) uma criança do sexo masculino, parto normal às ... horas da noite de 29 de março de 1905”. Maria entrou em agosto de 1904 – estava possivelmente de dois meses, e saiu em maio de 1905 (dois meses após o parto). Veio ela oriunda da Santa Casa por sofrer das faculdades mentais, só que no encaminhamento da Chefatura de Polícia não há referência à sua gravidez⁴⁸².

Em relação às solteiras, parece que ocorreram dois procedimentos: ou eram abandonadas no hospício, após o parto, casos de Catulina e Maria E., ou iam à instituição apenas para dar à luz, como Graciolina e Maria K. O abandono da parturiente na instituição, após o nascimento de seu bebe, ou o encaminhamento para o parto, fica associado à ideia de que a gravidez de uma moça solteira não era bem vista. Conforme Bassanezzi em *A era dos modelos rígidos*:

Solteira e grávida! A situação levou a garota ao desespero: como explicar aos pais que manchara a honra familiar e que traria vergonha a todos de casa? Como conviver com o fato de não poder ser mais respeitada como uma moça de família diante da evidência de ter dado o mau passo, cedido às tentações, se desviado do caminho? Sem um casamento em vista, que reparasse a situação, o que lhe reservava o futuro? Seria como tantas outras, expulsa de casa? Mesmo que a deixassem ficar, nunca mais encontraria um bom partido, pois ninguém que preste aceitaria se casar com uma doidivana, uma desclassificada que não soube dar-se ao respeito. O certo é que, tendo se igualado às prostitutas, cairia na boca do povo⁴⁸³ (destaques utilizando aspas no original).

⁴⁸¹ Segundo ROXO, Henrique, 1925, op. cit.: “Para se classificar alguém como débil mental é preciso haver cautela, pois a debilidade mental representa uma zona fronteira entre a imbecilidade e a sanidade psíquica. Demais é preciso separar o que caiba à ignorância, à falta de instrução, ao atraso do meio, do que pertença à deficiência de inteligência.”, p. 685.

⁴⁸² PHSP de Maria K., 18 anos, casada, internada em 1904.

⁴⁸³ PINSKY, Carla Bassanezzi. A era dos modelos rígidos. In: PINSKY, Carla Bassanezzi; PEDRO, Joana Maria. (Orgs.). *Nova História das Mulheres*. São Paulo: Contexto, 2012, p. 469.

Não foram encontradas mulheres solteiras de ascendência italiana que tenham adentrado no HSP em estado de gravidez. Talvez a explicação esteja atrelada ao fato de que o modelo de comportamento imputado às mulheres desta etnia, na Região Colonial Italiana, fosse severo o suficiente para inibir tal procedimento (não que ele não ocorresse). O simples rompimento de um noivado já seria motivo suficiente para a honra da moça ser questionada:

Comentavam bastante, falavam principalmente da moça. A quebra do noivado para a moça poderia significar solidão para o resto da vida, ninguém queria namorar uma moça que já tinha sido noiva.

O pessoal enchia o saco de tanto comentar [o rompimento de um noivado]. Certa vez eu tinha uma namorada. Um dia o pai e a mãe dela saíram, e nos deixaram em casa sozinhos. Aí eu disse pra ela: é hoje que eu te pego! E fui logo abraçando ela. Ela ficou braba comigo e me deu um tapa na cara e mandou embora. Eu nunca mais voltei lá. Um dia encontrei a mãe dela na rua e a velha ficou atirando pedra em mim e dizendo que eu era um sem-vergonha, e o que é que eu pensava que a filha dela era, uma puta?⁴⁸⁴

Se não é possível afirmar que o estado civil tenha influenciado as internações acima relatadas, a hipótese é plausível. Seria um erro, no entanto, afirmar que este destino fosse imputado apenas às solteiras que, por motivos óbvios, ou deveriam esconder a gravidez, ou serem talvez punidas.

Algumas mulheres casadas também adentraram o HSP estando grávidas. A italiana Rosa foi remetida em novembro 1903 da Santa Casa para o Hospício São Pedro, com possíveis 36 anos⁴⁸⁵. Em guia da Santa Casa em 6 de junho de 1904:

Julgo conveniente levar ao vosso conhecimento que a criança do sexo masculino, nascida no Hospício São Pedro, sob vossa digna Diretoria, às 4 horas da manhã de 2 do corrente, filho da alienada Rosa, e que enviastes a este Pio Estabelecimento com ofício daquela data (...), tendo sido batizada (...) com o nome de Carlo, faleceu às 8 ½ horas da manhã de 4 de – Debilidade congênita – sendo sepultado no dia seguinte.

Segundo as datas expostas, é possível afirmar que Rosa fora enviada da Santa Casa já estando grávida, e deu à luz no HSP. Sai em agosto (possivelmente dia 23) de 1906, para retornar logo em seguida, em 31 de agosto. Sai em outubro de 1907, para voltar ao HSP em 1913, saindo em definitivo em 1916, retirada pelo marido. Todavia, nem todas tiveram a mesma sorte de retornar ao lar, e muitas vieram a falecer no hospício.

Em 19 de outubro de 1924, Adelina (sem ascendência italiana), de 27 anos foi internada pela primeira vez, saindo em 4 de fevereiro de 1925. Pouco tempo depois, em 4 de março de 1925

⁴⁸⁴ DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério; 1983, op. cit, p. 80. Depoimentos de Albino Formolo e de Ricardo João Stefli.

⁴⁸⁵ PHSP de Rosa, 36 anos, casada, primeira internação em 1903. A idade não é a mesma nos documentos constantes no prontuário. Segundo a Chefatura de Polícia, em 1906 (quando foi novamente enviada ao HSP), Rosa estaria com 42 anos (portanto quando foi internada pela primeira vez teria 39).

retornaria ao hospício, e foi anotado na guia de internação: “entrou em estado de gravidez”. No prontuário, o seguinte manuscrito informa um pouco mais:

Declaro que me foi entregue pela Administração do Hospício São Pedro, uma criança do sexo feminino que é minha filha e de minha mulher Adelina, internada neste hospital, onde deu à luz no dia 7 do corrente mês.
Porto Alegre 7 de junho de 1925. A rogo de João por não saber escrever (...) ⁴⁸⁶.

Conforme o exposto acima, é possível deduzir que Adelina já se encontrava grávida na primeira internação em 1924, mas em início de gestação. Quando saiu em fevereiro, estaria com 5 meses, o que não impediu que retornasse ao HSP, com 6 meses, e isto apenas um mês depois de ter retornado à casa. Após o parto, em junho de 1925, ela então seria deixada em definitivo no São Pedro, até o ano de 1932, quando faleceria, aos 35 anos de idade. Oriunda de Caxias, foi internada com “confusão mental”. Ainda que não se saibam as motivações de suas internações, com certeza as possíveis modificações por que passou o corpo de Adelina com a gravidez podem ter contribuído para sua primeira internação.

Beauvoir, ao abordar questões pertinentes à maternidade e como esta era sentida por diferentes mulheres, comenta sobre “alucinações de gravidez, horror ao trabalho biológico do parto, angústia”, e até mesmo medo da morte diante da proximidade do parto ⁴⁸⁷. Novamente o fator ignorância poderia contribuir para o pânico, como o exemplo exposto por Beauvoir: “meu terror houvera ainda aumentado se tivesse suposto que pela mesma via ocorria o nascimento, mas tendo sabido de há muito que os filhos nasciam no ventre da mãe, eu acreditava que dele se destacavam por segmentação” ⁴⁸⁸. É plausível supor que se a gravidez era algo esperado para a mulher casada, também era motivo para apreensão por parte das futuras parturientes ⁴⁸⁹. Neste caso, alguns maridos não sabendo como lidar com suas esposas que insistiam em se comportar de forma diferente do esperado, optavam pelo internamento.

Na obra *Entre o passado e o desencanto*, depoente informa sobre ausência de informações acerca de sexo e vida conjugal para as italianas da Região Colonial:

um amigo do noivo veio lá em casa e contou que a sua irmã, que tinha de 15 a 16 anos quando casou, pensava que casar era viver com o marido, mas para cuidar da casa, lavar roupa, fazer comida e ajudar na lida roça. Diz que foi um problema nos primeiros dias, pois ela não queria

⁴⁸⁶ PHSP de Adelina, 27 anos, casada, primeira internação em 1924.

⁴⁸⁷ BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 258, 259, 260 e 264.

⁴⁸⁸ BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 45.

⁴⁸⁹ Para VAN DEN BERG, Jan Hendrik, op. cit., p. 128: “Mulheres há que se sentem melhor durante a gravidez; outras não se sentem nada bem neste período. Para a última situação, pode-se indicar, às vezes, um motivo clínico particular (doença de coração, doença dos vasos sanguíneos, doença dos rins). Na segunda metade da gestação, podem, embora raramente, ocorrer psicoses: *psicoses de gravidez*, cujo quadro mórbido é muito variado. (...). *Gravidez indesejável* pode resultar em neurose” (destaques em itálico no original).

saber nada a respeito. Tiveram que pedir ao padre, para que ele falasse com ela e lhe explicasse sobre o assunto. Depois disso contam que o casal teve 15 ou 16 filhos⁴⁹⁰.

De uma maneira geral, diante de perguntas de como funcionava o casamento, as noivas italianas do interior recebiam como resposta “*tu aprenderás*. O sexo constituía, pois, um tabu linguístico, social e religioso”⁴⁹¹. Mas ser mulher imigrante não significa generalizar para todas as etnias como proibido o sexo antes do casamento. Em se tratando de mulheres com ascendência germânica, relações pré-nupciais registradas entre teutos-brasileiros no Espírito Santo, em que as mesmas “são seguidas de casamento em caso de gravidez”⁴⁹², possivelmente estivessem ligadas à necessidade de a noiva ser fértil e pudesse cumprir de forma satisfatória seu papel principal, que era o de prover de braços a pequena propriedade⁴⁹³.

Outras três internas, duas casadas e que não tinham ascendência italiana, passaram por experiência semelhante. A polaca Ana, internada em 1º de setembro de 1917, contava com 25 anos, e era casada. Em sua guia de internação em “Moléstias Intercorrentes”, constavam as seguintes informações: “a doente ... em estado de adiantada gravidez (8 meses e tanto). 2.9.1917. Às 3 horas deu-se na paciente o parto a termo de uma criança do sexo masculino. 5.9.1917”. Isto significa que Ana deu à luz apenas quatro dias após sua entrada. Em 16 de setembro, seu marido retira a criança. Em dezembro de 1917, sai para retornar somente em 2 abril de 1924, saindo logo depois, em 26 de abril de 1924.

Sua terceira internação, ocorrida em dezembro de 1930, traria algumas informações complementares na observação psiquiátrica de junho de 1931: “(...) consta, que antes de vir para este hospital tinha estado numa casa de saúde (...), mas não sabe o nome, em tratamento por ter tentado suicidar-se, ingerindo soda caustica. Foi abandonada pelo marido, indo por isso morar com sua mãe (...)”⁴⁹⁴.

É possível depreender que, após seu parto, Ana tenha feito algumas estadas em hospitais, devido ao seu estado de tristeza. A tentativa de suicídio não fica clara se ocorreu quando do abandono do marido, mas fica evidente que ela precisou do apoio da família, pois o repúdio do

⁴⁹⁰ DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério; 1983, op. cit., p. 82.

⁴⁹¹ RIBEIRO, Cleodes Júlio. Alguns usos e costumes de uma comunidade ítalo-brasileira no Rio Grande do Sul. In: *Anais do Seminário de História, comemorativo do Centenário da Imigração italiana no Rio Grande do Sul (1875-1975)*. Porto Alegre: PUCRS – Departamento de História, s/d, p. 53.

⁴⁹² WILLEMS, Emílio. *Assimilação e Populações Marginais no Brasil: estudo sociológico dos imigrantes germânicos e seus descendentes*. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1940, p. 212.

⁴⁹³ SCOTTI, Zelinda Rosa, 2002, op. cit., p. 140.

⁴⁹⁴ PHSP de Ana, 25 anos, casada, primeira internação em 1917.

esposo parece que significou ficar sem moradia. A estada na casa da mãe não deve ter sido fácil, pois retornaria em fevereiro de 1933 ao Hospício São Pedro, após desentendimento com o pai:

Na observação psiquiátrica de fev. de 1933:

(...) desordens de conduta e vadiagem, segundo o certificado de internação.

No certificado de internação de fev. 1933:

(...) após algum tempo de estadia em casa, surgiram novamente as perturbações mentais, falando constantemente em coisas imorais e ofendendo as pessoas. Tornou-se irritadiça e por vezes, passava a noite inteira desinquieta. No dia de sua internação o pai exigiu-lhe que não fizesse barulho e o deixasse descansar; a paciente sai então e pouco depois volta da rua, empunhando um machado com que desferiu dois golpes no progenitor, prostrando-o. As informações foram prestadas por um irmão da paciente.

Neste mesmo certificado de internação:

Irritabilidade. Desordens da conduta. Vadiagem. Anestesia moral. Tentativa de assassinio do pai.

Se a primeira vista Ana enlouqueceu, algumas informações com data não identificada (não é possível precisar o ano) podem esclarecer minimamente seus atos. Ana casou-se aos 18 anos, e vinha de uma família de cinco irmãos homens. Seu pai era alcoolista, e ela já tivera um irmão internado no HSP (não revelados data da internação e nome do irmão). Ora, a possibilidade de ela carregar o estigma da loucura era grande, já que tivera um irmão internado. Talvez por conta disto, o marido não tenha tido qualquer constrangimento em interná-la em estado adiantado de gravidez.

Abandonada pelo esposo e tendo que morar com a mãe, Ana passou então a trabalhar para toda a família (é informado que era muito trabalhadora), mas com certeza carregava consigo a pecha de separada, além de ser louca. A idade com que Ana foi internada pela última vez sugere a possibilidade de início de menopausa e o estar “desinquieta”, poderia ser devido quem sabe à insônia, um dos muitos sintomas desta etapa do físico feminino. A pessoa que prestou informações ao alienista foi um irmão de Ana, equivalendo a dizer que prováveis discussões domésticas eram relatadas apenas pela ótica do irmão, não se levando em conta a versão da alienada. Isto é, toda vez que Ana talvez tentasse sair desta vida de trabalho contínuo, e possíveis humilhações (bastante plausível que fosse constantemente lembrada que era separada e louca), talvez retrucando, quem sabe se impondo como forma de se defender, ocasionava o “ofender as pessoas”. Ou quando saía de casa, mesmo que fosse para um passeio, acabava sendo apontada como uma conduta de “vadiagem”. Ana seria esquecida no HSP, e viria a falecer em 1958.

Rosalina, internada em 20 de dezembro de 1924, teve uma criança do sexo masculino, em 20 de maio de 1925, que seria retirada pelo pai, no dia 22 de maio. Internada com 4 meses de gravidez,

após a retirada de seu filho, foi ela esquecida pela família. Quando de seu falecimento em 1934, quando contava com 37 anos, sua família não foi encontrada⁴⁹⁵.

Para sorte de Avelina, sem identificação de estado civil, após seu parto, ocorrido em 23 de abril de 1901, saíria no dia seguinte, dia 24 de abril. Entrou em 23 de março de 1901, exatos 30 dias antes de vir a termo a gravidez, e, por conseguinte, com prováveis 8 meses de gestação. A criança do sexo feminino foi recolhida à roda de expostos da Santa Casa de Misericórdia⁴⁹⁶. Avelina saíria para assistência em 1902, diferente de Ana e Rosalina, as quais também não tinham ascendência italiana, e faleceram nas dependências do HSP, mesmo tendo família. Para outras, porém, restava o abandono completo, sem família ou qualquer outro tipo de ajuda, o que é possível de ser observado no internamento de Maria L. ocorrido em 1919:

Da chefatura de polícia em 27 de jan de 1919:

(...) traz em sua companhia, um filho de sete meses, ao qual da nome de Villaim⁴⁹⁷. Diz essa moça, que, nasceu em Jaguarão, esteve em Bagé, daí correu a fronteira, foi ao Estado Oriental, e por fim foi parar em Caxias, daí obteve passagem para Santa Maria, por conta da Intendência, perdendo o trem e embarcando para esta capital. (...).

Da guia da Chefatura de Polícia, 28 de jan de 1919:

(...) junto o atestado médico referente a essa enferma, cujo filho (...) foi recolhido à Santa Casa⁴⁹⁸.

Jogada de um lado para outro, a viúva Maria L., sem ascendência italiana, com 38 anos de idade, provavelmente foi recolhida das calçadas em Porto Alegre, pela Chefatura de Polícia. Isto após ter tido passagem comprada pela Intendência de Caxias do Sul, local onde possivelmente já tivesse estado como indigente nas ruas. Com um filho tão pequeno nos braços, 7 meses, é possível suspeitar que tenha fugido de sua terra, Jaguarão, afinal pode ter ficado viúva antes mesmo da concepção e do nascimento de seu filho. Internada com o diagnóstico de “psicose sistematizada progressiva”, Maria ficaria nas dependências do São Pedro até 1936, vindo então a falecer, com prováveis 55 anos.

O pós-parto era reconhecido como desencadeador de distúrbios mentais. Engel corrobora esta afirmação ao escrever que

[a] loucura puerperal mereceu uma atenção significativa por parte dos alienistas brasileiros desde o fim da década de 1870; sendo concebida, em última análise, como decorrente de distúrbios que se referiam à incapacidade física ou moral da mulher no sentido de realizar plena e corretamente os *desígnios da maternidade* (grifos da autora)⁴⁹⁹.

⁴⁹⁵ PHSP de Rosalina, 27 anos, casada, internada em 1924.

⁴⁹⁶ PHSP de Avelina, 20 anos, não consta estado civil, internada em 1901.

⁴⁹⁷ Sobrenome distinto do sobrenome da mãe, nota da autora.

⁴⁹⁸ PHSP de Maria L., 38 anos, viúva, internada em 1919.

⁴⁹⁹ ENGEL, Magali, 2000, op. cit., p. 336.

É possível visualizar o parto como importante causador de distúrbios mentais através de quadro montado pelo médico londrino William Black, em 1810. Com base nos internamentos de pacientes do Hospital Bethlem, fundado no século XIII, e que abrigava particulares e indigentes, Black mostra linguagem distante da escrita psiquiátrica que surgiria alguns anos mais tarde. No entanto, este quadro permite inferir que após a adoção de termos médicos, o pós-parto pode ter sido mascarado com a nomenclatura psiquiátrica dos diagnósticos:

Quadro 30 - Infelicidades, problemas, desapontamentos⁵⁰⁰

Tristeza profunda	206
Religião e metodismo	90
Amor	74
Ciúme	9
Orgulho	8
Estudo	15
Medo	31
Bebida e intoxicação	58
Febres	110
Parto	79
Obstrução	10
Família e hereditariedade	115
Contusões e fraturas do Crânio	12
Veneres	14
Varíola	7
Úlceras e sarna seca	5

Interessante observar que “parto”, ou “parição”, segundo Appignanesi, contribuiu com número de internamentos maior que aqueles ligados ao alcoolismo. No capítulo 3 desta tese, foi apurado que o alcoolismo acometeu cerca de 101 pacientes, possibilitando inferir: o número de mulheres internadas por questões ligadas ao pós-parto pode ser superior ao informado logo abaixo no Quadro 31. A ausência de anotação sistemática das motivações dos internamentos, que foi usual entre 1900 e 1925, impede que se tenha uma dimensão correta de quantas mulheres estiveram internadas no HSP por motivação de loucura puerperal. Acredita-se que o número possa ser sensivelmente maior do que o apontado, uma vez que não há indicações que possam ser observadas via diagnósticos.

