

Medicina, profilaxia social e discurso eugênico: os caminhos para a construção de um modelo nacional de medicina social nas primeiras décadas do século xx.

Pyetra Cutrim Lins de Damasceno¹.

Resumo

No presente trabalho, busco compreender os principais postulados oriundos da teoria eugênica, como esses pressupostos nortearam as posturas médicas no tocante à saúde mental e fomentaram o uso da eugenia como aporte para a construção de uma medicina social brasileira. A fim de justificar um modelo de controle sobre os corpos, os médicos sanitaristas buscaram na eugenia, um aporte teórico para legitimar a intervenção social e extirpar hábitos ou comportamentos que não eram considerados dentro do padrão de “normalidade”. O protagonismo médico passou a exercer fundamental importância dentro das principais discussões políticas, pois ajudou no processo de reorientação dos paradigmas norteadores dos serviços de assistência aos alienados mentais e da saúde em geral, através da publicização de legislações, publicações científicas e decretos que tornaram concreta a intenção de promoção de uma profilaxia social no Brasil. Nesse sentido, proponho uma análise acerca dos postulados sobre saúde oriundos desse atrelamento entre políticos e médicos, a fim de sanar o que consideravam ser um dos maiores problemas de saúde pública nas décadas iniciais do século XX.

Palavras-chave: Eugenia. Medicina social. Profilaxia social. Médicos. Brasil.

Abstract

In this paper, I seek to understand the main postulates from eugenic theory, how these assumptions guided medical attitudes regarding mental health and promoted the use of eugenics as a contribution to the construction of a Brazilian social medicine. In order to justify a model of control over bodies, sanitary doctors sought in eugenics, a theoretical contribution to legitimize social intervention and extirpate habits or behaviors that were not considered within the “normal” pattern. Medical protagonism starts to exercise fundamental importance within the main political discussions, as they help in the process of reorienting the guiding paradigms of the assistance services for mentally ill and health in general, through the publication of laws, scientific publications and decrees that made concrete intention to promote social prophylaxis in Brazil. In this sense, I propose an analysis of the postulates about health arising from this connection between politicians and doctors in order to remedy what they considered to be one of the biggest public health problems in the early decades of the 20th century.

Keywords: Eugenics. Social medicine. Social prophylaxis. Doctors. Brazil.

¹ Professora EBTT do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA) Campus São Luís- Monte Castelo. Graduada em História pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), mestre em História Social pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Doutoranda em História Social pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: pyetra.damasceno@ifma.edu.br

Nas primeiras décadas do século XX, a modernidade ancorou-se como uma narrativa complexa que tinha seu ponto de partida na Europa. Os aspectos desse novo modelo de civilidade, urbanidade e salubridade que vinham no bojo do que era considerado moderno.

Quando pensamos sobre os processos históricos estruturais que determinaram acerca da invenção da América, refletimos o quanto essa construção esteve pautada em modelos interpretativos que buscavam criar generalizações e que pouco davam espaço para o grande peso que protagonismo dos indivíduos tinha enquanto agentes sociais dessa formação.

A criação do Ocidente como hemisfério territorial e conceitual foi feita através da análise dos circuitos do comércio mercantilista e capitalista, mas também foi resultado de um grande processo de construção de seu próprio interior, por conta das inúmeras conexões, intercâmbios e circulação não somente de pessoas, mas de suas ideias.

Nessa perspectiva, muitas teorias foram arquitetadas para promover a propagação do que era entendido como “moderno”. O discurso médico sofreu grande influência e os postulados acerca da medicina social e teorias psiquiátricas, foram transplantados nesse mesmo viés, embora não tenham chegado e sido absorvidos integralmente. Todos os atores sociais participaram desse processo de construção e no bojo dessas transformações, as quais eles categorizam como “modernas”, as teorias não eram eminentemente europeias, mas também formuladas a partir da lógica de quem as consumiu.

Quando analisamos as políticas públicas direcionadas aos setores de assistência aos alienados mentais, percebemos que há uma ênfase em promover um afastamento do modelo de terapêutica considerada violenta, para se atrelar à teoria psiquiátrica que enfatizava a necessidade de pensar um tratamento humanizado aos portadores de doenças mentais.

Dessa forma, a Psiquiatria que se constituiu ao longo do século XX, buscou redimensionar o papel dos sujeitos envolvidos no processo de reformulação dos saberes e práticas ligadas à saúde mental, afastando-a de explicações generalizantes que pudessem ser aplicadas a qualquer doente e tornando viáveis estudos mais específicos sobre os perfis de cada doença.

Mesmo que não tenha tido grandes problematizações por parte dos grupos de médicos sanitaristas que trouxeram consigo as principais pesquisas acerca da medicina social no final do século XIX e início do século XX, precisamos ponderar que apesar da Europa ter sido forjada como centro irradiador da História, não podemos reproduzir a lógica de que a realidade local não reconfigurou os conceitos sobre eugenia, sanitarismo, profilaxia social e medicina social, pois cada realidade tinha sua particularidade e esses discursos não foram adaptados de forma universal.