⁵⁰⁰ APPIGNANESI, Lisa. *Tristes, loucas e más: a história das mulheres e seus médicos desde 1800*. Rio de Janeiro: Record, 2011, p 58 e 58. Título extraído da obra como se encontra.

Quadro 31 - Mulheres internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) por prováveis questões ligadas ao pós- parto

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
929	Zulmira	19	casada	4	1924	1924	curada [cura]	confusão mental	Cachoeira	doméstica
62	Leopoldina	20	casada	1	1900	1901	assistência	<u>loucura puerperal</u>	São Leopoldo	serviço doméstico
492	Maria C.	20	casada	3	1918	1918	curada [cura]	<u>psicose puerperal</u> (síndrome confusão mental estúpida)	Porto Alegre	não consta
1063	Décima descendente italianos	24	casada	4	1920	1920	assistência	confusão mental <u>post-partum</u>	Bento Gonçalves	serviço doméstico
137	Maria	24	solteira	4	1909	1910	assistência	<u>loucura post-partum</u> depressão melancólica delirante [pós parto]	Santa Maria	serviço doméstico
132	Pierina descendente italianos	28	casada	4	1909	1911	assistência	depressão melancólica com idéias delirantes místicas (...)	Garibaldi	serviço doméstico
768	Orphelina	36	não consta	4	1924	1935	falecimento	estado melancólico delirante	Encruzilhada	não consta
860	Carula descendente italianos	36	casada	1	1921	1922	assistência	acesso maníaco	Santa Maria	serviço doméstico

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Para Zulmira, sem ascendência italiana, a vida de casada iniciou muito cedo, aos 14 ou 15 anos. Na observação psiquiátrica de dezembro de 1932, foi anotado que teve “várias internações. Segundo nos informamos, as suas crises delirantes sobrevêm após os partos (...)”. Seus internamentos podem sugerir algumas conclusões:

- foi internada pela primeira vez em janeiro de 1924, saindo curada em julho de 1924;
- retorna em setembro de 1925, e sai novamente em junho de 1926 curada;
- volta em 1928, sai melhor em 1930;
- regressa em abril 1931, saindo em maio de 1931, novamente melhorada;
- finalmente em 1932, retorna aos 27 anos, e fica até seu falecimento, em 1942, aos 37 anos.

Se suas crises “sobrevêm após os partos”, e esta informação foi postada em 1932, em sua quinta e última internação, é possível supor que Zulmira passou por, no mínimo, cinco partos. Grávida quase que anualmente, lhe era improvável o total restabelecimento físico e emocional. Com 27 anos, seria esquecida no HSP, por apresentar distúrbios no pós-parto⁵⁰¹.

Para a descendente de italianos, Carula, de 36 anos e casada, a situação de inúmeros partos não foi diferente. Em carta escrita por um tio da paciente, em dezembro de 1921, endereçada ao

⁵⁰¹ PHSP de Zulmira, 19 anos, casada, primeira internação em 1924.

Diretor do Hospício, podem ser observados alguns elementos esclarecedores. Carula casou-se aos 16 anos, “com um marido pouco sadio, de forma que ficou logo casada atacada de moléstias veneras”. Teve 11 filhos, quase um filho a cada dois anos, sendo que o último parto teria ocorrido em 6 de novembro de 1920 e

no fim de meses depois do parto que começou a variar e cada dia mais até que chegou um ponto de ficar completamente louca, corria pelo campo descabelada, um curandeiro com injeção e isolamento, deixou ela completamente boa, e consultando ele o que era que ... me respondeu que era histerismo (...) estive no Sanatório em São Leopoldo (...). O marido creio seja sífilítico (...) ⁵⁰².

Ao longo dos anos perdeu seis das 11 crianças que teve (não fica claro se a 11ª faleceu). Mas diferente de Zulmira, que apresentou possivelmente depressão a cada parto, Carula se teve depressão permaneceu em casa, e só quando passou a reagir de maneira intempestiva “corria pelo campo descabelada”, sua família a enviou ao hospício. É possível deduzir que quando a mulher permanece triste ainda é admissível tê-la em casa, só quando perdesse o controle incidiria a necessidade de internação. Sai para assistência em 1922, e retorna em 1923, para permanecer no HSP até sua morte, em 1944, aos 58 anos.

Orphelina, bem como Pierina (esta descendente de italianos), possuem a informação, em seus prontuários de que ambas cometeram infanticídio. Uma vez que se tratava de crianças em tenra idade, é provável que pudessem estar os internamentos relacionados a uma depressão pós-parto, ou mesmo outro distúrbio que em linguagem atual se chama, psicose puerperal ⁵⁰³.

Orphelina, sem ascendência italiana, de 36 anos, sem indicação de estado civil, foi internada em 1924 com o diagnóstico de “estado melancólico delirante”. Na guia da Chefatura de Polícia, em 18/06/1924, e na Observação Psiquiátrica de 1931 e 1932, constam as seguintes informações:

⁵⁰² PHSP de Carula, 36 anos, casada, primeira internação em 1921.

⁵⁰³ Algumas informações adicionais prestadas pelo Dr. Frederico Navas Demétrio que é médico psiquiatra: “Num passado não muito distante, esses sintomas não eram valorizados; ninguém falava em depressão pós-parto. Os transtornos de humor eram considerados traços da personalidade feminina. Sem diagnóstico nem tratamento adequado, ou a doença se resolvia espontaneamente ou tornava-se crônica. (...). É importante estabelecer essa diferença. A tristeza pós-parto é quase fisiológica. Dependendo da estatística, de 50% a 80% das mulheres apresentam certa tristeza, certa disforia e irritabilidade que têm início em geral no terceiro dia depois do parto, dura uma semana, dez, quinze dias no máximo, e desaparece espontaneamente. Já a depressão pós-parto começa algumas semanas depois do nascimento da criança e deixa a mulher incapacitada, com dificuldade de realizar as tarefas do dia a dia. (...). Depressão pós-parto e psicose puerperal são quadros muito diferentes. Felizmente, os casos de psicose são raros. A prevalência é de um caso para cada cem mil nascimentos. (...). Felizmente, os casos de agressão intencional ao filho são bem pouco frequentes. O crime de infanticídio, previsto no Código Penal, ocorre em 4% das psicoses puerperais. A ligação mãe-filho é tão intensa que mesmo a mulher psicótica, sem contato com a realidade, em raríssimos casos mata a criança intencionalmente.”, DEMÉTRIO, Frederico Navas. *Depressão Pós-parto*. Entrevistador: Drausio Varela. Disponível em <http://drauziovarella.com.br/mulher-2/depressao-pos-parto-3/>, acesso em 8 de abril de 2013. **Não se pretende afirmar que estas mulheres tiveram psicose puerperal, ou depressão pós-parto, apenas indica-se possibilidades ligadas ao que foi lido nos prontuários.**

Chefatura de Polícia

Solicito-vos a internação nesse estabelecimento da alienada Orphelina, acusada, em Encruzilhada, como autora da morte de um filho seu menor, e que foi, com fundamento no artigo 27 (...) do Código Penal, impronunciada pelo Dr. Juiz da Comarca daquela localidade, o qual resolveu, também, fazê-la recolher a esse hospício.

Observação Psiquiátrica de 1931

Atitude recolhida, fisionomia tristonha. Responde ao interrogatório em voz baixa sem olhar o interlocutor. Perguntada sobre os seus filhos diz os nomes e chegando naquele que morreu de acidente num tanque em que a paciente lavava roupas, desata em pranto (...).

Observação Psiquiátrica de 1932

A paciente foi ao que parece, acusada de infanticídio. Nega, entretanto, que haja matado o seu filho, cuja morte ela explica como sendo um acidente: a criança de 1 ano de idade, ludibriando a sua vigilância, atirou-se num “açude” em que a paciente lavava roupa. Toda vez que o interrogatório dirige-se para esse ponto, ela tem uma crise de choro, fechando-se num mutismo obstinado, que só a muito custo se consegue vencer. Não pudemos encontrar entretanto idéias melancólicas nítidas. O crime se verdadeiro, parece não ter obedecido aos móveis psico patológicos que impulsionam habitualmente os assassinos altruístas. Trata-se (...) de um caso de oligofrenia⁵⁰⁴.

Ficaria a paciente internada até 1935, quando então, aos 47 anos, viria a falecer. O caso de Orphelina é bastante curioso, se for comparado ao caso da descendentes de italianos Pierina, internada com diagnóstico de “depressão melancólica com idéias delirantes místicas (...)”, e também acusada de infanticídio⁵⁰⁵. Enviada ao HSP quando contava com 28 anos, após cometer o crime de afogar sua filha de 16 meses em uma tina de água, o que originou um processo. Pierina, diferente de Orphelina, assumiu a culpa pelo crime, e foi liberada em 1911.

Por fim, Décima, descendente de italianos, foi diagnosticada portadora de “confusão mental *post-partum*”, aos 24 anos. Internada pelo marido em 1920 na classe geral, será ela transferida para a 3ª classe, a pedido dele, que apresentou carta de fiança. Internada em janeiro de 1920, sai em agosto do mesmo ano. Retornaria em 1925, quando seria diagnosticada com “confusão mental delirante episódica de degenerados”, e permanecendo até 1930, quando vem a falecer, no HSP⁵⁰⁶. Como

⁵⁰⁴ PHSP de Orphelina, 36 anos, não consta estado civil, internada em 1924.

⁵⁰⁵ Este é um prontuário que poderia ser chamado de excepcional para a época. Além das cartas da interna, o APERS após localizar o documento médico, juntou a ele o processo crime oriundo do infanticídio. Foi este documento médico trabalhado de forma superficial por FAVARO, Cleci. Explorando documentos: uma experiência de trabalho com fontes primárias do acervo do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul. *Sociedade Brasileira de Pesquisa Histórica*, Anais da XVI Reunião. Curitiba, 1996, e SCOTTI, Zelinda Rosa. Um crime, o internamento em um hospício, e possibilidades do emprego da micro-história. *Fato & Versões*, v. 1, 2009/A. Um trabalho com abordagem minuciosa das cartas e processo crime pode ser observado na tese de WADI, Yonissa Marmitt. *Louca pela vida: a história de Pierina*. 2002. (Doutorado em História) – Faculdade de História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002. Serão apresentadas apenas algumas indicações da história da paciente, recomendando-se que seja lido o trabalho de Wadi, onde constam as cartas e desdobramentos após internamento. Observação: esta enferma tem nome distinto de Pierina, mas uma vez que, foi feito trabalho detalhado sobre ela, manteve-se o nome escolhido por Wadi.

⁵⁰⁶ PHSP de Décima, 24 anos, casada, primeira internação em 1920.

Décima, as internas Maria C., Maria S. e Leopoldina também não trazem em seus prontuários maiores informações além do diagnóstico indicativo de problemas ligados ao pós-parto.

4.5 Menopausa

A descrição da menopausa por Beauvoir é esclarecedora sobre como era vista essa mudança no corpo feminino:

Todo período da vida feminina é calmo e monótono: mas as passagens de um estágio para outro são de uma perigosa brutalidade; evidenciam-se através de crises muito mais decisivas do que no homem: puberdade, iniciação sexual, menopausa. Enquanto ele envelhece de maneira contínua, a mulher é bruscamente despojada de sua feminilidade; perde, jovem ainda, o encanto erótico e a fecundidade de que tirava, aos olhos da sociedade e a seus próprios olhos, a justificação de sua existência e suas possibilidades de felicidade: cabe-lhe viver, privada de todo futuro, cerca de metade de sua vida⁵⁰⁷.

Diversos trechos na continuação do texto acima, obra escrita por feminista consagrada, permite perceber que a menopausa era malvista até mesmo pelas mulheres. Comenta sobre a narcisista que, preocupada demais consigo mesma, não prevê “a inelutável decadência”; ou sobre aquelas que removem o passado, e procuram “deter o tempo num esforço patético”: a mulher maternal procurará conceber nova vida, e a que se apóia na sensualidade irá se esforçar para “conquistar um novo amante”. Veste-se como jovem, e tentará realizar, “antes que seja tarde, todos seus desejos de criança e de adolescente”: o aprendizado do piano, um idioma, escultura, etc. Tem o intuito de viver os romances que não conheceu, e “que dentro em breve não mais poderá conhecer”, ocorre de apaixonar-se, “secretamente, por um rapaz após outro, e como a adolescente é obcecada pela violação. Nove em dez dos erotômanos são mulheres, quase todas de 40 a 50 anos”. Perde “todo senso crítico”, e torna-se presa fácil de seitas religiosas, curandeiros e charlatões. Alimenta “contra o marido um ciúme mórbido, e as dificuldades da menopausa prolongam-se em certos casos até a morte na mulher que não se conforma em envelhecer”⁵⁰⁸.

Faz no entanto, uma ressalva, a crise seria sentida em menor grau pelas mulheres que não apostaram na sua feminilidade, as que trabalharam duramente, e acabam vislumbrando na menopausa a oportunidade de livrar-se da servidão menstrual. A camponesa e a mulher do operário se sentem felizes quando a ameaça da maternidade não existe mais⁵⁰⁹, em outras palavras, a crise da menopausa seria uma questão de classe social.

⁵⁰⁷ BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 343.

⁵⁰⁸ BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 343-349.

⁵⁰⁹ BEAUVOIR, Simone de, volume 2, op. cit., p. 343.

Toda linguagem de Beauvoir, e a exposta acima é apenas uma amostra, é mesclada de machismo e fatalismo, e a tão elogiada feminista, com certeza, não deve ter sido lida na totalidade de sua obra, caso contrário não seria tão festejada. De qualquer forma, uma vez que Beauvoir é usada neste trabalho como fonte, a maneira como ela enxerga a menopausa indica que, em algum grau, significava sofrimento, pois a ruptura que ocorre na vida da mulher a partir desta transformação fisiológica poderia concorrer para distúrbios mentais. E quando informa as pretensas mudanças comportamentais, está traduzindo o que a Psiquiatria entendia como alvo para a reclusão.

Victória, casada, 39 anos, sem ascendência italiana, foi internada, em 1917, com o diagnóstico de “demência precoce”. A seguinte carta, sem data ou assinatura consta em seu prontuário:

Começo do sofrimento da enferma Victória
o começo foi uma molhadeira de chuva em tempo que andava assistida da menstruação e suspendeu a regra e daí começou uma grande febre e delírio, e depois com algum tratamento desapareceu a febre e o delírio. Daí em diante nunca mais apareceu a regra, e nem disse uma palavra de variedade até hoje antes (...) dias e dias que não dá uma palavra que seja, e quando ela diz alguma palavra e no natural não diz uma palavra que seja certa, já faz um ano e sete meses que começou a sofrer, ela tem 39 anos de idade. Houve tempo que o cabelo da cabeça ficou numa pasta que tivemos de cortá-lo. E no começo teve grande prisão de ventre e algum sofrimento no estômago⁵¹⁰.

A pessoa que escreveu a carta comenta que a suspensão do fluxo menstrual foi fator determinante no aparecimento do “sofrimento da enferma”. Devido à idade da interna, é admissível supor que se tratava do início do climatério. Victória viria a falecer nas dependências do Hospício São Pedro, em 1918.

Para Benchimol, “a idade em que se instala a menopausa é pelo geral, entre 45 e 50 anos”, já a menopausa “é considerada precoce quando a cessação das regras se verifica antes dos 35 anos de idade” e será considerada “tardia as regras que cessam após os 55, 60 anos e até mais tarde”⁵¹¹. É possível observar que o número de mulheres internadas no HSP com idade entre 36 e 54 anos é bastante elevada:

⁵¹⁰ PHSP de Victória, 39 anos, casada, internada em 1917. Prontuário utilizado também no capítulo 1.

⁵¹¹ BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 206 a 208. Para VAN DEN BERG, Jan Hendrik, op. cit., p. 129, “O climatério, ou seja, a época crítica da menopausa, vai, na atualidade, subindo progressivamente para uma idade sempre mais avançada. Enquanto o climatério, na Idade Média, começava mais ou menos aos 40 anos, e em 1830, cerca de 45 anos, há agora sempre mais mulheres que menstruam até os cinquenta anos e até mais tarde”.

Tabela 29 (múltipla) – Quantidade de internas por idade (presumível para menopausa)

Idade usual em que se instala a menopausa	
Idade	Nº de internas
45 anos	14
46 anos	9
47 anos	2
48 anos	8
49 anos	8
50 anos	17
Idade da menopausa (entre idade usual e precoce)	
Idade	Nº de Internas
36 anos	18
37 anos	8
38 anos	16
39 anos	11
40 anos	26
41 anos	2
42 anos	9
43 anos	11
44 anos	6
Idade da menopausa tardia	
Idade	Nº de internas
51 anos	2
52 anos	5
53 anos	Não há internas ⁵¹²
54 anos	2

Informações (número de internas) extraídas do Banco de Dados da autora (2013)⁵¹³.

Diferente das moléstias ligadas à menstruação e à gravidez, a menopausa tem diagnóstico próprio, “psicose de involução”, isto é, este termo remete a distúrbios ligados ao climatério/menopausa⁵¹⁴.

A psicose de involução foi observada como diagnóstico em 4 internas do Hospício São Pedro. Ressalta-se que se o dado lançado no Access for o de “involução”, além das 4 internas, haverá o acréscimo de mais 9 pacientes.

Segundo Roxo, a “psicose de involução” é um dos pontos mais obscuros de toda psiquiatria, e abrange “uma série de modalidades clínicas que surgem dos 45 aos 60 anos e que tem como feitiço

⁵¹² É pertinente relembrar que estas informações dizem respeito à primeira internação. Portanto, é lícito dizer que existiam, sim, mulheres com 53 anos nas dependências do HSP, mas não foram encontradas mulheres que tivessem esta idade quando foram internadas pela primeira vez.

⁵¹³ Observação: a tabela informa o número de internas no HSP por idade quando da primeira internação (leia-se, 14 mulheres foram internadas no HSP quando tinham 45 anos).

⁵¹⁴ “À parada da função menstrual, à última menstruação, da-se o nome de menopausa. (...) Climatério ou idade crítica é um período prodromico, precursor da menopausa, que comporta um número variado [de] (...) manifestações mórbidas (...)” BENCHIMOL, Newton, op. cit., p. 203 e 204. Obs.: Prodromico é relativo aos pródomos de uma doença, isto é, o prefácio, a preliminar de tal, uma indisposição, um mal estar que precede uma doença. Dicionário Brasileiro Globo, s/d.

predominante um estado melancólico (...). Nas mulheres a menopausa marca o início do mal”⁵¹⁵.

Quando da menopausa

peçoas, habitualmente calmas, se mostram de uma irritabilidade exagerada, muito excitadas, questionando com todo mundo, tendo vertigens, afluxos de calor para o rosto, peso na cabeça, cefaleia, grande excitação do sentido genital e, frequentemente, notável depressão melancólica⁵¹⁶.

O curioso é que o autor observa este mesmo diagnóstico, típico da esfera feminina, pois está atrelado à menopausa, também em homens. Internados com diagnóstico de “psicose de involução”, estariam eles passando pelo “*climaterium virile*”, que poderia ocorrer dos 50 aos 54 anos, com sintomas como “ansiedade, fraqueza física, emotividade exagerada, crises de suor, taquicardia, vertigens, dores de cabeça, (...), sonolência durante o dia, falta de apetite sexual e anorexia”⁵¹⁷. Foram encontrados no HSP 2 homens com psicose de involução, e outros 2 com estado melancólico ou depressivo ligado à involução, e tinham entre 45 e 54 anos. Não apenas as mulheres passavam por uma etapa conturbada no ocaso da sexualidade, mas recaiu sobre elas a noção que esta fase era exclusiva ao corpo feminino.

Para o autor, este é um período de transição, voltando tudo ao normal quando ele passa. Há casos porém, em que se instala a psicose de involução, também denominada de pré-senil.

⁵¹⁵ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 395.

⁵¹⁶ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 396-397. Sobre a menopausa feminina segundo VAN DEN BERG, Jan Hendrik, op. cit., p. 130, outras características podem ser apontadas: “inquietude, insônia, irritabilidade, angústia, melancolia, torna-se menos acomodada no lidar com outrem; não é ela mesma”.

⁵¹⁷ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 395. Na atualidade, o nome dado a este período de transformação no homem é andropausa, termo que não foi utilizado por Roxo, e no entanto ele reconhece que existia um contraponto para a menopausa: “Entre as idades de 40 a 55 anos, os homens podem perceber sintomas semelhantes à menopausa. De modo diferente das mulheres, os homens não têm uma sintoma específico como a interrupção da menstruação para marcar a transição. Ambos, no entanto, são caracterizados por uma queda nos níveis de hormônios. Estrógeno nas mulheres, testosterona nos homens. As mudanças ocorrem muito gradualmente nos homens, e podem ser acompanhadas por mudanças em atitudes e humores, fadiga, perda de energia, libido e agilidade física. Estudos mostram que este declínio de testosterona pode acarretar riscos em outros problemas de saúde, como doenças cardíacas e ossos frágeis. Com isto, tudo ocorre em uma época da vida em que muitos homens começam a questionar seus valores, realizações e objetivos de vida. É difícil perceber que as mudanças são ligadas mais a problemas hormonais do que só as condições externas. Diferente da menopausa, que geralmente ocorre em mulheres entre 45 e 55 anos, a “transição” dos homens pode ser bem mais gradual e se estende por décadas. Atitudes, estresse psicológico, álcool, acidentes, cirurgias, medicação, obesidade e infecções podem desencadeá-la. Com a idade, o declínio nos níveis de testosterona vai ocorrer praticamente em todos os homens. Não há maneira de prever quem vai ter sintomas de andropausa com intensidade suficiente para procurar ajuda médica. Também não é previsível em que idade os sintomas vão ocorrer num determinado indivíduo. Os sintomas de cada homem podem ser também diferentes.” Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/o-que-e-andropausa/>, acesso em 10 de abril de 2013.

Quadro 32 - Mulheres internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado à *involução*⁵¹⁸

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
772	Carlinda	42	casada	4	1924	1936	falecimento	degeneração hereditária <u>psicose de involução</u> (estado delirante confusional...)	Santa Maria	doméstica
1101	Argia italiana	43	casada	4	1925	1933	assistência	delírio paranóide, reticente, ligado a <u>involução</u>	Ijuí	não consta
953	Emilia	45	casada	4	1924	1929	falecimento	psicose pré-senil (estado depressivo confusional de <u>involução</u>)	Porto Alegre	não consta
1125	Manoela	49	casada	4	1925	1927	assistência	<u>psicose de involução</u> (estado melancólico de involução)	São Jerônimo	não consta
639	Manoela	49	casada	4	1920	1921	assistência	melancolia ansiosa ligada a <u>involução</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
923	Angelina "de Tal"	50	casada	4	1924	1928	falecimento	<u>psicose de involução</u> (demência senil)	Porto Alegre	não consta
887	Antonia B. italiana	52	viúva	3	1923	1933	falecimento	melancolia de <u>involução</u>	Guaporé interior	serviço doméstico
1021	Ursula italiana	55	casada	4	1925	1927	falecimento	melancolia pré-senil <u>psicose de involução</u>	Ijuí	não consta
913	Eva	55	casada	4	1923	1924	assistência	estado de melancolia...com idéias de perseguição ligado a <u>involução</u>	São Sebastião do Cay	doméstica
854	Maria	56	casada	4	1923	1931	assistência	melancolia de <u>involução</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
338	Tereza C. italiana	57	casada	4	1914	1919	assistência	melancolia de <u>involução</u>	Bento Gonçalves	serviço doméstico rural
792	Maria Ni. italiana	58 ⁵¹⁹	casada	4	1922	1934	falecimento	melancolia de <u>involução</u>	Jaguari	serviço doméstico

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Observação: Há duas mulheres com o nome de Manoela, que possuem também mesmo sobrenome e mesma idade, mas foram internadas em datas diferentes e são procedentes de locais igualmente diferentes.

É possível observar no Quadro 32 que o diagnóstico de “involução” muitas vezes vem acompanhado do termo “melancolia”. Dentre os sintomas físicos, Bruni, em tese médica de 1921, afirma: “Menstruação – de ordinário suspensa, (amenorreia). Na época da menopausa, que por si, já é suficiente para provocar a eclosão da moléstia [melancolia], hemorragias abundantes aparecem (...), que contribuem para agravar o estado da doente tornado-a anêmica e debilitando-a”⁵²⁰.

⁵¹⁸ Segundo ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 397, “(...) Kraepelin, na sua última edição, admite nada menos de oito formas da psicose de involução. São elas: a melancolia de involução, os estados ansiosos, a catatonia tardia, os estados depressivos, os estados ansiosos terminados em apoucamento (...), os estados depressivos com acentuado apoucamento, os estados de excitação com apoucamento e formas paranóides, entre as quais o delírio de ruína pré-senil”. (destacado em itálico no original). No Quadro 32 foram incluídos os diagnósticos de psicose de involução e melancolia de involução. Os estados depressivos e ansiosos foram colocados no Quadro 34.

⁵¹⁹ Para esta tabela a idade limite foi antes dos 60 anos, foi desprezada 1 paciente com 60 anos internada com diagnóstico de *episódico da involução*.

⁵²⁰ BRUNI, Attilio, 1921, op. cit., p. 20.

Quadro 33 – Mulheres de etnia italiana com diagnóstico ligado à *involução*

nome	idade	estado civil	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico
Tereza C.	57	casada	1914	1919	assistência	melancolia de <u>involução</u>
Antonia B.	52	viúva	1923	1933	falecimento	melancolia de <u>involução</u>
Ursula	55	casada	1925	1927	falecimento	melancolia pré-senil <u>psicose de involução</u>
Maria Ni.	58	casada	1922	1934	falecimento	melancolia de <u>involução</u>
Argia	43	casada	1925	1933	assistência	delírio paranóide, reticente, ligado a <u>involução</u>

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Cinco italianas foram internadas com diagnóstico atrelado à involução: Argia, Antonia B., Ursula, Teresa, e Maria Ni., quatro delas casadas e uma viúva. Dois pontos em comum podem ser percebidos. Todas são (ou foram) casadas, (1 viúva), e quatro faleceram nas dependências do hospício⁵²¹.

Maria Ni., de 58 anos e casada, foi internada em 1922, com diagnóstico de *melancolia de involução*. Duas anotações retiradas do prontuário de Maria Ni. podem esclarecer alguns dos motivos por que foi internada.

Da Intendência Municipal de Jaguary em 6/3/1922:

(...) a qual, tendo adoecido há dois anos, manifesta ultimamente alienação mental e mostra-se uma enferma perigosa, segundo as alegações constantes de seus parentes marido e filhos. Tem ela 58 anos de idade, natural da Itália, filha legítima de Antonio e Tereza, de instrução rudimentar e é mãe de sete filhos, entre estes uma surda-muda que também manifesta alienação mental. Quanto aos seus ascendentes, segundo consta, não houve caso da mesma moléstia. Acompanha-a seu marido Olivo que é paupérrimo.

Na Observação Psiquiátrica de 3/6/1931:

(...). Ideias de culpa expressas (...) na recusa a sentar-se não sendo merecedora desta concessão e esta ideia de que se acha muito pecadora, estando por isso condenada ao Inferno. Tem vontade de morrer. (...) outras pessoas inocentes foram para o Inferno por sua causa. Chora⁵²².

Citando Kraeplin, Henrique Roxo informa que o melancólico de involução é, em realidade, um maníaco depressivo que já tivera crises melancólicas anteriormente. Isto é, embora tivesse tido crises antes a atual seria provocada em específico pela menopausa. O mal começaria aos poucos, com uma onda de tristeza que iria invadindo o indivíduo, chora à toa, e mostra-se muito desanimado diante de qualquer empreendimento. “Surgem ideias de auto-acusação e se julga ele o culpado de se achar a família na miséria, (...). Muito comum a ideia de haver pecado e merecer por isto o castigo de Deus”⁵²³.

⁵²¹ Argia foi internada por duas vezes, na segunda, em 1934, permaneceu na instituição até 1939, quando veio a falecer.

⁵²² PHSP de Maria Ni., 58 anos, casada, internada em 1922.

⁵²³ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 397 e 398.

Maria Ni. havia “adoecido há dois anos”, quem sabe tido algum acesso maníaco depressivo, mas a “alienação mental” que originou sua internação poderia estar relacionada à menopausa. Mostra-se culpada, uma culpa associada à religiosidade, e chora quando relata este sentimento. Os informes não indicam de que forma a enferma mostra-se perigosa, o certo é que seu comportamento não pode mais ser tolerado por seus familiares. Doze anos após sua reclusão, faleceria no HSP, já idosa, aos 70 anos.

Para Roxo a psicose de involução poderia ser assim dividida em:

- “estados melancólicos”;
- “estados maníacos”;
- “estados confusionais”;
- “estados catatônicos”;
- “e estados paranóides que compreendem o delírio de ciúmes e delírio de ruína pré-senil”.

Há muitas mulheres com diagnóstico de estado maníaco, todavia, como não estava atrelado o diagnóstico de involução, foram descartadas. Há que se pensar, porém, que possam ter sido internadas pelos mesmos motivos que as pacientes acima: por questões ligadas ao climatério/menopausa.

Um caso em especial, onde a interna foi diagnosticada por “mania de perseguição de fundo ciumento psicose sistematizada... delírio ciumento” merece atenção. Sobre esta enfermidade, Roxo discorre:

O delírio de ciúmes se observa muitas vezes na menopausa. Mulher que vivia em boa harmonia com o marido, põe-se, de repente, a ter ciúmes infundados e exagerados, enquanto sexualmente se vai mostrando inferior ao que era. Já não encontra o mesmo prazer no congresso sexual, ao mesmo tempo que atribui tudo a pouco ardor do marido⁵²⁴.

Maria C., casada, sem ascendência italiana, com 36 anos, procedente de Bagé, foi internada pelo marido⁵²⁵, em 1915. Em 29 de dezembro de 1918, o marido Julio escreve uma carta para o então almoxarife do HSP, Viveiros Machado:

(...) tomo a liberdade de oferecer a V. S^a. a quantia de cinquenta mil réis para V. S^a. tomar uma garrafa de vinho no 1º do ano. Não me censure por isso, pois de muito desejava oferecer a V. S^a. uma lembrança, porém queria fazê-lo pessoalmente, mas, na impossibilidade de realizar esse meu intento, resolvo assim proceder. Junto um cheque do banco na importância de cento e cinquenta mil rogando a V. S^a. recebê-lo e distribuí-lo da maneira seguinte:

⁵²⁴ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 403.

⁵²⁵ De 1158 prontuários, 870 (75,1%) apontam como responsável pelo encaminhamento do alienado a Chefatura de Polícia, e não particulares e outros como Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa, Hospital Militar, etc.

Ao Sr. A. Viveiro.....50
 À Irmã Francisca.....50
 À minha esposa.....50
 Vou terminar desejando a V. S^a. e sua Exma. Família inúmeras felicidades no decorrer do novo ano.
 (...) Julio

No verso da carta:
 Recebi cem mil reis para o destino a que se refere a carta.
 29 de janeiro de 1919
 Irmã Françoise de Sales⁵²⁶.

Com 1,56m de altura e 92 quilos, talvez fosse Maria C. mulher de poucos atrativos físicos. De certo, a carta sugere que o marido não pareceu preocupado ou sofrendo com a internação da esposa.

Junto a esta carta no prontuário médico de Maria C., constam anexadas algumas notas de compras de artigos procedentes, ao que parece, de lojas em nome de Maria, tais como: “7 mts. de pelúcia, 1 dz pressão, 1 pente, 1 par de chinelos, 1 par de outro calçado, morin, chita, meias, cadarço, elástico, botões, grampos, + pelúcia e linha”, perfazendo um total de 132,800 mil réis. Os gastos, portanto, foram superiores à quantia repassada para ser utilizada com a paciente. Um detalhe, todavia, chama a atenção: as notas fiscais têm por datas agosto e julho de 1918, isto é, anteriores à data da carta escrita pelo marido (dezembro do mesmo ano) e anterior à escrita pela irmã Françoise de Sales (janeiro de 1919). Infere-se a troca de favores: o marido paga bonificação àqueles que em tese ficaram responsáveis por sua esposa. Maria C. viria a falecer nas dependências do hospício em 1928, com 49 anos.

Com diagnóstico muito próximo, “delírio paranóide de perseguição e ciúmes”, foi a italiana Maria S., internada, aos 35 anos, em 1925. Remetida pela Intendência de Encantado, esta avisa ao HSP:

(...). Informam os vizinhos, haver começado a alucinação mental da insana, em consequência de ciúmes de seu marido, há 4 anos aproximados. Tem onze (11) filhos pequenos os quais foram recolhidos pelos vizinhos por terem ficado sem lar e sem pai, por ter este também enlouquecido, pondo fogo na casa em um momento de fúria.
 Bens – possui quarenta e cinco hectares de terras na Linha Carijó Grande, sem casa nem benfeitorias. Valor estimativo, sete contos de réis.⁵²⁷.

Alguns detalhes na correspondência acima são esclarecedores. Primeiro, a indicação da Intendência que afirma que Maria S. sofria de “alienação mental”, mesmo que esta indicação tenha partido dos vizinhos, além de que a dita insanidade foi decorrente de “ciúmes de seu marido”, o que

⁵²⁶ PHSP de Maria C., 36 anos, casada, internada em 1915. Destacado por sublinhado como no original.

⁵²⁷ PHSP de Maria S., 35 anos, casada, internada em 1925.

foi prontamente colocado no prontuário da enferma: “delírio paranóide de perseguição e ciúmes”. Esta faceta da insanidade de Maria S. não pode ter sido capturada por ocasião da entrevista junto ao alienista, uma vez que paciente e alienista falavam idiomas diferentes. Na Observação Psiquiátrica de 1931:

Apresenta-se tranquila, fisionomia risonha. Expressa-se em italiano não se [podendo] apreender bem o fio do discurso. Mal orientada na pessoa e no lugar, orientada no tempo. Logorreica (...). Ambivalência, apresenta excitação (...). Parece não ter alucinações (...). Ideias de grandeza e perseguição⁵²⁸.

É de se perguntar como o alienista inferiu ter ela “ideias de grandeza e perseguição”, se a paciente falava em outro idioma. Ressalta-se ainda que “excitação” e “logorréia” (fala demais) indicam uma pessoa carente de se comunicar. Outro detalhe é o fato de ter ela 35 anos e 11 filhos pequenos, encaminhando-se a pensar que Maria S. esteve grávida quase que anualmente. Por fim, observa-se que sendo Maria S. proprietária, não era miserável, mas ainda assim foi internada na 4ª, classe e lá ficaria até 1938, quando viria então a falecer.

Como dito anteriormente, os estados ansiosos e depressivos também poderiam estar ligados à menopausa. No quadro a seguir, outro grupo de mulheres, não necessariamente com ascendência italiana, que apresentam idade compatível com menopausa associada ou a “depressão” ou a “melancolia”.

⁵²⁸ PHSP de Maria S., 35 anos, casada, internada em 1925.

Quadro 34 – Mulheres com mais de 45 anos (até 50 anos) internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado a *estados depressivos* ou *melancólicos*⁵²⁹

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
201	Vanda	45	solteira	4	1910	1929	falecimento	psicose <u>maníaco depressiva</u>	Rio Grande	serviço doméstico
145	Celestina	45	solteira	4	1908	1917	falecimento	<u>depressão melancólica</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
572	Ana	45	solteira	3	1919	1919	assistência	psicose <u>maníaco depressiva</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
894	Francelina	45	casada	4	1923	1960	falecimento	psicose <u>maníaco depressiva</u>	Porto Alegre	não consta
914	Anna	46	casada	4	1923	1928	falecimento	acesso de <u>ansiedade melancólica</u>	Porto Alegre	doméstica
1080	Margarida	48	casada	4	1925	1940	falecimento	estado <u>melancólico</u>	São Sebastião do Caí	não consta
1088	Pulcheria	48	solteira	4	1925	1927	assistência	<u>melancolia</u> pré-senil	Santo Antônio da Patrulha	não consta
1017	Riqueta	48	casada	4	1920	1921	assistência	psicose <u>maníaco depressiva</u>	Taquara	serviço doméstico
289	Maria	48	solteira	4	1913	1914	falecimento	degeneração hereditária, imbecilidade, psicose <u>maníaco depressiva</u>	Cruz Alta	serviço doméstico
954	Leonor	50	não consta	4	1924	1929	falecimento	psicose pré-senil (estado <u>melancólico ansioso</u>)	Gravataí	serviço doméstico
829	Etelvina	50	não consta	4	1922(jan)	1922(mar)	falecimento	psicose <u>maníaco depressiva</u>	Cruz Alta	não consta
400	Augusta	50	casada	4	1915	1936	falecimento	debilidade mental acesso de <u>melancolia</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
811	Maria	50	solteira	1	1922	1928	falecimento	estado ansioso ligado a <u>melancolia</u> ...	Porto Alegre	serviço doméstico

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

Foram desprezadas duas pacientes: Manoela n. 639 e Manoela n. 1125, ambas aparecem no Quadro 32 - Mulheres com diagnóstico ligado à involução. Não há italianas nem descendentes no Quadro 34.

No Quadro 19 – Italianos (as) e descendentes internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico de *melancolia* e no Quadro 21 – italianos (as) e descendentes com diagnósticos de: *maníaco depressiva*, *depressão* e *estado depressivo* internados no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação), no capítulo 3, há presença de mulheres de ascendência italiana, mas não com idade indicativa para o Quadro 34: de 45 a 50 anos.