Os modelos de políticas direcionadas às cidades sofreram influências diretas das políticas de saúde aplicadas no continente europeu, mas imersos na realidade local, se reconfiguraram a partir das particularidades encontradas. No bojo de diversos temas que foram reproduzidos no Brasil, as temáticas ligadas à história da medicina exerceram grande fascínio e foram eficazes no processo de formação em história da saúde e das doenças no Brasil.

Antes limitado aos interiores dos hospitais, o papel da medicina foi sendo repensado nas primeiras décadas do século XX. No século XIX, muitos grupos médicos estavam preocupados com a institucionalização dos hospitais e psiquitralização dos hospícios. Contudo, o século XX redefiniu o papel do sujeito médico, alargando o horizonte das possibilidades de atuação, para além das paredes das instituições asilares, possibilitando que o protagonismo médico, levasse consigo o modelo de medicalização para outras instâncias sociais.

No entanto, não bastava pensar em um novo modelo de prática médica, se a dinâmica dos espaços urbanos também não fosse rearticulada. Na busca por uma política de organização urbana alinhada aos pressupostos médicos, era preciso retirar a figura isolada do médico dos hospitais e buscar uma forma de promover um controle coletivo dos corpos. Nesse ínterim surgiu a ideia de utilizar conceitos eugênicos para pensar a sociedade, assim “o termo “eugenia” – eu: boa; genus: geração -, criado em 1883 pelo cientista britânico Francis Galton, lidava com a ideia de que a capacidade humana estava exclusivamente ligada à hereditariedade e pouco devia à educação” (SCHWARCZ, 1996, p. 85).

A medicina social surgiu a partir desse cenário – como medicina urbana - e buscava implantar um embasamento teórico e metodológico para melhor articular a cidade, a partir de uma ordem médica e sanitária. Dessa forma, as políticas de saúde encontraram o aporte teórico capaz e de justificar suas ações perante a sociedade:

A medicina social, com seu novo tipo de racionalidade, é parte integrante de um novo tipo de Estado ... Quando o Estado ... estabelece a possibilidade de um controle político individual ou coletivo que se exerça de forma contínua, a medicina nela está presente como condição de possibilidade de uma normalização da sociedade no que diz respeito à saúde, que não é uma questão isolada, um aspecto restrito, mas implica uma consideração global do social. (ANTUNES apud MACHADO, 1999, p.67.)

Nesse aspecto, a medicina social (FOUCAULT, 1979, p.47) passou a pensar a sociedade como um organismo social e a partir dessa base, considerou que as doenças

poderiam ser originárias do meio em que a sociedade estava inserida, como se a sociedade fosse um organismo vivo, todavia antes de tornar-se social, está medicina era estritamente urbana.

No processo de expansão marítima do século XVI, o discurso salvacionista ainda estava dotado de uma “preocupação” do ponto de vista religioso, mas há uma necessidade de pensar um novo ordenamento, todavia ainda dentro da lógica da colonialidade: o controle sobre as almas, abre espaço para a exacerbação de um controle sobre os corpos, como refletiu Walter Mignolo:

No século XVI, a retórica salvacionista da modernidade enfatizava a conversão ao cristianismo. Mais adiante, a partir do século XVIII, a salvação é pensada em termos de conversão à civilização (secular) (...) Enfim, mudaram “os conteúdos”, mas não os “termos da conversa” (a lógica da colonialidade). Mudaram as ênfases nos domínios da matriz colonial de poder (da ênfase no controle das almas passa-se ao controle dos corpos – a eugênica – e ao controle das carteiras – a sociedade de consumidores) (MIGNOLO, 2008, p. 243)

Michel Foucault estudou a história da medicina alinhada à preocupação urbana e a dividiu em três etapas: Uma medicina desenvolvida na Alemanha no século XVIII: com o objetivo de disciplinar práticas médicas, a partir da reorganização dos médicos e de uma metodologia que tivesse alinhada à noção de vigilância e hospitalização; Uma medicina oriunda da França: uma medicina urbana preocupada com tudo que representasse uma ameaça à saúde pública (cemitérios, hospitais, matadouros) e que propunha um esquadramento e realocação de espaços que representassem qualquer ameaça à saúde pública; Medicina organizada na Inglaterra: a partir da Revolução Industrial e com o inchaço das cidades e surgimento do proletariado industrial, essa medicina estava voltada ao controle dos grupos mais pobres, com uma preocupação latente com a higiene desses corpos e com a insalubridade dos espaços.

A medicalização da cidade, no século XVIII, é importante por várias razões: a medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência. (FOUCAULT, 1979, p.54)

A “medicina das coisas” estava alinhada a pensar a reconfiguração dos espaços, preocupada com a salubridade – essa medicina urbana, tinha como pressuposto, melhorar a qualidade de vida da população. No entanto, essa disciplinarização dos espaços, passou a dar lugar a uma preocupação eminentemente social, principalmente a partir do advento do grupo proletário na Inglaterra e a análise das condições de insalubridade em que viviam, como argumentou Michel Foucault:

E essencialmente na Lei dos Pobres que a medicina inglesa começa a tornar se social, a medida que em um conjunto dessa legislação comportava um controle médico do pobre (...) a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres de satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza, não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (FOUCAULT, 1979, p.56)

Na medicina difundida na Inglaterra no final do século XVIII, conseguimos perceber uma reorientação dos objetivos até então discutidos na medicina urbana. Foi por conta dessa reorientação, que uma preocupação social foi atrelada à medicina, que seu nome foi rearticulado. A partir de então, não seria mais uma “medicina das coisas”, mas uma medicina social, que estava preocupada com a higiene dos corpos e que visava aplicar um trabalho preventivo, para proteger os grupos mais favorecidos, das doenças que poderiam vir a ser difundidas pelos grupos mais pobres, que viviam em ambientes insalubres e que por esse motivo, tinham maior probabilidade de desenvolver e propagar doenças.

Os estudos de Benedict Augustin Morel em 1857 (ABEL, 2004), foram um marco que favoreceu a difusão da psiquiatria como ramo da área médica, pois a partir da “teoria da degenerescência”, Morel argumentava que as doenças eram compostas por aspectos biológicos e genéticos e que a junção deles, poderiam promover uma espécie de degeneração mental quando transmitidos para futuras gerações. Segundo os estudos de B. Morel, a degeneração tinha origem em um gene primitivo “perfeito”, anterior ao processo de miscigenação e que esta, iniciou o processo de degeneração.

No “tratado das degenerescências”, as alienações hereditárias, foram descritas como malformações do ponto de vista físico e moral ou por marcas de degenerescência que se mostravam a partir de delírio dos atos, caracterizados como: loucura lúcida, loucura moral, loucura instintiva etc.” (PESSOTTI, 1999. p.83). Nesse sentido, qualquer manifestação de atitudes que fugiam ao comportamento considerado “normal”, qualquer comportamento primitivo ou animalesco, que fizesse o sujeito perder sua ligação com a racionalidade, eram caracterizados como comportamentos de sujeitos degenerados, fossem eles: negros, doentes mentais, prostitutas, alcoólatras ou viventes em habitações insalubres.

A partir dessa lógica, a medicina social enfatizava que as doenças tinham bases sociais e o conceito Moreliano de “degenerescência” indicava que o surgimento de uma alienação mental poderia advir de um bisavô cuja vida sexual fora desregrada até a uma meningite contraída por uma avó. O fator hereditário ganhou muita força a partir desses estudos, pois era considerado um aspecto principal de difusão das doenças, estava atrelado às condições de vida dos antepassados. Dessa forma, o gene que delimitava o surgimento das alienações

mentais, estava disseminado no convívio social e a melhor forma de reduzir o surgimento, foi promover o recolhimento dos sujeitos considerados loucos e até dos que poderiam vir a se tornar loucos, a fim de reduzir o índice de transmissão dos genes “defeituosos”.

As teorias da medicina urbana e social, difundidas no século XVIII, chegaram com grande força no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, principalmente no tocante à política de recolhimento compulsório realizada pelas instituições asilares e pela Cadeia Pública, que recolhiam inúmeras pessoas que não conseguiam se encaixar dentro dos padrões de normalidade e racionalidade entendidos como “normais”. Os postulados da medicina social foram ventilados de forma eficaz e ganharam muito espaço dentro das políticas direcionadas às cidades, inclusive no Brasil, como explicou Maria Clementina Pereira Cunha:

A relação estreita destes saberes com a cidade é aí claramente explicitada: na verdade, se a determinação é biológica e regida pelas leis implacáveis da hereditariedade, a cidade multiplica suas chances de sobrevivência e, portanto, atrai “degenerados” de toda sorte, que esconde em suas inúmeras ruelas e becos, nas tavernas, botequins, cabarés, nas habitações insalubres e promíscuas da gente pobre, nas alcovas das prostitutas, no anonimato das multidões (CUNHA, 1986, p.26) .

A cidade ampliava a possibilidade de sobrevivência dos degenerados e as políticas de remodelação do espaço, já visavam a alterações no traçado urbano, a fim de delimitar os espaços de circulação dos viventes. Enquanto no século XIX, havia uma intensa preocupação com o recolhimento compulsório dos sujeitos considerados “indesejáveis”, o novo modelo de medicina social, perpassou as estruturas asilares e busca cercear a liberdade até dos sujeitos, cuja liberdade ainda não havia sido encarcerada em hospitais ou cadeias públicas eram prisioneiros de uma política de limitação dos espaços a céu aberto.