Pulcheria, sem ascendência italiana, residente em Santo Antônio da Patrulha, foi internada em 1925, aos 48 anos, com diagnóstico de “melancolia pré-senil”. Em seu prontuário, um atestado médico informa que a paciente está “atacada por uma psicose aguda” e “deve ser internada no Hospício São Pedro”, e vem assinado por “médico operador e parteiro, especialista em moléstias de olhos”. A alienada sai em 1927 para assistência, retornando em 1937, e vindo a falecer em 1945⁵³⁰. Das treze internas, Pulcheria foi uma das três que saíram para assistência, sendo que as outras dez pacientes vieram a falecer nas dependências da instituição quando internadas pela primeira vez.

⁵²⁹ Nesta tabela, foram inseridas também as portadoras de psicose maníaco depressiva com idade compatível com a menopausa. Esta psicose não é associada estritamente às mulheres, e tampouco com a idade compatível com a menopausa (jovens também a têm). Busca no Access pelos termos “*maníaco depres*” ou “*maníaca depres*” ou “*melanc*”.

⁵³⁰ PHSP de Pulcheria, 48 anos, solteira, primeira internação em 1925.

Não é possível afirmar que estas mulheres tenham estado no HSP por questões ligadas à menopausa, mas uma vez observada a idade (entre 45 e 50 anos conforme Benchimol), em conjunto com o diagnóstico que sugere depressão e melancolia, existe a possibilidade de que mudanças oriundas deste quadro, próprio ao corpo feminino, climatério/menopausa, podem, sim, ter contribuído para estes internamentos. Como mencionado, das 13 mulheres listadas no Quadro 34, 10 saíram do hospício por falecimento, sendo que Pulcheria, que saiu para assistência, em 1927, retornaria em 1937, para então falecer nas dependências do HSP, em 1945. Portanto, o número é de 11 pacientes falecidas no hospício (ou 84,6% do total das mulheres indicadas no Quadro 34). É importante frisar que se forem cruzadas idades inferiores a 45 anos (e acima de 36), mais idade acima de 50, com diagnósticos tais como “estados maníacos” (ou “mania”), “estados confusionais”, “catatônicas”, “melancólicas” e “maníacas depressivas”, o número de mulheres internadas torna-se significativamente alto.

4.6 Históricas e eróticas

A palavra histeria deriva do termo *hystera*, que significa útero, e serviu para designar doença mental que acometia apenas mulheres. Segundo o psiquiatra francês Charcot (1825-1893), a histeria se desenvolvia em quatro etapas: 1) rigidez tônica, 2) convulsões desajeitadas, 3) manifestação física de estados emocionais e 4) um estado final de delírio⁵³¹. Elevada ao status de doença mental no século XVIII ao lado da hipocondria, seria vista como distúrbio relacionado diretamente à sexualidade feminina, podendo surgir entre o início (puberdade) e o fim (menopausa) da vida sexual da mulher⁵³².

As ideias de Charcot influenciariam psiquiatras brasileiros, caso de Henrique Roxo, que, em obra de 1906, citaria uma excessiva voluptuosidade como característica da mulher histérica⁵³³. Ainda no século XIX, as explicações que indicavam associação da histeria ao útero perderam força e passaram a ser desacreditadas, embora a doença continuasse sendo observada como um mal tipicamente feminino.

Na obra de 1925 (primeira edição em 1921), Roxo escreveria:

Pode-se dizer que de quantos problemas se vem ocupando a psiquiatria, foi o da histeria aquele que maior transformação sofreu nos últimos tempos. Antigamente era um diagnóstico que se

⁵³¹ PORTER, Roy. *Medicina a história da cura: das antigas tradições às práticas modernas*. Lisboa: Livros & Livros, 2002, p. 152.

⁵³² ENGEL, Magali, 2000, op. cit., p. 342-344.

⁵³³ ENGEL, Magali, 2000, op. cit., p. 349.

encontrava a cada passo nas estatísticas do Hospital de Alienados; hoje raramente é encontrado.

É que a teoria de Babinski transformou completamente a interpretação dos casos.

Babinski define a histeria um estado psíquico particular que torna o indivíduo que nele se encontra, capaz de auto-sugestionar-se⁵³⁴.

Roxo não refuta totalmente sua escrita de 1906 sobre a relação do feminino com a histeria, mas adverte que este diagnóstico rareava entre os alienados, já que a histeria apareceria por sugestão e desapareceria por meio da persuasão. Neste caso, não seria correto rotular de loucura histérica, pois, para que assim seja determinado, havia a necessidade de transformação de personalidade, o que não ocorreria por simples sugestão⁵³⁵. Exemplo bastante elucidativo é o relato de uma crise coletiva de histeria ocorrida no século XVIII:

Entre 1783 e 1792, dois eclesiásticos, os irmãos Bonjour, instalados na pequena comuna de Fareins, a três quilômetros de Ars, conseguem exercer um total domínio sobre um grupo de jovens parisienses. Estas deixam de obedecer à autoridade paterna, abandonam-se às flagelações infligidas por seu sacerdote, entregam-se a todo tipo de excessos; uma delas deixa-se crucificar na pequena igreja do lugar; a mais exaltada, convertida em amante de François Bonjour, dá à luz um novo Messias⁵³⁶.

Dentre os sintomas físicos da histeria estariam:

- perda da audição;
- perda do paladar e olfato;
- tiques e espasmos;
- crises de tremores;
- perda de sentidos;
- sufocação (a sensação de se sentir sufocada, levaria a histérica a rasgar as próprias roupas);
- sono profundo;
- alucinações com bichos (este delírio viria após o sono profundo)⁵³⁷.

Determinadas a chamarem a atenção sobre si, as histéricas poderiam mentir, simularem sintomas físicos, mas, claro, só poderiam apresentar os sintomas que pudessem reproduzir, e neste

⁵³⁴ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 541.

⁵³⁵ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 542.

⁵³⁶ PERROT, Michelle, 1995/A, op. cit., p. 575.

⁵³⁷ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 544, 545, 550 e 551.

caso, a ideia arcaica de histeria relacionada ao útero, não tinha fundamento. Consideradas infantis, mas sem rebaixamento do intelecto, à histérica falta o bom senso como em uma criança, e a ela é creditada um profundo egocentrismo. Uma vez que a sugestão é que desencadeava uma crise histérica, Roxo afirma que “o médico e o meio ambiente é que cultivavam as crises históricas”, desta feita, o ideal era não dar grande atenção a quem tivesse um ataque histérico⁵³⁸.

Um grupo de antigos alunos de Charcot denunciaria as apresentações do mestre. Acreditavam eles que o médico/professor havia influenciado suas pacientes, para que as mesmas, sob os cuidados do doutor, se comportassem através da sugestão como portadoras dos sintomas da doença: a apresentação destas enfermas tomava um ar de apresentação teatral. Chegou-se a comentar de possíveis ensaios feitos, cuidadosamente, com as pacientes, onde as mesmas eram orientadas quanto aos sintomas de histeria, no intuito de demonstrá-los para o público que assistia às conferências de Charcot⁵³⁹.

Roxo cita dois eventos históricos em que não foram observadas crises históricas: na Primeira Guerra⁵⁴⁰, em dias de bombardeio, quando não havia tempo para sugestões históricas, e no terremoto de Reggio-Messina⁵⁴¹, quando também não foram registradas crises históricas, apesar da grande comoção. “É que nestes dias terríveis não havia tempo para sugestões históricas”, não haveria tempo para egocentrismos⁵⁴². Em suma, a histeria não poderia ser confundida com problema mental, pois era facilmente curada pela persuasão, e não trazia transtorno de personalidade.

O diagnóstico de histeria poderia ser confundido com outros diagnósticos tais como: demência precoce, maníaco-depressiva e epilepsia. No caso desta última enfermidade, é possível observar claramente a diferença, pois quando há um ataque epilético o doente cai onde estiver e acaba por se lesionar. No entanto, quando se trata de ataque histérico (ou seja, uma simulação, surgida por meio de sugestão) a pessoa cuida onde vai cair para não se machucar, e diferente do ataque epilético, que dura não mais do que cinco segundos, um ataque histérico poderia durar um dia inteiro⁵⁴³.

Sobre a duração de um ataque histérico, uma narrativa é bastante sugestiva quanto a comportamentos inoportunos serem qualificados como históricos, rotulando um evento de

⁵³⁸ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 547 e 549.

⁵³⁹ PORTER, Roy, 2002, op. cit., p. 152.

⁵⁴⁰ O autor retira esta informação de trabalho feito em 1918, e cita a expressão Grande Guerra. Por suposição, acredita-se ser a Primeira Guerra Mundial.

⁵⁴¹ Terremoto ocorrido em 1908, que teria vitimado em torno de 86.000 pessoas. http://www.protezionecivile.gov.it/jcms/it/calabro_messinese.wp.

⁵⁴² ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 552.

⁵⁴³ ROXO, Henrique, 1925, op. cit., p. 551.

organização coletiva feminina em histeria coletiva. As histéricas de Morzine, aldeia isolada nos Alpes, onde havia um número significativo de mulheres solteiras, que eram impedidas pelo clero de participarem de qualquer festividade. Na primavera de 1857, um grupo de jovens mostrou-se perturbado: elas gritavam, se contorciam, blasfemavam e injuriavam aqueles que tentavam acalmá-las. As mulheres mais velhas seguem o exemplo das jovens e também acabam por se descontrolar:

As jovens proclamam sua indiferença em relação aos pais; as mães em relação aos filhos. Moças injuriam seus genitores e recusam-se a obedecer-lhes. Esposas põem-se a bater nos maridos; a prática religiosa converte-se em escárnio para estas mulheres (...). Mais reveladora ainda é a recusa ao trabalho por parte das mulheres, que se põem a jogar cartas, bebem aguardentes reservadas aos homens, desprezam as batatas e exigem apenas pão de trigo⁵⁴⁴.

Este ataque de histeria coletiva durou de 1857 a 1873, isto é, dezesseis anos! Uma vez que a publicação não diz de onde partiram as informações, mas levando-se em conta que provavelmente trata-se de relato do clero da localidade, fica difícil concordar que tenha sido um ataque de histeria. Em outras palavras, todo comportamento feminino desviante, em tempos em que a histeria era vista como um mal real, poderia receber um rótulo: *histeria*.

As observações feitas por Roxo, e citadas acima, sobre ser a histeria quase que uma simulação e não uma doença mental, talvez justifique o porquê de um número tão reduzido de histéricas ter sido encontrado no HSP. Possivelmente, os médicos que acolhiam os doentes no São Pedro já compartilhassem destas ideias.

Quadro 35 – Mulheres internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado a *histeria*⁵⁴⁵

codigo	nome	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
140	Jenny	20	solteira	2	1909	1909	curada [cura]	loucura <u>histérica</u>	Bagé	"filha família"
241	Isabel	25	solteira	4	1912	1912	curada [cura]	degeneração hereditária de mania <u>histérica</u> episódica	Taquari	doméstica
1044	Georgina	27	solteira	4	1910	1911	assistência	psicose <u>histérica</u>	Porto Alegre	não consta
379	Constança	27	solteira	4	1913	1915	assistência	mania <u>histérica</u> ligada a degeneração hereditária podendo enquadrar-se na demência precoce	São Jerônimo	serviço doméstico
274	Argemira	28	solteira	2	1907	1907	curada [cura]	loucura <u>histérica</u>	Cachoeira	não consta
150	Maria	28	solteira	4	1907	1908	assistência	loucura <u>histérica</u>	Porto Alegre	doméstica
413	Raphaela	30	casada	1	1916	1916	curada [cura]	psicose <u>histérica</u>	Porto Alegre	não consta
275	Ubalдина descendente	33	solteira	4	1913	1913	assistência	acesso de mania <u>histérica</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
365	Maria V.	33	casada	1	1909	1910	assistência	loucura <u>histérica</u> com delírio sistematizado religioso associado	Cachoeira	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

⁵⁴⁴ PERROT, Michelle, 1995/A, op. cit., p. 575.

⁵⁴⁵ Busca no Access pelo termo “*hist*”.

Observa-se que das 518 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, 9 tiveram em seu diagnóstico a inclusão da expressão “histérica”, o que representa 1,7% da população feminina, nesta faixa etária. E se for levado em conta toda a população de internas, incluídas as pacientes com idade inferior a 18 anos, ou seja um total de 560 mulheres, o percentual ficaria em 1,6% de internas que apresentaram em seu diagnóstico a palavra histérica. Constatou-se, no entanto, que a ideia de histeria ligada a um problema de ordem mental, isto é, loucura, ainda persistia, pois 4 dos diagnósticos trazem a expressão “loucura histérica”.

Uma ressalva deve ser feita, este número diz respeito à primeira internação das enfermas, podendo ocorrer mudança no diagnóstico, após alguns anos. Há um caso que exemplifica esta situação. A descendente de italianos Thereza Bo. (e que não consta na tabela acima), foi internada em dezembro 1917 com “psicose maníaco depressiva (loucura circular ou d. p.?)”⁵⁴⁶, aos 14 anos. Saiu em agosto de 1918, para retornar à reclusão por mais 4 vezes:

- entre maio de 1919 (aos 16 anos) e março de 1920;
- entre junho de 1920 (aos 17 anos) e 1925;
- entre 1926 (aos 23 anos) e 1930;
- e por fim, entre 1933 (aos 30 anos) e 1938, quando saiu por falecimento, aos 35 anos.

Dois anotações na Observação Psiquiátrica, podem esclarecer um pouco mais. A primeira, em 2 de julho de 1933: “certo grau de agitação psico-motora. Agressividade. Estado de confusão mental. (...). Preocupações sexuais nítidas. Simbolística. Ideias místicas, embora sem o menor traço de sistematização”. Uma segunda anotação feita em 1º de agosto de 1933 informaria: “mesmo estado mental. Convém sua transferência para a 2ª seção. Psicose maníaco-depressiva (mania)”⁵⁴⁷.

Thereza Bo. teve sua primeira internação ainda adolescente, e que se repetiria por mais quatro vezes, ainda jovem. Se o diagnóstico de “psicose maníaco depressiva” é reforçado pela Observação Psiquiátrica em 1933, na nova guia, após 1925, na primeira folha, onde se lê diagnóstico, a expressão “psicose maníaco depressiva” foi riscada e substituída por “histeria”. Agrega-se a este detalhe a anotação informando sobre “preocupações sexuais nítidas”, o que possivelmente influenciou na mudança de diagnóstico. Isto possibilita a pensar que o diagnóstico “histeria” pode ter sido emprestado a mais mulheres alguns anos mais tarde. A quantidade de internas por histeria pode ter sido maior, pois o diagnóstico de “psicose maníaco depressiva” (assim como “epilepsia”, ou “demência precoce”),

⁵⁴⁶ Iniciais feitas pelo médico, assim como o ponto de interrogação.

⁵⁴⁷ PHSP de Thereza Bo., 14 anos, solteira, primeira internação em 1917.

como citado acima, poderia oferecer ao alienista a dificuldade de uma correta interpretação sobre o mal, como ocorreu com Thereza Bo. No entanto, se ela foi diagnosticada com “histeria” muitos anos depois, ela não poderia ter sido mantida no HSP, pelo simples fato de que a histeria não era mais considerada uma doença mental com transtorno de personalidade.

Das internas no HSP por histeria entre os anos de 1900 a 1925, apenas uma tinha ascendência italiana. A descendente de italianos, Ubaldina, 33 anos, e internada a primeira vez em outubro de 1913, com o diagnóstico de “loucura histérica com delírio sistematizado religioso associado”, passou por diversas internações no HSP:

- outubro de 1913 a dezembro de 1913;
- junho de 1915 a agosto de 1915;
- maio de 1916 a setembro de 1916;
- julho de 1918 a outubro de 1918;
- setembro de 1919 a agosto de 1920;
- agosto de 1922 a janeiro de 1924;
- dezembro de 1925 a junho de 1926;
- janeiro de 1929 a julho de 1929;
- julho de 1946 a agosto de 1947;
- e por fim, de outubro de 1948 a setembro de 1949:

Após diversas e rápidas passagens pelo Hospício São Pedro, de 1913 a 1929, Ubaldina ficará longo período sem ser enviada à instituição. Quando, em 1946, a família resolve interná-la pela nona vez, é então possível observar motivações do porque dos internamentos:

Em papel timbrado do Hospital São Pedro em 26 de julho de 1946

Uma sobrinha da Senhora Ubaldina, residente à rua Lima e Silva, foi quem me prestou as informações solicitadas. A doente foi reinternada porque apresentou os mesmos sintomas de alienação mental das internações anteriores: desinteresse pela higiene pessoal e pelas suas obrigações. Passava o dia todo a torcer as mãos e a proferir blasfêmias, dizendo que sua vida é uma desgraça, sendo uma infelicidade o que lhe havia acontecido. Tinha insônia. Às vezes falava sozinha. Há 15 dias, aproximadamente, é que apareceram os sinais de perturbação mental. E antes que o mal progredisse a família resolveu interná-la neste Hospital. Informa também a referida senhora que, na família, já houve um caso de moléstia mental. Assistente Social Maria Cecília⁵⁴⁸.

⁵⁴⁸ PHSP de Ubaldina, 33 anos, solteira, primeira internação em 1913.

No intervalo que vai de 1929 a 1946, portanto 17 anos, ao que tudo indica, o comportamento de Ubaldina seguiu as normas. No entanto, os sintomas de alienação mental que Ubaldina apresentou, “desinteresse pela higiene e pelas suas obrigações”, ligados a comportamento não aprovado, foram determinantes para seus internamentos.

Como Ubaldina, Georgina (sem ascendência italiana), de 27 anos, solteira, foi internada por diversas vezes: de 1910 a fevereiro de 1911; de março de 1911 a 1912; de 1923 a 1924; de 1924 a 1925; de 1925 a 1931, e, por fim, de 1933 a 1939, saindo também por alta provisória como nas demais internações⁵⁴⁹.

Distinto de Ubaldina e Georgina, ambas internadas na 4ª classe, Maria V. e Raphaela (as duas também sem ascendência italiana) foram internadas na 1ª classe.

Maria V. passou por três internações. Aos 33 anos, foi internada pela primeira vez em 1909, saindo em 22 de abril de 1910. Por diagnóstico, “loucura histérica”. Quatro dias após sua saída, em 26 de abril 1910, retorna ao HSP, tendo alta poucos meses depois, em outubro do mesmo ano. Ambas reclusões tiveram o aval do marido, que a internou na primeira classe. Em 1915, já contando 39 anos, quem a encaminharia à instituição seria o genro, Dr. W., que a desloca da primeira classe para 2ª, e depois para a 3ª classe. Em anotação na Observação Psiquiátrica de 1940, é possível ler “(...) segundo informações da enfermagem, a paciente passa os dias andando dum lado para o outro, o corpo continuamente animado dum movimento de balanço. Prescrição Vitamina C”⁵⁵⁰. Maria V. viria a falecer nas dependências do HSP, com idade avançada: aos 76 anos, em 1952.