O processo de urbanização também permitiu a homens e mulheres uma nova circularidade pela cidade e a industrialização ampliou a utilização da mão de obra feminina e infantil, tornando-se necessário, portanto, regravar novos parâmetros de comportamento e sociabilidade, construir padrões de comportamento femininos e masculinos, sendo o papel da medicina estratégico nesse processo, juntamente com a ação da Igreja e do Estado (MATOS, 2000, p. 24)

Várias cidades começaram a articular mudanças efetivas no traçado urbano, uma vez que acreditavam que as construções insalubres eram responsáveis pelas epidemias que se alastravam pelo país. Em 1904, a Revolta da Vacina eclodiu no Rio de Janeiro, evidenciando a tentativa de modernização que o governo tentava implantar. A população vivia em condições precárias, as epidemias de febre amarela e varíola estavam alastradas e a divulgação da campanha de vacinação obrigatória foi o estopim para a eclosão do conflito, pois havia um aumento das taxas de desemprego, crise econômica e a reforma urbana, que havia retirado a população mais pobre do centro da cidade.

Um olhar mais detido sobre os acontecimentos de novembro de 1904, que ajuste o foco para pequenas ocorrências isoladas na tentativa de tirar delas algum sentido, pode ajudar, entretanto, a tornar mais complexa a questão da relação entre a revolta e a vacina obrigatória (...) muitos ataques promovidos pelos manifestantes contra a iluminação pública, os bondes, os fios telefônicos e outros aparelhos urbanos – todos associados à modernidade da qual os governos republicanos pretendiam ver-se como principais representantes (PEREIRA, 2002. p. 95).

As primeiras décadas do século XX foram marcos para a difusão das tentativas de modernização dos espaços. Várias teorias produzidas na segunda metade do século XVIII como o darwinismo social, teorias evolucionistas e o positivismo começaram a ganhar mais força no Brasil. Os elementos biológicos eram utilizados para determinar a superioridade de alguns grupos humanos e as teorias raciais foram extensamente utilizadas para esse fim.

A construção de um modelo civilizatório que inferiorizava alguns grupos humanos tornou-se possível porque os discursos de Darwin sobre a origem e evolução das espécies, cujos postulados sobre a sobrevivência do mais apto, adaptação, luta pela sobrevivência, distanciaram-se apenas do ponto de vista científico e passaram a servir de embasamento para o enfoque social, em que as teorias raciais serviram de suporte para pensar raça e processo de miscigenação.

Os postulados inerentes a esses estudos ganharam mais força devido as pesquisas do italiano Cesare Lombroso, cujo trabalho foi consumido de forma substancial por Nina Rodrigues, que reproduziu um pensamento colonial, fruto de uma cultura colonial que se reproduziu no âmbito interno.

Muitos intelectuais brasileiros se debruçaram nas temáticas acerca do comportamento humano e distúrbios mentais, para pensar a sociedade de forma binária: normais e anormais; miscigenados e não miscigenados. Na obra de Adriana Gomes, “A Miscigenação do Brasil sob o olhar de Conde de Gobineau” (1816-1882), um dos teóricos que desenvolveu suas pesquisas acerca desse tema e discutia sobre os perigos da miscigenação para o processo de degeneração. Para Gobineau, os grupos com tendência à degeneração não seriam um problema caso não houvesse mestiçagem. A construção da hierarquia se baseou na desigualdade das raças humanas, como argumentou Giralda Seyferth:

A ideia de raça construída sobre hierarquias denotando desigualdade dominou o pensamento social em muitos lugares, inclusive no Brasil. Foi respaldada, em parte, pela ciência, principalmente pela Antropologia Física empenhada em classificar a humanidade em tipos naturais, arbitrando certas características fenotípicas por suas frequências em diferentes grupos humanos: mas, igualmente por alguns estudiosos do campo das ciências sociais e humanas, que usaram e abusaram da metáfora darwinista da “sobrevivência dos mais aptos” e que inventaram a Eugenia para sugerir políticas públicas que, entre outras coisas, implicavam limpeza étnica (SEYFERTH, 1996, p. 40-58).

A “limpeza étnica” estava implícita nas políticas de saúde direcionadas para as cidades brasileiras, não somente pautando suas ações em estudos sobre o clima, a vegetação, o solo, mas analisando até que ponto esses fatores poderiam influenciar, a longo prazo, a sociedade. “Esse saber sobre as raças implicou, por sua vez, num “ideal político”, um diagnóstico sobre a submissão ou possível eliminação das “raças inferiores”, que se converteu em uma espécie de prática avançada do darwinismo social – “a eugenia” – cuja meta era intervir na reprodução das populações” (SCHWARCZ, 1996, p. 85).