O caso de Raphaela é emblemático, pois é o único prontuário pesquisado em que consta a letra de um paciente no prontuário. Não se trata de carta ou bilhete, mas anotação feita quando da entrevista do alienista com a enferma. Internada pela primeira vez em 1916, terá mais quatro internações, sendo a última entre janeiro e março de 1933. Na Observação Psiquiátrica, com data próxima a sua terceira internação (entre julho e agosto de 1928), é possível ler, em escrita feita com letra tremida: “quando estive pela primeira vez nós enterramos as camisinhas de Venus embaixo das laranjeiras”. O alienista então continua logo a seguir:

Trazida à nossa presença nega-se a principiar interrogatório; depois, toma de uma pena que vê sobre a mesa e escreve as linhas acima que mais tarde diz não saber o que significam e termina “eu escrever tudo errado (sic)”⁵⁵¹. (...) sua fisionomia no decorrer do interrogatório traduz sucessivamente, vários sentimentos, (...), a cólera, a desconfiança, o prazer sexual, etc; fala em geral em voz baixa e preocupam-na os seguintes fatos: o abandono de seu esposo, as relações

⁵⁴⁹ PHSP de Georgina, 27 anos, solteira, primeira internação em 1910.

⁵⁵⁰ PHSP de Maria V., 33 anos, casada, primeira internação em 1909. Prontuário utilizado também nos capítulos 1 e 2.

⁵⁵¹ Aspas e (sic) do próprio alienista.

com seu amante, o amor que nutre por sua filha de 12 anos, o júbilo que teve ao ser por esta procurada (...) ⁵⁵².

O nome de Raphaela aparece também escrito de formas distintas: Raphaela S. F., Raphaela B. S. (sendo que estes dois S. são sobrenomes diferentes) e Raphaela F. e S. Também os encaminhamentos são feitos por personagens distintos:

Em 1916, por João S.;

Em 1919, pela Chefatura de Polícia;

Os internamentos de 1928 e 1931, ambos foram feitos por José S.;

E por fim, o internamento de 1933, feito por Pedro F.

Ao que tudo indica, João era o marido e Pedro um possível parente (pois o sobrenome F. era provavelmente, o sobrenome de solteira de Raphaela). Em sua segunda internação, quando encaminhada pela Chefatura de Polícia, é informado que foi enviada para o HSP “por andar vagando pela rua e apresentar sintomas de alienação mental”.

Raphaela foi internada com diagnóstico de “psicose histérica”, mas segundo os dados anotados pelo alienista, poderia também ter sido diagnosticada por erotismo.

Diagnósticos que envolvam aspectos de ordem sexual podem ser vislumbrados no HSP. Cita-se “erotismo”, “erótica” (ou “erótico”) e “erotomania”.

Quadro 36 - Mulheres internadas no Hospício São Pedro, entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação) com diagnóstico ligado ao *erotismo*

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão
47	Izaura	f	17	solteira	2	1901	1901	assistência	excitação maníaca <u>delírio erótico</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
441	Gertrudes	f	23	casada	3	1916	1937	falecimento	psicose maníaco depressiva psicopatia constitucional desequilíbrio mental <u>erotismo</u>	Rio Grande	doméstica
366	Maria	f	26	solteira	4	1915	1916	assistência	psicopatia constitucional (...) mental <u>erotismo</u>	Rio Grande	copeira
182	Maria	f	29	casada	4	1899	1906	não consta [saiu]	<u>erotomania</u>	Porto Alegre	não consta
57	Laura	f	38	casada	3	1901	1901	melhorada	mania aguda <u>erotismo</u>	Porto Alegre	serviço doméstico
242	Margarida italiana	f	41	casada	3	1906	1907	não consta	mania renitente <u>erotismo</u>	São João Montenegro	não consta

Informações extraídas do Banco de Dados da autora (2013).

⁵⁵² PHSP de Raphaela, 30 anos, casada, primeira internação em 1916.

A italiana Margarida, de 41 anos, foi internada com diagnóstico de *mania renitente erotismo*. Entrou em 1906 e saiu em julho de 1907, retornando pouco depois, em setembro de 1907. Casada, e procedente de São João do Montenegro, entrou como pensionista na 3ª classe, sendo transferida para a 4ª classe, pois o marido alegou não ter recursos para mantê-la como interna pagante. A Chefatura de Polícia informa, em agosto de 1911, que a reclusa poderia ser entregue a seu esposo. Saiu neste mesmo ano para assistência, retornando em 1912, para permanecer por mais 28 anos, até sua morte⁵⁵³.

Laura, sem ascendência italiana, teve sorte distinta de Margarida, pois permaneceu na terceira classe nas duas internações que teve no hospício: a primeira entre fevereiro e agosto de 1901, e uma segunda reclusão entre 1903 e 1948. Internada pela primeira vez em 1901, estando com 38 anos, sua saída definitiva ocorreu quando Laura já contava com prováveis 84 anos. Por 45 anos (1903-1948) Laura permaneceria nos HSP, até sua morte, uma vida em reclusão devido a um possível erotismo indesejado. Nem a idade avançada contribuiria para sua saída antecipada⁵⁵⁴.

Já a alemã Catarina⁵⁵⁵, que não consta no Quadro 36, pois seu diagnóstico é de “confusão mental”, abre a possibilidade que memórias inoportunas fossem alvo dos alienistas.

Observação Psiquiátrica em 1945/46.

(em 10/11/4):

Fala com grande loquacidade, desenvolvendo as suas ideias delirantes, baseadas em interpretações mórbidas. Conta que dos 13 aos 18 anos, manteve um namoro com o vigário de sua paróquia. Em torno dessa história expande o seu delírio.

30/11/45 - Iniciou a convulsoterapia

1/12/45 – Eletro-choque – convulsão (1)

3/12/45 – Eletro-choque – convulsão (3)

13/12/45 – Eletro-choque – convulsão (4)

21/12/45 – Eletro-choque – convulsão (5)

7/1/46 – Eletro – convulsão, com 85 V tempo limiar (6)

(continuam as anotações sobre a aplicação do eletro-choque até o dia 21 de fevereiro de 1946, perfazendo um total de 15 sessões – os números informados ao lado são do próprio alienista).

(em 30/3/46):

Proponho uma licença por 120 dias, a título de experiência. Restabelecida da crise.

(em 27/5/46):

⁵⁵³ PHSP de Margarida, 41 anos, casada, primeira internação em 1906.

⁵⁵⁴ PHSP de Laura, 38 anos, casada, primeira internação em 1901.

⁵⁵⁵ Os dados a seguir foram extraídos de SCOTTI, Zelinda Rosa. Memórias doentes, inoportunas, marginalizadas. *Historiae*: revista de história da Universidade Federal do Rio Grande, v. 2 (1), 2011/A, entre as páginas 117 e 120.

embora restabelecida da crise maníaca, não foi procurada por pessoas da família. Continua em satisfatório estado mental e por este motivo julgo que não deve permanecer no hospital, efetivando-se a alta.

Tem alta em 21 de maio de 1946.

Retorna em 23 de maio de 1946.

(em 27/6/46):

A família da paciente não a quer receber e insiste em deixá-la neste estabelecimento. Proponho colocá-la como servente, na família de uma enfermeira do Hospital, afim de ensaiar o seu reajustamento social. Alta provisória por 90 dias.

Tem alta em julho de 1946.

Retorna em agosto de 1946.

(em 13/8/46):

Reingressa (...), com ideias vagas de culpabilidade e preocupações de feitio hipocondríaco. Prescrição: algumas sessões de eletro-choque.

Tem alta em setembro de 1946.

Retorna em dezembro de 1946.

(em 18/12/46):

Delírio de perseguição sistematizado e ideias delirantes eróticas: foi perseguida por sua família e por todas as pessoas da localidade em que vivia, pelo fato de ter sido amada pelo vigário.

(Nos Dados Comemorativos, s/d):

Começou com a morte do pai. A paciente esteve internada neste hospital fazem 22 anos. Tem verdadeiro ódio da mãe, é caluniadora, orgulhosa, gosta de ser obedecida e não admite réplicas. Implica com certas pessoas; com outras porém emprega uma amizade exagerada, não permitindo que se fale das mesmas. Teve assistência médica; esteve dois meses no Sanatório São Leopoldo. Tem insônia; a paciente tem ânsias de morrer, as vezes diz; - “eu devia morrer, mas não pude”. Leitura variada, lê muito.⁵⁵⁶

Catarina foi internada pela primeira vez em 1923, e contava então com 19 anos. Procedente de São Luiz Gonzaga, ficou por poucos meses, de janeiro de 1923 a junho do mesmo ano. Voltaria 22 anos depois, em 1945, saindo para assistência em 21 de maio de 1946, e retornando logo a seguir, em 23 de maio de 1946. A rejeição da família e a insistência por parte da alienada em afirmar que tivera um romance com o vigário no passado podem indicar a possibilidade de que o fato tenha ocorrido e que não fosse simples delírio. Outro dado vem complementar esta suspeita. Nos Dados Comemorativos ela é descrita, por alguém não identificado, mas que poderia ser um membro da família, como “caluniadora”, uma forma de desautorizar o seu discurso. Se na primeira internação foi apontada como pessoa “confusa”, na internação de 1946 ela seria percebida como “erótica”, pois externou claramente seu passado. Neste caso, ela passa a ser rotulada de “caluniadora”, pois insiste numa mesma versão não aprovada.

⁵⁵⁶ PHSP de Catarina, 19 anos, solteira, primeira internação em 1923.

A memória de Catarina é uma memória doente e igualmente inoportuna, mas acima de tudo uma memória individual: ela não compartilha com nenhum outro interno algo parecido, o que faz com que esteja irremediavelmente isolada e sempre, sempre desacreditada. No entanto, segundo Pollak, defensor da metodologia calcada na história oral,

todos os que já realizaram entrevistas de história de vida percebem que no decorrer de uma entrevista muito longa, em que a ordem cronológica não está sendo necessariamente obedecida, em que os entrevistados voltam várias vezes aos mesmos acontecimentos, há nessas voltas a determinados períodos da vida, ou a certos fatos, algo de invariante. É como se, numa história de vida individual - mas isso acontece igualmente em memórias construídas coletivamente houvesse elementos irreduzíveis, em que o trabalho de solidificação da memória foi tão importante que impossibilitou a ocorrência de mudanças⁵⁵⁷.

Ao observar novamente o prontuário de Catarina, ela repete em anos distintos a mesma versão:

(em 10/11/45) - Fala com grande loquacidade, desenvolvendo as suas ideias delirantes, baseadas em interpretações mórbidas. Conta que dos 13 aos 18 anos, *manteve um namoro com o vigário* de sua paróquia. Em torno dessa história expande o seu delírio

Um ano depois repetiria:

(em 18/12/46)

Delírio de perseguição sistematizado e ideias delirantes eróticas: foi perseguida por sua família e por todas as pessoas da localidade em que vivia, *pelo fato de ter sido amada pelo vigário* (grifos meus).

Na fala da paciente, poderiam ser observados “elementos irreduzíveis, em que o trabalho de solidificação da memória foi tão importante que impossibilitou a ocorrência de mudanças”. Infelizmente está tão arraigada a crença de que doentes mentais distorcem a realidade, que esta insistência da paciente quanto ao relacionamento com o vigário foi rotulado de “calúnia”, e o médico por sua vez sentenciou: tratou-se de “delírio”. Catarina teria mais duas internações, em 1946: em agosto saindo em setembro, retornaria então em dezembro para sair em definitivo, após falecimento, em 1950.

As mulheres citadas acima, italianas ou não, foram internadas ou por questões alheias ao seu comando (menstruação, maternidade – gravidez e pós-parto, menopausa), ou por externarem comportamentos indevidos, caso explícito das eróticas. O que há de comum a todas é que foram homens que determinaram seus destinos, quer por diagnósticos (formulados por eles), quer por internamentos.

⁵⁵⁷ POLLAK, Michael. Memória e identidade social. *Estudos Históricos*, v. 5, n. 10, 1992, p. 2.

CONCLUSÃO

Um questionamento central foi colocado na *Apresentação* desta tese, e para que ele fosse respondido outras indagações foram pensadas. Separadas por capítulos, são elas retomadas aqui, no intuito não apenas de facilitar os desdobramentos observados ao longo da leitura, mas, principalmente, para responder à problemática principal abordada ao final desta conclusão.

No primeiro capítulo, *Conceitos para uma escrita histórica que contemple a loucura*, quatro perguntas direcionaram a escrita do mesmo:

5. *Quando se fala de internamento psiquiátrico, é possível dizer que foi sinônimo de controle social?*
6. *Quem determinava esta exclusão? Poder público, médicos, familiares?*
7. *As representações de médicos, pacientes, familiares e pessoas próximas do louco, teriam algum grau de semelhança?*
8. *Qual o papel da Chefatura de Polícia, sabendo-se que era detentora do poder de enviar ou soltar os alienados?*

Ocorreu tanto controle social quanto exclusão. No caso da exclusão, esta foi determinada por quatro agentes: família, poder público (na figura da Chefatura de Polícia), instituição e alienista(s). Deve-se atentar, contudo, que os dois primeiros são agentes externos ao Hospício São Pedro, isto é, se eles não tomam a iniciativa de encaminhar o “louco” à instituição, fica claro que o médico também não tem o poder de fazê-lo sozinho. Uma vez interno no HSP, porém, o diagnóstico atribuído pelo alienista ao paciente tem poder de determinar o futuro do recluso, assim como o próprio formato da instituição, dita *total*, que submete e controla o alienado.

Observou-se através de alguns encaminhamentos que a Chefatura de Polícia e familiares se apropriavam do saber médico, quando intuía atitudes fora do normal e viam nelas casos patológicos. Mais uma vez, reafirma-se: os alienistas ratificam os internamentos, não os executam.

Os inúmeros exemplos, ao longo deste trabalho, fazem crer que ocorreu um controle social sobre comportamentos indevidos, e este controle era orquestrado pela Chefatura de Polícia. Ora, não cabe à Chefatura indicar tratamentos, e, sim, organizar o social, o que fazia valendo-se do hospício.

E uma vez dentro da instituição, é possível afirmar que diversos procedimentos, típicos a uma instituição total, culminaram num aniquilamento do paciente como sujeito (mortificação do eu), e isto estendido a todos indistintamente, independente de gênero, etnia, estado civil, ou condições sociais (pensionistas ou não).

Em *Etnia italiana no Hospício São Pedro*, duas foram as indagações que o capítulo se propôs a responder:

1. *No Rio Grande do Sul, sobre os alienados de etnia italiana encaminhados ao Hospício São Pedro, seria possível quantificar estes internamentos?*
2. *Foram eles em maior número se comparados ao restante da população de internos no HSP (nativos e outras etnias)?*

Ficou claro que não há como quantificar os italianos que estiveram no HSP entre 1900 e 1925, quer porque os Relatórios ao Presidente da Província não discriminam por etnia as entradas ano a ano, quer porque o conjunto de prontuários não está completo, já que há menção de nomes que não constam no acervo do APERS, nas caixas designadas para o período.

Quanto a serem em maior número que o restante da população, necessário se faz resgatar duas escritas da *Introdução*:

O número de suicídios entre os imigrantes fala por si mesmo, bem como o de loucos que, em levantamentos feitos, *constatou-se ser 4 vezes maior do que entre os nativos*. Em 1922, havia-se observado na Argentina que, enquanto 2/3 da população do país eram nativos, 2/3 dos doentes mentais hospitalizados eram estrangeiros. Nos Estados Unidos, constatou-se que a percentagem de doentes mentais, para grupo étnico, era duas a três vezes maior do que no país de origem. (Constantino Ianni)

Eles são frequentemente celibatários e não encontram assim, em caso de distúrbios, outro recurso além da hospitalização. Está aí, certamente uma das causas da alta porcentagem da hospitalização dos migrantes. Mas há outras, o sexo e a idade. São homens principalmente que emigram; ora *existem mais doentes no grupo masculino nos E.U.A. que no grupo feminino, sobretudo no grupo de 15-25 anos*. Ora não são apenas os homens que emigram, mas ainda os homens jovens, desejosos de poder refazer sua vida pertencendo então na maioria à classe de idade 15-25 anos. (Roger Bastide)

Fica evidente que não há como importar dados de outros lugares, e aplicar ao HSP. Seja o grupo de estrangeiros visto no conjunto, ou vistos em separado apenas os italianos, que estiveram sempre em número inferior ao de internos naturais do Brasil. No caso dos italianos em relação aos nativos, a diferença é muito grande 1/10 de italianos para 7/10 de nativos. E, se vistos em bloco,

todos os estrangeiros, a proporção é de $\frac{3}{4}$ de nativos para $\frac{1}{4}$ de estrangeiros. Além de que, mesmo entre italianos, os 18 homens encontrados com idade entre 15 e 25 anos representam 19,3% (de um total de 93 internos do sexo masculino). Cabe, porém, uma ressalva. Entre os nativos mencionados nos Relatórios ao Presidente da Província, constam os descendentes que foram apontados ao longo do trabalho. Neste caso, o número de italianos diminuiria: dos 18 homens com ascendência italiana apontados seriam apenas 6 italianos.

O número de homens internos é maior que o número de mulheres internas, e evidencia-se que os solteiros homens são em maior número, tanto no total geral quanto em se tratando apenas de italianos. No tocante ao grupo etário apontado por Bastide, confirmou-se através da Tabela 16 – *Internos do sexo masculino solteiros e por faixa etária de 15 a 25 anos, italianos e não-italianos no Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925 (para primeira internação)* que é insignificante o número de italianos em relação aos nativos, e sabendo-se que são os italianos em maior número que os outros estrangeiros, esta afirmação também pode ser estendida a todos imigrantes em relação aos nativos: o grupo etário de 15 a 25 anos é maior entre nativos não entre estrangeiros.

Quando discriminadas as profissões dos imigrantes italianos, estas demonstraram que havia um número relevante de agricultores, mas não se pode dizer que italianos e descendentes sejam sinônimos de “lavrador”. Internos como pensionistas evidenciam que não devem ser tratados em bloco os peninsulares: italiano não é sinônimo de pobreza.

Sobre os pensionistas, foram localizados casos como o de Maria V., que internada pelo marido por duas vezes, o foi na primeira classe. Mais tarde, na terceira reclusão, quando retorna agora internada pelo genro, ficaria em classe de pensionista inferior a que esteve quando das primeiras internações. O que permite a inferência de que, quer o tempo de estada, quer qual familiar encaminhava para internamento, havia a possibilidade de que o tratamento dispensado fosse diferente.

Não foram apenas italianos que vieram a falecer nas dependências do HSP, e tampouco não ficaram restritos a esta etnia aqueles internamentos que tiveram curtíssimo espaço de tempo, resultando a seguir em morte do paciente. Por fim, este capítulo confirmou a existência de moradores de origem étnica italiana na capital do Rio Grande do Sul, embora nem todos apontados como procedentes de Porto Alegre assim o fossem, devido às falhas da documentação (anotação errônea dos alienistas).

Por fim, acreditando-se que familiares detêm poder significativo de indicar seus entes queridos aos internamentos, ocorre que, em se tratando de internos de ascendência italiana, estes

podem ter tido um diferencial: a presença de “Redes Sociais”, prováveis no auxílio a uma adaptação sadia.