A utilização do conceito de “raças inferiores” solidificou mais ainda a construção de estereótipos sobre grupos raciais, fazendo com que o sujeito fosse pensado a partir de elementos físicos e morais, mas sempre associado a questão da raça. As teorias raciais tinham como objetivo, fomentar a classificação dos “tipos puros” e delimitar que a degeneração social ia ser uma grande conseqüência do processo de miscigenação das raças. O grande entrave no processo ora definido como “depuração da raça” era o processo de miscigenação, largamente difundido no país.

A formação de grupos de médicos sanitaristas ficou cada vez mais evidente no Brasil, pois estes estavam preocupados com a miscigenação e almejavam a higienização dos corpos e “depuração da raça” como forma de garantir a salvação do país, como refletiu Nísia Trindade que “para o movimento pelo saneamento do Brasil, a redenção nacional demandava ações centralizadas e tecnicamente autônomas, que legitimaram o crescimento do papel do Estado Brasileiro no campo da saúde pública” (LIMA; HOCHMAN, 1996. p. 23-40).

A organização dos serviços de saúde pública começou a ser pauta nas principais discussões travadas no final do século XIX, quando o governo determinou que as funções dos governos a nível local estariam relegadas aos cuidados com a saúde das populações, enquanto o governo federal estaria responsável pela assistência aos portos. Em 1897, houve a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública e os serviços estavam pautados na organização de Ligas pró-saúde, cuja finalidade era recuperar a saúde pública brasileira, através de ações palpáveis no campo sanitário.

O movimento pelo saneamento do Brasil reuniu grupos políticos e intelectuais cujo objetivo seria promover uma limpeza urbana e iniciaram esse processo a partir da construção de ligas de saúde, que reuniam profissionais de todos os espaços. Uma das primeiras desse tipo foi a Liga pró-saneamento do Brasil, fundada em 1918. As primeiras décadas do século XX foram fundamentais para a construção de um movimento pelo saneamento brasileiro e o

aumento da importância da medicina para tratar dos problemas mais graves encontrados no país, cujos aspectos morais, sociais e raciais eram os pilares dessa preocupação.

Enfatizando a necessidade de recuperar e integrar o País e o homem do interior, a mobilização em torno da ideia do saneamento reuniu progressivamente importantes setores das elites intelectual e política que participaram da criação da Liga Pró-saneamento do Brasil, em fevereiro de 1918. (LIMA; HOCHMAN. 1996 p. 23)

O início do século XX foi palco para a institucionalização do discurso médico, que estava cada vez mais imbricado nas ações políticas. O decreto de 1903 (BRASIL. Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903) versava não somente sobre o estado de salubridade dos hospitais, mas também pregava a importância de construção de locais que desenvolvessem atividades ao ar livre, abrindo espaço para terapias alternativas, o que distanciava esse modelo das práticas consideradas violentas e que visavam apenas ao recolhimento compulsório. Dessa forma, o decreto levantava reflexões acerca dos locais de recolhimento e da estrutura das Instituições asilares.

Outro decreto de fundamental importância foi o de número 8.834 de 11 de julho de 1911, porque fundamentou a prática médica psiquiátrica, pois versava sobre as tarefas cotidianas dos médicos alienistas:

Art 37: Incumbe aos alienistas: I. Visitar diariamente, entre oito e 11 horas da manhã, as secções a seu cargo, e prescrever o tratamento a que devem ser submetidos os enfermos; II. Lançar em livros próprios as notas clínicas que exprimam o estado dos doentes, quer sejam modificações dos *symptomata* primitivos, quer factos novos, pertencentes a outra phase da doença; III. Prescrever diariamente, em livro para esse fim destinado, a dieta dos enfermos (BRASIL. Decreto 8,834, de 11 de julho de 1911. Op. Cit. 11 de julho de 1911)

A organização das atividades destinadas aos médicos foi uma forma de orientar o trabalho de todos os envolvidos na assistência aos alienados, porque destacou a necessidade de documentar desde o diagnóstico, sintomas, fases da doença e dieta dos enfermos. As atividades obrigatórias eram identificadas no sentido de possibilitar uma orientação para o tratamento.

O decreto 8.834 de 1911 organizou o processo de admissão de enfermos, que deveria seguir normas e procedimentos específicos, cuja admissão deveria ser feita através de solicitação de chefe de polícia, com anexação de exame médico-legal onde constasse a existência de uma possível perturbação mental.

As primeiras décadas foram basilares no processo de organização do saber psiquiátrico, pois houve a aprovação de um regulamento para a organização dos serviços de

assistência a “Psicopatas” no Distrito Federal e em diversas outras localidades, evidenciando a importância de pensar as bases sobre a saúde mental e os espaços constituídos para receber os portadores de males da mente (BRASIL. Decreto 17.805, de 23 de maio de 1927).