No capítulo 3, *Entre diagnósticos médicos e narrativas*, foram apontadas cinco inquirições que o tópico se propôs a responder:

1. *Ocorreu tratamento diferenciado por parte dos alienistas para italianos e italianas, se comparados com os outros internos do HSP?*
2. *É possível afirmar que existia uma loucura diferenciada para os italianos e as italianas, se comparados aos outros internos do HSP?*
3. *É possível afirmar que existiram internamentos diferenciados para os italianos e as italianas, se comparados aos outros internos do HSP?*
4. *É possível afirmar que os italianos, tanto homens quanto mulheres, “sofreram” mais que os outros internos do Hospício São Pedro?*

A coleta de material junto às fontes evidenciou um tratamento idêntico para todos, isto é, *ausência de tratamento*. Nos prontuários, constatou-se que não há registros de terapêutica para nenhum dos internos, mesmo os pensionistas, não importando cor, classe social ou etnia. A pergunta sobre de qual extrato social eram oriundos os italianos é falha, pois é possível observar que mesmo pessoas mais humildes podem fazer com que seus parentes internados sejam pensionistas. Difícil saber quem realmente seja oriundo de uma situação sócio-econômica mais privilegiada, até porque enfatiza-se, não há tratamento diferenciado que possa ser percebido nos prontuários, nulos de informações a respeito.

Quanto aos diagnósticos, com exceção de lypemania, no qual observou-se número significativo de italianos, todos os outros diagnósticos deixam claro que os internos com ascendência italiana não eram maioria, pelo contrário. *Tratamento diferenciado, internamentos diferenciados, loucura diferenciada*, afirma-se que nada disto ocorreu: italianos e descendentes tiveram igual tratamento, passavam pelas mesmas etapas nos internamentos, e foram internados pelos mesmos diagnósticos que outros pacientes. Neste caso, é impossível afirmar que tiveram também um sofrimento maior devido à etnia e ao processo de imigração.

A família dos italianos demonstrou comportamentos diferenciados em relação aos seus familiares internados. Dois exemplos. Um é o de Anis (em que consta a expressão *delírio... degenerado* no diagnóstico), que, mesmo sofrendo de coprofagia, sordicie e gatismo, não foi enviada ao HSP, antes dos 18 anos. Outro exemplo é o de Silvia (*degeneração hereditária*): os diversos

internamentos e a fala da irmã corroboram que bastava um comportamento fora do padrão para que ocorresse nova reclusão. A primeira (Anis), porém, veio a falecer nas dependências do hospício, e a segunda (Silvia) saiu e não mais retornou.

Constatou-se que melancolia não foi um diagnóstico exclusivo ao sexo feminino. E, embora em número pequeno, foi possível observar que havia mulheres alcoólatras neste período, e que sofreram internação na instituição (nenhuma com ascendência italiana). Sobre o alcoolismo, também cabe ressaltar que o HSP não era o único destino deste tipo de paciente, por vezes era o alcoolista enviado a hospitais.

A incidência de italianos com parentes internados não foi exclusivo a esta etnia: pacientes de outras etnias também tinham parentes reclusos na instituição.

Em suma, o capítulo 3 demonstrou por quantificação que italianos e descendentes eram apenas mais um grupo de internos, sem qualquer tipo de diferenciação significativa em relação aos outros que estiveram reclusos no São Pedro.

Por fim, no capítulo 4, *A loucura inscrita no corpo feminino*, duas interrogações foram levantadas:

3. *Segundo os diagnósticos apurados nos prontuários, é possível falar de loucura tipicamente feminina?*
4. *É possível afirmar que existia loucura diferenciada entre os italianos e as italianas, isto é, loucura tipicamente feminina para italianas e loucura tipicamente masculina para italianos?*

Sim, ocorreu uma loucura diferenciada tipicamente feminina, caso específico da *psicose de involução*, diagnóstico utilizado para o período da menopausa. E ainda que existisse o contraponto masculino, o número de reclusões foi insignificante. Um internamento em especial chamou a atenção, a reclusão de Maria C.: o pagamento do marido a funcionários do HSP poderia indicar troca de favores. Ainda no quesito menopausa, foi identificada uma italiana em que o médico anota em seu prontuário que a paciente se comunica no idioma italiano, o que evidentemente dificultaria a entrevista entre ambos.

A menstruação era passível de causar transtornos mentais, e algumas mulheres foram deixadas no HSP até o falecimento por comportamento alterado devido a este período (típica TPM atual).

Quanto à maternidade, algumas situações chamaram a atenção. Para algumas, o parto ocorreu pouco depois de terem sido internadas, para outras, depois de terem o filho, foram deixadas na instituição até a morte. Quanto às solteiras e grávidas, estas tiveram dois caminhos: ou eram esquecidas nas dependências do hospício, ou saíam após o parto. Não foram localizadas solteiras grávidas de origem italiana.

Os casos de Orphelina e Pierina e seus desdobramentos são instigantes. Ambas acusadas de infanticídio, a primeira recusava reconhecer tê-lo praticado, e ficou no HSP até seu falecimento. Já Pierina reconheceu o erro, e saiu da instituição. Os diagnósticos de ambas também chamam a atenção, uma internada com *estado melancólico delirante* e a outra com *depressão melancólica com ideias delirantes místicas*, levam a pensar que alguns diagnósticos pudessem mascarar as reais motivações dos internamentos.

Por fim, a histeria, pensada como um mal ligado ao útero, no século XX já estaria desacreditada, mesmo entre a classe médica, e talvez isto justificasse o pequeno número de internas no HSP por histeria.

Recapituladas as perguntas feitas a cada capítulo, responde-se agora a pergunta central:

Através da quantificação dos prontuários do Hospício São Pedro entre os anos de 1900 a 1925, efetuando comparações entre pacientes italianos e pacientes não-italianos, seria possível afirmar que, como em São Paulo, os italianos foram um “grupo de peso” (numericamente) com predisposição à loucura?

Afirma-se: o grupo de italianos não era superior aos outros internos, sendo sempre um grupo menor, quando apresentados por diagnósticos, tais como alcoolismo e degeneração hereditária. Por conseguinte, refuta-se por completo que alcoólatras e degenerados de etnia italiana formassem um grupo de peso. Em outras palavras, loucura não era uma marca dos italianos, ao menos para o RS, diferente do sugerido por Cunha, quando pesquisou a temática da loucura em São Paulo. E o indicativo de Fausto para o binômio de *criminalidade e imigração italiana* pode não ter se reproduzido em terras gaúchas: o alcoolismo, motivação para perturbações no espaço público, não era exclusivo aos italianos, que estiveram no HSP em número bastante inferior a outros internos por ingestão de bebida alcoólica.

Os imigrantes italianos instalaram-se no RS como proprietários no interior, realidade totalmente distinta das condições oferecidas à maioria dos que se dirigiram às terras paulistas. Investigações como a de Constantino, que conclui serem os imigrantes desta etnia em Porto Alegre

detentores de recursos que permitiram custear viagem e estabelecimento junto com a família, evidencia que a *dobradinha* miséria e loucura não explica internamentos de imigrantes de etnia italiana.

Por fim, os aspectos apontados na Introdução que dão conta de problemas ligados a uma *aculturação* sadia, casos de *estresse do imigrante*, *choque cultural*, *crise identitária* com consequente desdobramento na *nostalgia*, podem sim estar associados a alguns diagnósticos, tais como *melancolia*, *maníaco depressiva*, *depressão*, *lypemia* e *alcoolismo*. Ainda assim, não podem responder por todos os diagnósticos, alguns inclusive fisicamente *visíveis* nos pacientes, tais como *idiotia*, *imbecilidade* e *debilidade mental*. Em outras palavras, as motivações dos internamentos podem apenas ser intuídas para alguns diagnósticos e não podem, tampouco, ser generalizadas.

FONTES

Relatórios

Relatório do Estado da Santa Casa da Misericórdia da cidade de Porto Alegre, capital da província de São Pedro do Sul acompanhado do balanço da receita e despesa apresentado pelo provedor Marechal de Campo Luiz Manoel de Lima e Silva no ano compromissal de 1867. Porto Alegre: Tip. do Jornal do Comércio, **1867**.

Relatório do Estado da Santa Casa da Misericórdia da cidade de Porto Alegre, capital da província de São Pedro do Sul acompanhado do balanço da receita e despesa apresentado pelo provedor Marechal de Campo Luiz Manoel de Lima e Silva no ano compromissal de 1872. Porto Alegre: Tip. do Jornal do Comércio, **1872**.

Relatório do Estado da Santa Casa da Misericórdia da capital da Província do Rio Grande do Sul no ano de 1873 acompanhado do balanço da receita e despesa do mesmo estabelecimento e dos quadros demonstrativos da receita e despesa das Repartições dos Expostos e do Cemitério apresentado a mesa da mesma Santa Casa pelo Provedor José Antônio Coelho Júnior. Porto Alegre: Tip. do – Rio Grandense, **1873**.

Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre apersentado pelo Provedor Joaquim Salgado **no ano de 1884**. Porto Alegre: Tipografia de Gundlach & Comp., 1885.

Hospício de Alienados.

Relatório apresentado ao Presidente do Rio Grande do Sul em 15 de setembro de 1893 pelo Secretário de Estado interino dos Negócios do Interior e Exterior Possidônio da Cunha Jr. [**SIE.3-001**]. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas d “A Federação”, 1893.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. F. P. Dias de Castro, diretor do HSP].

Relatório apresentado em 31 de agosto de 1894 ao Presidente do Rio Grande do Sul Dr. Júlio Prates de Castilhos pelo Secretário de Estado interino dos Negócios do Interior e Exterior Possidônio da Cunha Jr. [**SIE.3-001**]. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas d “A Federação”, 1894.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. F. P. Dias de Castro, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Júlio Prates de Castilhos Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 15 de agosto de 1895. [**SIE.3-003**]. Porto Alegre: Oficinas a Vapor d Livraria Americana, 1895.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. F. P. Dias de Castro, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Júlio Prates de Castilhos Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 31 de julho de 1896. [**SIE.3-003**]. Porto Alegre: Oficinas a Vapor d Livraria Americana, 1896.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. F. P. Dias de Castro, diretor do HSP]

Relatório apresentado pela 3ª Diretoria (estatística) em 15 de julho de 1897 anexo ao Relatório do estado dos Negócios do Interior e Exterior de 30 de julho de 1897 Estado do Rio Grande do Sul [**SIE.3 005**]. Porto Alegre: oficinas Tipográficas d'A Federação, 1899.

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 15 de Agosto de 1901. [**SIE.3-010**, Relativo ao ano de 1900], Porto Alegre: Tipográficas a vapor da Livraria do Globo, 1901.

Relatório do Hospício São Pedro. [apresentado pelo Dr. F. P. Dias de Castro, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 20 de Agosto de 1902. [**SIE.3-011**, Relativo ao ano de 1901], Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de Emílio Wiedemann & Filhos, 1902.

Anexo n. 11, Relatório do Hospício São Pedro, n. 24 [apresentado pelo Dr. Tristão de Oliveira Torres, diretor interino do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 20 de Agosto de 1903. [**SIE.3-012**, Relativo ao ano de 1902], Porto Alegre: Das Oficinas Tip. Da Liv. Do Comércio, s/d.

Relatório do Hospício São Pedro, n. 40 [apresentado pelo Dr. Tristão de Oliveira Torres, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. João Abbott Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 31 de Agosto de 1904. [**SIE.3-013**, Relativo ao ano de 1903], Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de Emílio Wiedemann & Filhos, 1904.

Relatório do Diretor do Hospício São Pedro, n. 109 [apresentado pelo Dr. Tristão de Oliveira Torres, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antônio Augusto Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 15 de Setembro de 1906. [SIE.3-014, Relativo ao ano de 1905], Porto Alegre:Tip. Emílio Wiedemann & Filhos, 1906.

Relatório do Diretor do Hospício São Pedro, n. 118 [apresentado pelo Dr. Tristão de Oliveira Torres, diretor do HSP].

Relatório da Secretaria do Interior [título constante na capa na há folha de rosto, sem dados bibliográficos] [SIE.3-015, Relativo ao ano de 1906]

Relatório do Diretor do Hospício São Pedro, n. 5 [apresentado pelo Dr. José Carlos Ferreira médico adjunto do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Carlos Barbosa Gonçalves Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 8 de setembro de 1909. [SIE.3-018, Relativo ao ano de 1908], Porto Alegre: Oficinas Gráficas da Livraria do Globo, s/d.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Carlos Barbosa Gonçalves Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 8 de setembro de 1910. [SIE.3-019, Relativo ao ano de 1909], Porto Alegre: Oficina Tipográfica Livraria Universal de Carlos Echenique, s/d.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Carlos Barbosa Gonçalves Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, s/d. [SIE.3-020, Relativo ao ano de 1910], Porto Alegre: Tipografia da Livraria Universal de Carlos Echenique, s/d.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. Carlos Barbosa Gonçalves Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 9 de setembro de 1912. [SIE.3-021, Relativo ao ano de 1911], Porto Alegre: Oficinas Gráficas da Livraria do Globo, 1912.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 8 de setembro de 1913.

[**SIE.3-022**, Relativo ao ano de 1912], Porto Alegre: Oficinas Gráficas da Livraria do Globo, 1913.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Ex. Snr. General Salvador Ayres Pinheiro Machado vice presidente em exercício do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 8 de setembro de 1915. [**SIE.3-025**, Relativo ao ano de 1914], Porto Alegre: Oficinas Gráficas da Casa de Correção, 1915.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Ex. Snr. General Salvador Ayres Pinheiro Machado vice presidente em exercício do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Antonio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 8 de setembro de 1916. [**SIE.3-026**, Relativo ao ano de 1915], Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1916.

Relatório do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 27 de agosto de 1917. [**SIE.3-028**, Relativo ao ano de 1916], Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1917.

Relatório do Dr. Diretor do Hospício São Pedro [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP]..

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 4 de setembro de 1918. [**SIE.3-030**, Relativo ao ano de 1917], Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1918.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 30 de agosto de 1919. [**SIE.3-031**, Relativo ao ano de 1918], Volume I, Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1919.

Relatório do Hospício São Pedro. [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em

30 de agosto de 1921. [SIE.3-035, Relativo ao ano de 1920], Volume I, Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1921.

Relatório do Hospício São Pedro. [apresentado pelo Dr. Dioclécio Pereira, diretor do HSP].

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 4 de setembro de 1922. [SIE.3-037, Relativo ao ano de 1921], Volume I, Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1922.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 4 de setembro de 1922. [SIE.3-038, Relativo ao ano de 1921], Volume II, Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1922.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 31 de agosto de 1923. [SIE.3-039, Relativo ao ano de 1922], Volume II, Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1923.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 6 de setembro de 1924. [SIE.3-040, Relativo ao ano de 1923], Volume I, Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1924.

Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A A Borges de Medeiros Presidente do Estado do Rio Grande do Sul pelo Dr. Protásio Alves Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 24 de agosto de 1925. [SIE.3-041, Relativo ao ano de 1924], Porto Alegre: Oficinas Gráficas d “A Federação”, 1925.

Decretos

Decreto n. 595 de 7 de fevereiro de 1903 , que dá novo regulamento para o Hospício São Pedro. Leis, Decretos e Actos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul 1903. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de “O Independente”, 1909.

Decreto n. 3.550, de 29 de dezembro de 1925, Regulamento do Hospital São Pedro do Rio Grande do Sul. Leis, Decretos e Atos do Governo do estado do Rio Grande do Sul 1925. Porto Alegre: oficinas Gráficas d'A Federação, 1926.

Prontuários do Hospício São Pedro (mencionados no rodapé, em negrito aqueles que foram mencionados mais de uma vez)

Capítulo 1

PHSP de Demétrio, 26 anos, solteiro, internado em 1918.

PHSP de Carlos Max, 26 anos, casado, internado em 1940

PHSP de Maria, 45 anos, solteira, internada em 1912.

PHSP de Catarina, 19 anos, solteira, primeira internação em 1923.

PHSP de Maria, 31 anos, solteira, de Lageado, primeira internação em 1919.

PHSP de Regina, 24 anos, solteira, primeira internação em 1924.

PHSP de Maria V., 33 anos, casada, primeira internação em 1909.

PHSP de José, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1920.

PHSP de Ignez, 30 anos, casada, internada em 1925.

PHSP de Onofre, de 33 anos, solteiro, primeira internação em 1925.

PHSP de Walter, de 36 anos, casado, internado em 1925.

PHSP de Stanislau, 47 anos, casado, primeira internação em 1922.

PHSP de João, 18 anos, solteiro, primeira internação em 1909.

PHSP de Victória, 39 anos, casada, internada em 1917.

PHSP de Maria, viúva, 32 anos, primeira internação em 1918..

PHSP de Laura, 34 anos, solteira, internada em 1921.

PHSP de Maria (sem sobrenome), 18 anos, não consta estado civil, internada em 1910.

PHSP de Maria, 32 anos, solteira, internada em 1907.

PHSP de Margarida, 23 anos, solteira, internada em 1908.

PHSP de Jardelina, 15 anos, solteira, primeira internação em 1917.

PHSP de João, 18 anos, solteiro, primeira internação em 1909.

Capítulo 2

PHSP de Antonia B., 52 anos, viúva, internada em 1923.

PHSP de Elvira, 36 anos, casada, internada em 1915.

PHSP de Salvador, 29 anos, solteiro, primeira internação em 1916.

PHSP de Paulina, 30 anos, casada, internada em 1919.

PHSP de Ubaldina, 33 anos, solteira, primeira internação em 1913.

PHSP de Dinorah, 15 anos, solteira, primeira internação em 1913.

PHSP de Cataldo, 31 anos, casado, primeira internação em 1925.

Capítulo 3

PHSP de Antônio, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1924.

PHSP de Pedro, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1924.

PHSP de Marieta, 40 anos, casada, internada em 1913.

PHSP de Orlando, 35 anos, solteiro, internado em 1917.

PHSP de Floriano, 39 anos, não consta estado civil, internado em 1924.

PHSP de Sílvia, 33 anos, solteira, primeira internação em 1918.

PHSP de Anis, 18 anos, solteira, internada em 1922.

PHSP de Normelio, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1923.

PHSP de Carmelina, 27 anos, solteira, internada em 1925.

PHSP de Giuseppe, 21 anos, solteiro, internado em 1905.

PHSP de Eduardo, não consta idade, solteiro, internado em 1924.

PHSP de Antonio T., 40 anos, casado, internado em 1922.

PHSP de Rosalina, 24 anos, solteira, internada em 1924.

PHSP de Amalia P., 8 anos, solteira, internada em 1910.

PHSP de Clara, 25 anos, solteira, internada em 1914.

PHSP de Luiz, 24 anos, solteiro, primeira internação em 1923.

PHSP de Maria, 55 anos, casada, internada em 1900.

PHSP de Giovana, de 24 anos, solteira, internada em 1900.

PHSP de Catharina, 54 anos, casada, internada em 1906.

PHSP de Margarida, 40 anos, solteira, internada em 1906.

PHSP de Octacília, 18 anos, solteira, internada em 1921.

PHSP de Atalice, 22 anos, casada, internada em 1923.

PHSP de “S”, 14 anos, solteiro, internado em 1910.

PHSP de Rosina, 25 anos, casada, internada em 1902.

PHSP de Rosa, 32 anos, casada, internada em 1911.

PHSP de José, 27 anos, solteiro, internado em 1924.

PHSP de Jacomo, 50 anos, casado, primeira internação em 1924.

PHSP de Pedro, 32 anos, viúvo, primeira internação em 1922.

PHSP de Reinaldo, 29 anos, casado, primeira internação em 1920.

PHSP de Pedro, 23 anos, solteiro, primeira internação em 1920.

PHSP de Júlio, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1925.

PHSP de Elias, 21 anos, solteiro, primeira internação em 1923.

PHSP de Anna, 35 anos, solteira, internada em 1923.

PHSP de Eduardo, não consta a idade, solteiro internado em 1924.

PHSP de Augusto F. de C., 30 anos, solteiro, primeira internação em 1901.

PHSP de Luiz, 27 anos, casado, primeira internação em 1912.

PHSP de Rosina B., 19 anos, solteira, internada em 1899.

PHSP de José Cr., 40 anos, casado, primeira internação em 1907.

PHSP de José M., 38 anos, casado, primeira internação em 1922.

Capítulo 4

PHSP de João V., 28 anos, casado, primeira internação em 1922.

PHSP de Lucia, 18 anos, solteira, primeira internação em 1923.

PHSP de Fausta, 27 anos, casada. No prontuário não constam informações tais como: diagnóstico, ano de internação, ano da alta, motivo da alta, etc. O único documento é um atestado.

PHSP de Alice, de 17 anos, solteira, primeira internação em 1921.

PHSP de Matilde, 19 anos, casada, primeira internação em 1921.

PHSP de Paulina, 17 anos, solteira, primeira internação em 1921.

PHSP de Julieta, 20 anos, solteira, primeira internação em 1918.

PHSP de Maria, 30 anos, solteira, primeira internação em 1924.

PHSP de Maria E., 25 anos, solteira, internada em 1925.

PHSP de Catulina, 20 anos, solteira, internada em 1918.

PHSP de Graciolina, 35 anos, solteira, primeira internação em 1925.

PHSP de Maria K., 18 anos, casada, internada em 1904.

PHSP de Rosa, 36 anos, casada, primeira internação em 1903.

PHSP de Adelina, 27 anos, casada, primeira internação em 1924.

PHSP de Ana, 25 anos, casada, primeira internação em 1917.

PHSP de Rosalina, 27 anos, casada, internada em 1924.

PHSP de Avelina, 20 anos, não consta estado civil, internada em 1901.

PHSP de Maria L., 38 anos, viúva, internada em 1919.

PHSP de Zulmira, 19 anos, casada, primeira internação em 1924.

PHSP de Carula, 36 anos, casada, primeira internação em 1921.

PHSP de Orphelina, 36 anos, não consta estado civil, internada em 1924.

PHSP de Victória, 39 anos, casada, internada em 1917.

PHSP de Maria, 58 anos, casada, internada em 1922.

PHSP de Maria C., 36 anos, casada, internada em 1915.

PHSP de Maria S., 35 anos, casada, internada em 1925.

PHSP de Pulcheria, 48 anos, solteira, primeira internação em 1925.

PHSP de Thereza Bo., 14 anos, solteira, primeira internação em 1917.

PHSP de Georgina, 27 anos, solteira, primeira internação em 1910.

PHSP de Raphaela, 30 anos, casada, primeira internação em 1916.

PHSP de Margarida, 41 anos, casada, primeira internação em 1906.

PHSP de Laura, 38 anos, casada, primeira internação em 1901.

PHSP de Catarina, 19 anos, solteira, primeira internação em 1923.

Obras impressas

DEL RIVO, Ítalo. *As duas Melancolias*. Correio do Povo, em 25 de junho de **1911**.

BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo: fatos e mitos*. (volume 1). 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. (primeira edição em **1949**).

BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo: a experiência vivida*. (volume 2). 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. (primeira edição em **1949**).

BRUNI, Attilio. *Melancolia*: tese apresentada à Faculdade de Medicina do Paraná em novembro de **1921**. Curitiba: Tipografia João Haupt & Cia, s/d.

ROXO, Henrique. *Manual de Psiquiatria*. 2 ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, **1925**. (primeira edição de **1921**).

ROXO, Henrique. *Modernas noções de doenças mentaes*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, [**19--**].

BENCHIMOL, N. Burlamaqui. *Menstruação: anomalias mestruaes*. Rio: Flores & Mano, **1935**.

STRAUSS, Alfred. *Introducción al estudio de la Pedagogia Terapéutica: para maestros, educadores, médicos y padres de família*. Barcelona: Labor, **1936**.

Jornais

Capítulo 2

Correio do Povo 28/10/1911 notícia na página 6.

Correio do Povo 4/6/1911 notícia na página 4.

Correio do Povo 29/6/1911 notícia na página 6.

Correio do Povo 7/7/1911 notícia na página 4.

Correio do Povo 25/7/1911 notícia na página 5.

Capítulo 3

Correio do Povo 18/5/1911 notícia na página 6.

Correio do Povo 6/6/1911 notícia na página 8.

Correio do Povo 13/6/1911 notícia na página 6.

Correio do Povo 21/6/1911 notícia na página 4.

Correio do Povo 16/8/1911 notícia na página 4.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, João Ferreira. Integração social e exclusão social: algumas questões. *Análise Social*, Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, vol. XXVIII (4º e 5º), 1993, Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223292685C6oHU6bm4Iv42AH9.pdf>, acesso em 24 de janeiro de 2013.

ALTMAYER, Everton. *História da região trentina*. In: Comunità Trentina Del Brasile. Disponível em <http://www.trentini.com.br/?pagina=conteudo&unidade=1&idioma=port&id=42>, acesso em 27 de maio de 2013.

ALVES, Gabrielle Werenicz; SERRES, Juliane Primon. *Hospital Psiquiátrico São Pedro: 125 anos de História*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

AMARANTE, Paulo. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

APPIGNANESI, Lisa. *Tristes, loucas e más: a história das mulheres e seus médicos desde 1800*. Rio de Janeiro: Record, 2011.

AROSTEGUI, Julio. *A Pesquisa Histórica: teoria e método*. Bauru: EDUSC, 2006.

AZEVEDO, Thales de. A Integração. *Centenário da Imigração Italiana: 1875-1975*. Porto Alegre: Edel [1976?].

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BASAGLIA, Franca Ongaro. Exclusão/Integração. In: RUGGIERO, Romano. *Enciclopédia Einaudi*. v. 23. Inconsciente – Normal/Anormal. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1994.

BASAGLIA, Franco. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação e liberdade do espaço fechado. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005/A.

BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca Ongaro. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sociopsiquiátrica. In: BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005/B.

BASTIDE, Roger. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Editora Nacional, 1967.

BEIGUELMAN, Paula. *A crise do escravismo e a grande imigração*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BERNSTEIN, Basil. *La estructura del discurso pedagógico: classes, códigos y control*. 3 ed. Madrid: Ediciones Morata S.L.; La Coruña: Fundación Paidéia, 1997.

BERRY, John. Migração, aculturação e adaptação. In: DE BIAGGI, Sylvia Dantas; PAIVA, Geraldo José de. (Orgs.). *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BIAVASCHI, Márcio Alex Cordeiro. *Relações de poder coronelistas na Região Colonial Italiana do Rio Grande do Sul durante o período borgista (1903-1928)*. 2011. (Doutorado em História). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-Graduação em História, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes. *Psicologias: uma introdução ao estudo da Psicologia*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BORGES, Stella; COSTA, Rovílio. Do sonho à realidade: criminosos e doentes mentais alienados em Porto Alegre. In: DE BONI, Luiz A. (Org.). *A presença italiana no Brasil (III)*. Porto Alegre/Torino: EST/Fondazione Giovanni Agnelli, 1996.

BRESCIANO, Juan Andrés. *Los Medios Informáticos em La Investigación Humanística*: repertorio básico de programas y utilitarios. Montevideo: Psicolibros, Waslala, 2005.

CARDOSO, Ciro Flamarion; BRIGNOLI, Héctor Perez. *Os Métodos da História*: introdução aos problemas, métodos e técnicas da história demográfica, econômica e social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Centenário da Imigração Italiana: 1875-1975. Porto Alegre: Edel [1976?].

CITELLI, Adilson. *Linguagem e Persuasão*. São Paulo: Ática, 1985.

COELHO, Everton Flores. *Uma alternativa de atendimento ao deficiente mental adulto*. Londrina: PML/SSPS/Seplan, 1988.

COLOMBATI, Spartaco. *Appunti di psichiatria*. Milano: Officine Grafiche Garzanti, 1961.

CERTAU, Michel. *A Escrita da História*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

COLLAZOS, Francisco. et. al. Estrés aculturativo y salud mental em La población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, Madrid, v. 29, n. 3, 2008.

CONEDERA, Leonardo de Oliveira. *A imigração italiana no pós-guerra em Porto Alegre*: memórias, narrativas, identidades de sicilianos (1946-1976). 2012. (Mestrado de História), - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *O italiano da esquina*: imigrantes meridionais na sociedade porto-alegrense. Porto Alegre: EST edições, 2008.

_____. *Caixas no Porão*: vozes, imagens, histórias. Porto Alegre, Biblos, 2004.

_____. Pesquisa Histórica e Análise de Conteúdo: pertinência e possibilidades. *Estudos Ibero-Americanos*, PUCRS, v. XXVIII, n. 1, Porto Alegre, jun. 2002.

_____. Italianidade (s): imigrantes no Brasil Meridional. In: MAESTRI, Mario; CARBONI, Florence (Orgs.). *Raízes italianas do Rio Grande do Sul: 1875-1997*. Programa de Pós-graduação em História UPF; Associazione Culturale Italiana Del RS; Universidade de Passo Fundo, 2000.

_____. *O italiano da esquina: meridionais na sociedade porto-alegrense e permanência da identidade entre moraneses*. 1990. (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1990.

_____. *Estudos de imigração italiana: tendências historiográficas no Brasil meridional*. 2012 (?). Material impresso gentilmente cedido pela autora.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Documentário, s/d.

COUTINHO, Maria da P. L.; RODRIGUES, Ieda F.; RAMOS, Natália. Transtornos mentais comuns no contexto migratório internacional. *Psico*, Porto Alegre, v. 43, n. 3, jul/set 2012.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. De historiadoras brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). *Tempo*. n. 5, Jan. 1998.

_____. Loucura, Gênero Feminino: as Mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*. v. 9, n. 18, Ago./Set.1989.

_____. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAVIS, Natalie Zemon. *Women's History in Transition, 1975-76*. Apud: SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2), jul/dez, 1995/A.

DE BONI, Luis A. *La Mérica: escritos dos primeiros imigrantes italianos*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 1977.

DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. *Os italianos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias, 1979.

DE BONI, Luis A; GOMES, Nelci Rogério. *Entre o passado e o desencanto: entrevistas com imigrantes italianos e seus descendentes no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias, Editora da Universidade de Caxias do Sul, 1983.

DEMÉTRIO, Frederico Navas. *Depressão Pós-parto*. Entrevistador: Drausio Varela. Disponível em <http://drauziovarella.com.br/mulher-2/depressao-pos-parto-3/>.

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. *Quotidiano e poder em São Paulo no século XIX*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

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

_____. *Psiquiatria e Feminilidade*. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2000.

ESQUIROL, Jean-Etienne. *Des Maladies mentales considerée sous les rapports médiel, hygiénique et médico-legal*, Tomo I, 1838. Apud: MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FALRET, J. *Princípios a seguir na classificação das doenças mentais*. Discurso apresentado à Societé Medico-psychologique de Paris, 1860, p. 20. Apud: PESSOTTI, Isaias. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34, 1999.

FAUSTO, Boris. *Crime e Cotidiano: a criminalidade em São Paulo (1880-1924)*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FAVARO, Cleci Eulália. *Imagens Femininas: contradições, ambivalências, violências*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002 (Coleção Nova et Vetera).

_____. Explorando documentos: uma experiência de trabalho com fontes primárias do acervo do Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul. *Sociedade Brasileira de Pesquisa Histórica*, Anais da XVI Reunião. Curitiba, 1996.

_____. *Imagens Femininas: contradições, ambivalências, violências – Região Colonial Italiana do Rio Grande do Sul - 1875/1950*. 1995. (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

FIGUEIREDO, Luciano R. História e Informática. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. (Orgs.). *Domínios da História*. Rio de Janeiro, Campus, 1997.

FOUCAULT, Michel. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parricídio no século XIX*. 7 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. A Casa dos Loucos. In: *Microfísica do Poder*. 18 ed. (organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Graal, 2003

_____. *Os Anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. *História da Loucura na idade clássica*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

FRAIZE-PEREIRA, João Augusto. *O que é loucura?* São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos).

GAYRAL, Luigi. *La Psichiatria Contemporanea: principi, metodi, applicazioni*. Roma: Pia Società S. Paolo, 1955

GIAMARUSTI, Ana Paula; ROSA, Luciano Gonçalves. *Microsoft Access 2000*. Goiânia: Editora Terra, s/d. Material fornecido pelo SENAC no PR.

GILL, Lorena Almeida. *Um mal de século: tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas/RS (1890-1930)*. 2004. (Doutorado em História), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

GINZBURG, Carlo. *Mitos, Emblemas e Sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GIRON, Loraine Slomp. A mulher e o trabalho na região colonial italiana do Rio Grande do Sul. In: DE BONI, Luis Alberto (Org.). *A Presença Italiana no Brasil*. v. III. Porto Alegre; Torino: Escola Superior de Teologia de São Lourenço de Brindes; Fondazione Giovanni Agnelli, 1996.

_____. *A imigração italiana no RS: fatores determinantes*. In: LANDO, Aldair (org.). *RS: Imigração e Colonização*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____. *Espressione e identità*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1979.

GONÇALVES, Ana Teresa M.; ROCHA, Leandro Mendes. Identidades e etnicidades: conceitos e preceitos. In: SILVA, Gilvan Ventura da; NADER, Maria Beatriz; FRANCO, Sebastião Pimentel. (Orgs.). *As identidades no tempo: ensaios de gênero, etnia e religião*. Vitória/ES: EDUFES, 2006.

IANNI, Constantino. *Homens sem Paz*. Os conflitos e os bastidores da imigração italiana. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

Imigração Italiana: estudos. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 1979. (Conferências e debates apresentados durante o 1º e o 2º Fórum de Estudos Ítalo-Brasileiros, 1975 e 1976).

LEITE, Miriam Moreira. *A condição feminina no Rio de Janeiro, século XIX*: antologia de textos de viajantes estrangeiros. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fundação Nacional Pró-Memória, 1984.

MACHADO, Cesar Pires. *Buona gente: marcha para o sul*. Porto Alegre: EST edições, 2005.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 18 ed. (organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Graal, 2003.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. *Danação da Norma: a medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELO, Zélia Maria. *Os estigmas: a deterioração da identidade social*. Disponível em <http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>, acesso em 19 de fevereiro de 2013.

MIELNIK, Isaac. *Dicionário de termos psiquiátricos*. São Paulo: Rocca, 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência e Educação*, v. 9, n. 2, Bauru, 2003.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. *Análise Textual Discursiva*. Ijuí: Unijuí, 2007.

NOGUEIRA, Durval; GRANDINO, Adilson. *Conceito de Psiquiatria*. São Paulo: Ática, 1985. (Série Princípios).

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. *História*. São Paulo, v. 24, n. 1, 2005.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Clássicos da Psicopatologia. V. 11, n. 3, São Paulo, set. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 de março de 2013.

_____. A “loucura circular” de Falret e as origens do conceito de “psicose maníaco-depressiva”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Clássicos da Psicopatologia. V. 5, n. 4, s/d. Disponível em

http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume05/n4/a_loucura_circular.pdf
f. Acesso em 23 de março de 2013.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007.

_____. (Org.). *História da Vida Privada: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. Volume 4. São Paulo: Cia das Letras, 1995/A.

_____. Escrever uma história das mulheres. *Cadernos Pagu*, n. 4, Campinas, 1995/B.

_____. Práticas da memória feminina. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 9, n. 18, ago/set 89.

PESSOTTI, Isaias. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34, 1999.

_____. PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. 2 ed. São Paulo: Ed. 34, 1995.

PESTANA, Emanuel; PÁSCOA, Ana. *Dicionário Breve de Psicologia*. Lisboa: Presença, 1998.

PETRONE, Maria Thereza Schorer. *O Imigrante e a pequena propriedade: 1824-1930*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

PINEL, Phillipe. *Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental*, 2 ed, 1809 (primeira edição em 1801). Apud: PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. 2 ed. São Paulo: Ed. 34, 1995.

PINSKY, Carla Bassanezzi. A era dos modelos rígidos. In: PINSKY, Carla Bassanezzi; PEDRO, Joana Maria. (Orgs.). *Nova História das Mulheres*. São Paulo: Contexto, 2012.

PIZZINATO, Adolfo; SARRIERA, Jorge Castellá; MENESES, Maria Piedad Rangel. Aspectos psicossociais da imigração familiar na grande Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*. v. 10, n. 001, (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), 2005.

POLLAK, Michael. Memória e identidade social. *Estudos Históricos*, v. 5, n. 10, 1992.

POMATTI, Ângela Beatriz. *Italianos na cidade de Pelotas: doenças e práticas de cura 1890-1930*. 2011. (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011.

PORTER, Roy. *Medicina a história da cura: das antigas tradições às práticas modernas*. Lisboa: Livros & Livros, 2002.

_____. História do Corpo. In: BURKE, Peter. *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1995.

POUTIGNAT, Philippe. *Teorias da Etnicidade: seguido de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth*. 2. ed. São Paulo: Unesp, 2011.

POZENATO, José Clemente. A Cultura da Imigração italiana. In: MAESTRI, Mario; CARBONI, Florence. (Orgs.). *Raízes italianas do Rio Grande do Sul: 1875-1997*. Programa de Pós-graduação em História UPF; Associazione Culturale Italiana Del RS; Universidade de Passo Fundo, 2000.

PRADO JR, Caio. *História Econômica do Brasil*. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1961.

RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RENAUX, Maria Luíza. *O outro lado da História: o papel da mulher no vale do Itajaí 1850-1950*. Blumenau: FURB, 1995.

RENAUX, Maria L.; ALENCASTRO, Luiz Felipe de. Caras e modos dos migrantes e imigrantes. In: NOVAIS, Fernando A. *História da Vida Privada no Brasil: Império, a corte e a modernidade nacional*. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Piere. O Corpo. In: LE GOFF, Jacques. *História: Novos Objetos*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976.

RIBEIRO, Cleodes Maria Piazza. A Construção da identidade na cultura da imigração italiana no Rio Grande do Sul. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA). *Imigração e fundações*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

RIBEIRO, Cleodes Júlio. Alguns usos e costumes de uma comunidade ítalo-brasileira no Rio Grande do Sul. In: *Anais do Seminário de História, comemorativo do Centenário da Imigração italiana no Rio Grande do Sul (1875-1975)*. Porto Alegre: PUCRS – Departamento de História, s/d.

ROCHA, Franco. Causas da loucura. In: Estatísticas e Apontamentos. Hospício de S. Paulo, Typ. Deo Diário Oficial, São Paulo, 8º folheto, 1901, p. 12. APUD: CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ROCHE, Jean. *A Colonização Alemã e o Rio Grande do Sul*. Vol. 1. Porto Alegre: Globo, 1969.

SANTOS, Nadia. *Histórias de Sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos*. 2005. (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SARRIERA, Jorge Castellá. Educação para a Integração entre Culturas e Povos: da Aculturação para o Multiculturalismo. In: SARRIERA, Jorge Castellá. (Org.). *Psicologia Comunitária: estudos atuais*. Porto Alegre: Sulina, 2000.