As mudanças nos postulados acerca da assistência aos alienados mentais começaram a ser organizadas de forma mais concreta, pois o decreto de 1927 delimitou a construção de espaços específicos para alienados mentais, enfatizou a necessidade de divulgação das publicações científicas e o fomento de pesquisas sobre higiene mental, a fim de melhor respaldar a prática médica e determinar as profilaxias adequadas a cada perturbação mental.

Dessa forma, os médicos psiquiatras buscavam delimitar seus espaços de atuação em nossa sociedade, destacando a importância e o atrelamento da sua ciência, a um discurso modernizador, que visava reorientar as estruturas urbanas, modificar hábitos populares, limpar e desodorizar os espaços, retirando objetos e pessoas consideradas indesejáveis.

As décadas iniciais foram configurando os espaços relativos aos alienados e organizando a parte teórica do serviço de assistência aos alienados mentais. Todavia, os hospitais ainda continuavam recebendo pacientes com suspeitas de alienação mental e por esse motivo, as políticas também se direcionavam a esses espaços e estabeleciam que hospitais gerais também poderiam ser considerados como hospitais psiquiátricos.

Vários decretos foram divulgados a fim de melhorar a qualidade dos serviços de assistência, mas vale problematizar até que ponto as mudanças postuladas via decreto, alteraram a dinâmica das práticas terapêuticas, que até então aplicavam um tratamento terapêutico com base na violência e a partir do decreto, a formulação de conselhos próprios e divulgação de pesquisa científica, o serviço de assistência teoricamente deveria apresentar bases terapêuticas humanizadas.

A reorganização dos serviços de assistência possibilitou a formação de novos paradigmas que iriam nortear os serviços destinados ao recebimento de alienados mentais. O tratamento viabilizado deveria ser articulado para uma cura medicalizada, gerenciada por médicos especialistas e através da utilização de remédios e tratamentos cujo objetivo seria a cura.

A existência de código civil de 1903 que versava sobre as doenças, oportunizou a entrada de novas reflexões acerca da saúde mental, somando ao modelo existente, uma preocupação, ao menos no campo teórico, com novos espaços de sociabilidade e tratamento humanizado.

Há um protagonismo dos médicos especialistas em Psiquiatria na primeira República e através de decretos, conselhos e publicações científicas, feitos durante as três primeiras

décadas, os médicos psiquiatras apresentam à população a importância de sua ciência, que atrelada a um discurso modernizador, preventivista e humanitário, buscava mostrar a solução para um problema a tanto destacado pelo poder público. Como Jurandir Freire Costa argumentou na citação abaixo:

Sobretudo a partir de 1926, os psiquiatras começam a anunciar suas novas concepções de prevenção. Eles pretendiam tornar a prevenção psiquiátrica similar à prevenção em medicina orgânica. A ação terapêutica deveria exercer-se no período pré-patogênico, antes do aparecimento dos sinais clínicos. Esta concepção leva-os a dedicar um maior interesse à saúde mental. Daquele momento em diante, o alvo de cuidados dos psiquiatras passou a ser o indivíduo normal e não o doente. O que interessava era a prevenção e não a cura (COSTA, 1980, p.18)

A preocupação do ponto de vista médico era somente um dos pilares formativos das Ligas de saneamento nas primeiras décadas do século XX. Os profissionais que faziam parte desses serviços estavam envolvidos com as instâncias políticas e intelectuais, pois as Ligas contavam com cientistas, militares, educadores, juristas. Belisário Penna (LIMA; HOCHMAN, 1996. p. 31) refletiu que existiam alguns fatores capazes de justificar o atraso, as doenças e o analfabetismo e indicou que a abolição do trabalho escravo foi culpada por um aumento repentino do percentual da população urbana, que não tinha qualificação profissional e superlotou as periferias dos centros urbanos.

A nacionalização das políticas de saneamento era mais uma forma de tornar “nacional” um modelo de saúde pública, mas ainda arraigado de postulados que estavam longe de entender a especificidade da realidade local, pois a maior parte das políticas era uma reprodução das decisões acerca da saúde pública sob o ponto de vista europeu. Em 1920, as campanhas em prol do saneamento e da Diretoria Geral de Saúde Pública publicizaram que era de extrema importância o aumento do número de imigrantes europeus para barrar o gene da degeneração ativado a partir da miscigenação e possibilitar o “embranquecimento” da população. As campanhas visavam atrair europeus como identificou Jair de Souza Ramos:

E esta visão não foi construída somente como “artigo de exportação”, tendo sido largamente partilhada por intelectuais e políticos do Império e da Primeira República. Esta propaganda foi um dos instrumentos de que a República se serviu para atrair aquelas populações que, na condição de minorias no interior dos estados construídos ou destruídos desde o século XIX, viviam a experiência das perseguições religiosas e étnicas (RAMOS, 1996, p. 59).

O projeto eugênico e a política sanitária foram instrumentos basilares na tentativa de remodelação dos espaços urbanos e médicos sanitaristas buscavam através de um modelo padrão de higiene, tornar possível a intervenção nos espaços públicos e privados, demarcando

espaços de sociabilidade e padrões de comportamento de grupos considerados “indesejáveis” como refletiu Vera Regina Beltrão Rago (RAGO, 1994, p.26) , em sua obra “A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico”.

O discurso eugênico incidia nas populações urbanas, nas massas de operários, em suas relações de trabalho, uma vez que a abertura de fábricas de diversos portes, foi a tônica para o recrutamento de cada vez mais pessoas para trabalharem nesses espaços, fossem elas mulheres ou crianças. O modelo de conhecimento médico e científico ditava novos padrões comportamentais e cerceavam a circulação das minorias, a fim de evitar a difusão de doenças para as classes mais abastadas.

O sanitarismo e a medicalização eram, sem dúvida, estratégias pensadas em termos de construção da nação sadia e robusta, de aperfeiçoamento da raça por processos eugênicos e, por conseguinte, de progresso e desenvolvimento. Essas estratégias confrontadas aos indícios que mostram o baixo nível de renda e a miséria de uma parte considerável da população levam a igualmente considerá-las como representativas de uma postura paliativa do Estado diante da impossibilidade, ou desinteresse, de transformações estruturais (BITENCOURT, p.63).

Outro aspecto relevante nas políticas eugênicas estava ligado a construção da imagem do Brasil perante povos brancos: um país com muitas belezas naturais, muitas terras e sem conflitos raciais e sociais. No bojo dessa campanha de imigração, o critério racial era o fator primordial, pois não interessava ao modelo de política pública de embranquecimento, a imigração de populações não brancas. Muitos negros norte americanos foram barrados na imigração, por não serem considerados do perfil ideal para miscigenação com o povo brasileiro e construção de uma “raça pura”, a partir da teoria evidenciada que o imigrante europeu iria possibilitar a regeneração racial do brasileiro miscigenado (RAMOS, 1996, p. 59).

O ideal eugênico de edificação de uma população com “genes superiores” provenientes de brasileiros e imigrantes brancos foi um dos principais pilares norteadores das políticas de imigração formuladas nas primeiras décadas do século XX. A estruturação de um pensamento raciológico modificou as políticas de Estado, para garantir o uso dos princípios eugênicos. Os médicos eugenistas rastreavam na biologia e na ciência axiomas para provar as diferenças acerca das raças, como discutiu Vera Beltrão:

A eugenia, portanto, caía como luva na República brasileira recém-instaurada, pois vinha justificar as diferenças da população perante um estado cujo ideal político calcava-se na igualdade de todos. (...) O povo não era soberano, os eugenistas, inclusive, provavam “cientificamente”, que a sociedade não estava alicerçada sobre o povo mas sobre uma “heterogênea mescla racial”. A etnia substituíra a cidadania (MARQUES, 1994, p. 39).

A eugenia, portanto foi um recurso largamente utilizado na primeira República, pois utilizava premissas biológicas e científicas para justificar as diferenças. Sendo assim, o Estado não poderia difundir o princípio de igualdade, uma vez que a ciência havia “encontrado” evidências que provavam a existência das diferenças.

Na busca por uma política de Estado capaz de efetivar os moldes do discurso médico-sanitário, foi criada em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental, que segundo seus fundadores, estava alicerçada em uma ciência universal, cujas premissas eram modelos pensados no continente europeu e aplicados no Brasil, se que houve nenhuma discussão acerca das peculiaridades locais, uma vez que acreditavam no princípio de uma ciência universal. Para Jurandir Freire Costa, o surgimento da Liga de Higiene Mental utilizou pressupostos radicais na elaboração de seu principal programa de ação:

Levou-os a elaborar programas de higiene mental baseados na noção de “prevenção eugênica” (...). Para eles, a eugenia era um conceito científico, logo inquestionável. Os psiquiatras passaram a pedir a esterilização sexual dos indivíduos doentes, a pregar o desaparecimento da miscigenação racial entre brasileiros, a exigir a proibição da imigração de indivíduos não-brancos (...) (COSTA, 1989, p.15/16)

A psiquiatria organicista alemã, isto é, que utilizava os truísmos advindos da pesquisa biológica acerca da biologia humana, para adentrar nos espaços sobre o organismo social e desenvolver suas proposições e a ala de psiquiatras brasileiros utilizou as proposições dessa psiquiatria alemã, na tentativa de organizar seu modelo de discurso eugênico. Logo, surgiram premissas que iam desde o fim da miscigenação racial, a proibição de imigração de não brancos e pedidos de esterilização sexual aos indivíduos considerados portadores de genes degenerados ou que estavam a caminho da degeneração.