SARRIERA, Jorge Castellá. et. al. O processo de integração de imigrantes hispano-americanos: análises e perspectivas. *Psico*, Porto Alegre, v. 36, n. 1, jan./abr. 2005.

SCHIAVONI, Alexandre. *A institucionalização da loucura no Rio Grande do Sul: O Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina*. 1997. (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2), jul/dez, 1995/A.

_____. História das Mulheres. In: BURKE, Peter (org.). *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1995/B.

SCOTTI, Zelinda Rosa. Memórias doentes, inoportunas, marginalizadas. *Historiae*: revista de história da Universidade Federal do Rio Grande, v. 2 (1), 2011/A, entre as páginas.

_____. Trabalho terapêutico no Hospício São Pedro. Terapêutico? (final do século XIX e início do século XX). In: Secretaria Municipal de Cultura de Porto Alegre. (Org.). *Histórias de Trabalho 2010*. 17. ed. Porto Alegre: Gráfica RJR Ltda, 2011/B.

_____. *Discurso psiquiátrico segundo Foucault*: submetendo o corpo social. Revista Pontes, v. 11, p. 1-15, 2010/A.

_____. Os prontuários do Hospício São Pedro: metodologia para formação de banco de dados. *Revista Ágora* (Vitória), v. 12, 2010/B.

_____. Um crime, o internamento em um hospício, e possibilidades do emprego da micro-história. *Fato & Versões*, v. 1, 2009/A.

_____. Loucas mulheres alemãs. In: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. (Org.). *4º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero - redações e artigos científicos premiados*. 4 ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2009/B.

_____. Análise de Conteúdo e suas aplicações em um Prontuário Médico de Hospital Psiquiátrico. *Cadernos de Pesquisa do CDHIS* (UFU), v. 1, 2008.

_____. *Loucas mulheres alemãs: a loucura visitada no Hospício São Pedro (1900-1925)*. 2002. (Mestrado de História), - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SEIGNOBOS, Charles; LANGLOIS, Charles. *Introdução aos Estudos Históricos*. São Paulo: Editora Renascença, 1946.

SEYFERTH, Giralda. Identidade étnica, assimilação e cidadania: a imigração alemã e o Estado Brasileiro. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n.26, 1994. Texto extraído da

internet, sem numeração de páginas. Disponível em: <http://www.igt.rs.gov.br/wp-content/uploads/2012/10/IDENTIDADE-%C3%89TNICA.pdf>, acesso em 2012.

SOBOUL apud TOPOLSKI, Jerzy. *Metodologia de la Historia*. 3 ed. Madrid: Catedra, 1992.

SOIHET, Raquel. História das Mulheres. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. (Orgs.). *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

SOIHET, Rachel; PEDRO, Joana Maria. A emergência da pesquisa da história das mulheres e das relações de gênero. *Revista Brasileira de História*, v. 27, n. 54, Dec., 2007.

SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jacques. (Org.). *As doenças têm História*. 2 ed. Portugal: Terramar, 1997.

STONE, Michael H. *A Cura da Mente: a História da Psiquiatria da Antigüidade até o presente*. Porto Alegre: Artemed, 1999.

STRAUSS, Alfred. *Introducción al estudio de la Pedagogia Terapéutica: para maestros, educadores, médicos y padres de família*. Barcelona: Labor, 1936.

STREY, Marlene Neves. A mulher, seu trabalho, sua família e os conflitos. In: STREY, Marlene Neves. (Org.). *Mulher estudos de gênero*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 1997.

TEIXEIRA, Marco Antônio Rotta. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 4, 2005.

TRENTO, Ângelo. *Do outro lado do Atlântico: um século de imigração italiana no Brasil*. São Paulo: Nobel, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Programa de Pós-Graduação em História. Apresentação. Florianópolis. Disponível em <http://ppghistoria.ufsc.br/>, acesso em 19 de agosto de 2011.

VAN DEN BERG, Jan Hendrik. *Pequena Psiquiatria*: para estudantes e para os que colaboram com o psiquiatra. 3 ed. São Paulo: Mestre Jou, 1978.

VON MÜHLEN, Bruna K.; DEWES, Diego; LEITE, José C. de C. Stress e processo de adaptação em pessoas que mudam de país: uma revisão da literatura. *Ciência em Movimento*, Porto Alegre, Ano XII, n. 24, 2010/2.

WADI, Yonissa. Médicos e loucos no sul do Brasil: um olhar sobre o Hospício São Pedro de Porto Alegre/RS, seus internos e as práticas de tratamento da loucura (1884-1924). *Asclepio Revista de História de La Medicina y de La Ciencia*. vol. LX, n. 2, julio-diciembre, 2008.

_____. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos*. 10 (1), Janeiro/Abril 2006.

_____. *Louca pela vida*: a história de Pierina. 2002. (Doutorado em História) – Faculdade de História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela Construção do Hospital de Alienados e da Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. 1996. (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.

_____. Um “palácio para guardar doidos”: a construção do Hospício São Pedro e o surgimento da Psiquiatria no Rio Grande do Sul. In: MAUCH, Cláudia (et. al.). *Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade*. Porto Alegre/Canoas/São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS/Ed. Ulbra/Ed. UNISINOS, 1994.

WILLEMS, Emílio. *Assimilação e Populações Marginais no Brasil*: estudo sociológico dos imigrantes germânicos e seus descendentes. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1940.

ZAMBOTTI, Remo de. *O amargo pão*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia e espiritualidade Franciscana, 1983.

Sítios eletrônicos visitados

<http://www.saudemedicina.com/erisipela-tratamento-fotos-e-informacoes/>. (sobre erisipela).

http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume05/n4/a_loucura_circular.pdf. acesso em 23 de março de 2013. (sobre Falret).

<http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerDicionario&idZDicionario=239>. (sobre dipsomania).

<http://www.psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerDicionario&idZDicionario=374>. (sobre hipomania).

<http://www.mdsaude.com/2009/01/dst-sifilis.html>. acesso em 20 de fevereiro de 2013. (sobre sífilis).

<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>. (sobre sífilis).

<http://www.psiquiatriageral.com.br/glossario/c.htm>. acesso em 20 de dezembro de 2012. (sobre coprolalia e coprofagia).

<http://www.psiquiatriageral.com.br/glossario/l.htm>. acesso em 20 de dezembro de 2012. (sobre logorréia).

<http://www.portalfarmacia.com.br/farmacia/principal/conteudo.asp?id=433>. acesso em 4 de agosto de 2007. (sobre a medicação valeriana).

<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-andropausa/>. acesso em 10 de abril de 2013. (sobre andropausa).

http://www.protezionecivile.gov.it/jcms/it/calabro_messinese.wp (sobre terremoto).

<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/minhacidade/06.065/1957> acesso em 19 de agosto de 2011. (sobre Juquery).

<http://www.infowester.com/ti.php>. acesso em 19 de agosto de 2011. (sobre tecnologia da informação/TI).

ANEXO

HOMÔNIMOS

Dentre os prontuários médicos do Hospício São Pedro, encontra-se muitos homônimos como pode ser observado com os exemplos abaixo:

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
300	Amarante Alves G.	m	19	solteiro	4	1913	1924	assistência	psicose maníaco depressiva	Dores de Camaquã	peão rural	chefatura de polícia
663	Amarante Alves G.	m	27	casado	2	1920(jan)	1920(mar)	falecimento	acesso de mania aguda (maníaco depressiva)	Dores de Camaquã	não consta	particular (sem saber grau de parentesco)

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
552	Maria Angelina	f	30	solteira	4	1919	1928	falecimento	demência precoce	Erechim	serviço doméstico	chefatura de polícia
950	Maria Angelina	f	40	viúva	4	1924(mar)	1924(jul)	falecimento	confusão mental auto-tóxica (uremia)	Porto Alegre	serviço doméstico	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
377	Maria da Conceição	f	12	não consta	4	1915	1929	falecimento	degeneração hereditária idiotia profunda	São Leopoldo	"sem profissão"	chefatura de polícia
568	Maria da Conceição	f	45	solteira	4	1919	1938	falecimento	debilidade mental com acessos delirantes episódicos	Porto Alegre	serviço doméstico	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
77	Maria	f	40	não consta	4	1906(fev)	1906(mar)	falecimento	"sem diagnóstico por ter falecido durante a observação"	Cachoeira	não consta	chefatura de polícia
514	Maria "de tal"	f	25	não consta	4	1918	1920	falecimento	demência precoce	São Francisco de Paula	serviço doméstico	chefatura de polícia
1136	Maria "de tal"	f	não consta	não consta	4	1925	1926	falecimento	estado melancólico	não consta	não consta	chefatura de polícia
1137	Maria "de tal"*	f	70*	não consta	4	1925(fev)	1925(dez)	falecimento	demência senil	Cachoeira	não consta	chefatura de polícia
628	Maria [sem sobrenome]	f	40	solteira	4	1920	1922	falecimento	degeneração hereditária com imbecilidade e delírio episódico	Pinheiro Machado	não consta	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
263	Manoel [sem sobrenome]	m	30	solteiro	4	1912	1912	falecimento	estado melancólico ligado a tuberculose, faleceu no período de observação	Gravataí	agricultor	chefatura de polícia
169	Manoel [sem sobrenome]	m	30	não consta	4	1908	1912	falecimento	demência precoce delírio	Rio Pardo	não consta	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento	
52	Maria Emília	f	71	presumíveis	não consta*	4	1902	1913	falecimento	excitação maníaca	Palmeira	não consta	chefatura de polícia
42	Maria Emília	f	25	solteira	4	1901	1913	assistência	excitação maníaca	não consta	não consta	santa casa	

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
406	Maria Izabel	f	29	viúva	4	1916	1924	falecimento	estado demencial ligado a alcoolismo crônico	Passo Fundo	serviço doméstico	chefatura de polícia
194	Maria Izabel [sem sobrenome]	f	18	não consta	4	1910 (abr)	1910 (set)	falecimento	demência precoce	Alegrete	não consta	chefatura de polícia

No entanto, todos citados acima são pessoas distintas, e isto pode ser observado pelas *datas de entrada* (ano de internação) e *saída* (ano alta) e *motivo da alta*.

Porém, nem todos os homônimos são de pessoas distintas, alguns pacientes ao que parece, foram internados mais de uma vez e para cada internação ocorreu a confecção de um prontuário próprio como nos casos abaixo. A duplicidade pode ser constatada devido a *procedência e/ou diagnóstico*. Muitos dos prontuários não trazem o nome dos pais (ou quando os têm, pode estar ilegível), o que dificulta saber se é uma única pessoa ou muitas. A seguir os casos encontrados e **em negrito aqueles que foram retirados** (prevalecendo a data mais antiga para primeira internação) do conjunto geral da tabela executada no Access, o que fez com que de um número de 1.175 coletados, restaram 1.158 a serem trabalhados nas tabelas e na pesquisa.

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
119	Amália K.	f	58	viúva*	não consta	1919	não consta	falecimento	não consta	Santa Maria	não consta	chefatura de polícia
601	Amália K.	f	58	viúva	4	1919	1919	falecimento	delírio episódico ligado a arterio esclerose	Santa Maria	serviço doméstico	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
431	Agostinho Hermes S.	m	33	solteiro	4	1916	1919	assistência	psicose tóxica por alcoolismo	Porto Alegre	barbeiro	chefatura de polícia
614	Agostinho Hermes S.	m	37	solteiro	4	1920	1924	assistência	não consta	Porto Alegre	não consta	chefatura de polícia
935	Agostinho Hermes S.	m	41	solteiro	4	1924	1925	assistência	não consta	Porto Alegre	barbeiro	chefatura de polícia
1035	Agostinho Hermes S.	m	42	solteiro	4	1925	1927	curado [cura]	sem entendimento	Porto Alegre	não consta	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
884	Aurélia Maria dos S.	f	48	casada	4	1923	1923	assistência	acesso polimorfo dos degenerados	Viamão	serviço doméstico	chefatura de polícia
1131	Aurélia Maria dos S.	f	50	casada	4	1925	1925	assistência	acesso polimorfo delirante de degenerado	Viamão	serviço doméstico	chefatura de polícia
	Aurélia Maria dos S.	f	51	casada	não consta	1925	1926	falecimento	acesso de delírio polimorfo episódico dos degenerados	Viamão	não consta	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
579	Celina M.	f	16	solteira	4	1919	1920	assistência	acesso de confusão mental	Santa Maria	doméstica	chefatura de polícia
513	Celina M.	f	15	solteira	4	1918	1919	assistência	confusão mental	Santa Maria	serviço doméstico	chefatura de polícia

Nos casos abaixo foram levadas em conta a idade e a procedência, existindo portanto dois Eduardo Joaquim, um procedente de Lavras internado em 1910 aos 35 anos e outro Eduardo Joaquim procedente de São Gabriel internado em 1913 aos 25 anos.

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
227	Eduardo Joaquim da S.	m	35	solteiro	4	1910	1919	assistência	demência precoce	Lavras	não consta	particular (cunhado)
278	Eduardo Joaquim da S.	m	25	solteiro	4	1913	1914	assistência	degeneração hereditária demência precoce	São Gabriel	jornaleiro	chefatura de polícia
341	Eduardo Joaquim da S.	m	34	solteiro	4	1914	1914	assistência	degeneração hereditária demência precoce	São Gabriel	jornaleiro	chefatura de polícia
642	Eduardo Joaquim da S.	m	38	solteiro	4	1920	1926	falecimento	não consta	Lavras	não consta	particular (cunhado)

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
643	Ernesto Cardoso de L.	m	60	viúvo	4	1919	1920	assistência	mania periódica	Porto Alegre	não consta	chefatura de polícia
597	Ernesto Cardoso de L.	m	56	casado	4	1919	1919	assistência	acesso maníaco loucura periódica	Porto Alegre	agricultor	chefatura de polícia
615	Ernesto Cardoso de L.	m	58	viúvo	4	1920	1921	assistência	não consta	Porto Alegre	não consta	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
411	Gertrudes Ferraz de A.	f	44	solteira	4	1916	1917	assistência	melancolia	São Sebastião do Caí	serviço doméstico	chefatura de polícia
473	Gertrudes Ferraz de A.	f	48	solteira	4	1917	1918	falecimento	não consta	São Sebastião do Caí	não consta	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
599	João Francisco M.	m	18	solteiro	4	1909	1910	assistência	epilepsia...epiléptica	Casa de Correção	padeiro	chefatura de polícia
509	João Francisco M.	m	33	solteiro	4	1918	1918	fuga	epilepsia psíquica	"Casa de Correção"	não consta	chefatura de polícia

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
261	Sebastião Paz de O.	m	23	solteiro	4	1912	1914	assistência	degeneração hereditária, psicose epilética	Taquara	agricultor	chefatura de polícia
346	Sebastião Paz de O.	m	24	solteiro	4	1914	1918	falecimento	psicose epilética [epilepsia]	Taquara	agricultor	chefatura de polícia

nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
Waldomiro da Cunha S.	m	23	solteiro	3	1909	1910	assistência	delírio dos...	Itaqui	criador*	chefatura de polícia
Waldomiro da Cunha S.	m	26	solteiro	3	1912	1913	assistência	delírio...	Santa Maria	criador	particular (pai)

Por fim, também foi excluído um descendente de italiano, embora os sobrenomes tenham uma leve diferenciação na grafia, a *idade*, *diagnóstico*, *cidade* e *profissão* levaram a crer que se tratam de pessoas diferentes. A numeração da caixa é compatível com a nova numeração feita pelo APERS quando da realocação da documentação:

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
1186	Roberto P.	m	36	solteiro	3	1902	1902	melhorado	lypemia	São Gabriel	(pedreiro?)	não tem encaminhamento
730	Roberto P.	m	36	solteiro	3	1902	1904	[saiu]	lypemia	São Gabriel	padeiro (ou pedreiro)	não consta

É provável que ambos Henrique M. italianos, sejam a mesma pessoa, quer pelo *diagnóstico*, quer pelas datas de entrada e saída compatíveis com a *idade*. Como no exemplo anterior, a grafia dos sobrenomes abaixo também diferem.

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
479	Henrique M.	m	32	solteiro	4	1917 (dez)	1918 (jun)	falecimento	demência precoce	Rio Pardo	combista ambulante	chefatura de polícia
386	Henrique M.	m	30	solteiro	4	1915	1916	assistência	demência precoce	Santa Cruz	s/entendimento	chefatura de polícia

Os cinco casos a seguir, envolveram dúvidas e, portanto, permaneceram ambos (no caso de Regina, três) homônimos de cada paciente.

João M. aparece casado aos 26 anos e solteiro aos 48, além de que o registro de n.15 aponta o acréscimo *Filho* ao sobrenome, optou-se em manter ambos.

código	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
836	João Massena de O.	m	48	solteiro	4	1922	1926	assistência	excitação maníaca (loucura periódica)	Taquari	não consta	chefatura de polícia
15	João Massena de O. Filho	m	26	casado	4	1902	1902	assistência	debilidade mental	Bento Gonçalves	agricultor	chefatura de polícia

Já Maria Albina, têm *diagnósticos* e procedência distintos nos dois prontuários:

código	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
49	Maria Albina de Jesus	f	40	casada	4	1902	1902	assistência	lypemia	Aldeia dos Anjos	serviço doméstico	chefatura de polícia
569	Maria Albina de Jesus	f	49	viúva	4	1919	1919	assistência	delírio polimorfo...	Porto Alegre	serviço doméstico	chefatura de polícia

O mesmo ocorrendo para Maria Emilia, que têm *diagnósticos* e procedência, distintos nos dois prontuários:

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
133	Maria Emília dos S.	f	40	viúva	4	1909	1910	assistência	confusão mental delirante alucinatória	São João do Montenegro	serviço doméstico	chefatura de polícia
134	Maria Emília dos S.	f	36	casada	4	1908	1908	assistência	degeneração hereditária com demência precoce com idéias delirantes de perseguição	Porto Alegre	serviço doméstico	chefatura de polícia

Já para Regina, se os dois últimos são prontuários distintos (falecimento em datas diferentes), fica a dúvida a qual deles pertenceria o registro de n.45:

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
45	Regina R.	f	24	solteira	4	1902	1903	assistência	mania sub-aguda degeneração hereditária	Porto Alegre	serviço doméstico	chefatura de polícia
249	Regina R.	f	32	solteira	4	1912	1913	falecimento	psicose maníaca depressiva	Porto Alegre	serviço doméstico	chefatura de polícia
982	Regina R.	f	39	solteira	4	1924	1926	falecimento	sifilis cerebral	Porto Alegre	não consta	Santa Casa

Por fim, no caso de Rosa a *cidade* de procedência e *idade* levando-se em conta o ano de internação (tinha 28 em 1915 deveria ter 35 anos em 1922), leva a suspeitar que são prontuários diferentes.

codigo	nome	sexo	idade	estado civil	classe	ano internação	ano alta	motivo da alta	diagnóstico	cidade	profissão	encaminhamento
372	Rosa dos S.	f	28	solteira	4	1915	1915	assistência	confusão mental simples	Caçapava	doméstica	chefatura de polícia
823	Rosa dos S.	f	45	solteira	4	1922(jan)	1922(set)	falecimento	confusão mental ligada...de sistema nervoso	Porto Alegre	serviço doméstico	chefatura de polícia