A tônica basilar da Liga Brasileira de Higiene Mental, não repousava apenas em questões de ordem mental, apesar de propôs mudanças significativas nos serviços de assistência psiquiátrica, mas em todos os fatores que consideravam importantes na instância social. Segundo estatuto de fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, ela contava apenas com 200 filiados entre médicos, educadores, jornalistas e diversos intelectuais (DURVAL; BOARINI, 2008, p.521).

O discurso organicista alemão entendia que a hereditariedade ditava as origens da degradação mental. A partir desse ponto de vista, os elementos orgânicos eram determinantes no surgimento dos problemas mentais e a Liga Brasileira de Higiene Mental, a partir da utilização de princípios eugênicos, importava a lógica de divisão de indivíduos de forma binária (superior/ inferior; normal/anormal) a partir da análise comportamental e de fatores

hereditários. Os projetos preventivistas não eram homogêneos e as medidas preventivas foram uma via capaz de fomentar discussões mais amplas dentro das comunidades médicas que buscavam legitimar o protagonismo médico nos postulados acerca da medicina social.

A Liga Brasileira de Higiene Mental prezava pelo ideal preventivista. Dessa forma, a formulação do programa de eugenia brasileiro buscava intervir nos grupos considerados “perigosos”, isto é, negros, alcoólatras, prostitutas, pobres e etc. A organização da Liga pró-saúde estava pautada na reformulação da assistência a saúde psiquiátrica e era considerada de grande utilidade pública:

O médico G. Riedel organizou essa Associação que buscava a reformulação da assistência, após uma viagem que fez a Havana em 1922 para participar de um Congresso Médico Latino-americano. Criada em 1923, pelo decreto 4778 de 27/12/1923 o poder legislativo considera de utilidade pública a Liga Brasileira de Higiene Mental (BRASIL, Coleção de leis e decretos do Brasil, 31/12/1923).

O médico Cliford W Beers, grande percussor da higiene Mental repassou a Gustavo Ridel, a responsabilidade de criar uma associação na América do Sul, que estivesse sustentada nos pressupostos da medicina social (REIS, 1994, p.52). A função social da Liga de Higiene Mental era reconhecida pelos poderes públicos, uma vez que a associação recebia proventos municipais, estaduais e federais (DURVAL; BOARINI, 2008, p.4) para que pudesse agilizar o projeto de modernização das instituições asilares, o atendimento psiquiátrico, a equipe profissional e intervir no meio social para prevenir o surgimento de doenças que advinham da “degeneração racial”, que fora anteriormente observada pelo grupo médico.

Os enunciados da Liga estavam revestidos de um discurso político, uma vez que os recursos das políticas públicas direcionadas à saúde é que alimentavam sua existência. O grande projeto preventivista da Liga Brasileira de Higiene Mental adentrava nos espaços públicos, nas ruas e nas escolas. Os intelectuais que faziam parte da Liga preconizavam a necessidade de intervir na primeira infância, identificando os sujeitos que tinham predisposição à “degeneração” e que poderiam a longo prazo, comprometer o destino da nação e, para isso, propunham triagens, aplicação de testes psicológicos e acompanhamento contínuo dessa camada da população (DURVAL JUNIOR, 2008, p.3).

Reorganizar as camadas urbanas começou a ser uma das principais preocupações da Liga Brasileira de Higiene Mental e utilizavam o recurso de “Profilaxia Social”, com o objetivo de identificar as camadas consideradas “degeneradas” ou a caminho da degeneração, para assim iniciar o processo de intervenção voltada para a defesa da saúde pública, individual e coletiva. Assim G. Riedel já afirmava que a LBHM havia começado a caminhar com os

próprios pés, livre da influência salutar do “velho mundo”, já que agora conseguia analisar seus males com maior exatidão por conhecer a realidade local (REIS, 1994, p.56).

A partir de 1926, as relações da LBHM com tratados de eugenia alemães, franceses e norte-americanos fizeram com os fundadores da Liga propusessem esterelização, eutanásia, perseguição de indivíduos “degenerados”, em uma intensa propaganda contra o alcoolismo, a miséria, a ignorância, a religiosidade extrema, que poderiam ser causas da alienação mental (SEIXAS; MOTA; ZILBREMAN, 2009, p.82).

Sobretudo a partir de 1926, os psiquiatras começam a anunciar suas novas concepções de prevenção. Eles pretendiam tornar a prevenção psiquiátrica similar à prevenção em medicina orgânica. A ação terapêutica deveria exercer-se no período pré-patogênico, antes do aparecimento dos sinais clínicos. Esta concepção leva-os a dedicar um maior interesse à saúde mental. Daquele momento em diante, o alvo de cuidados dos psiquiatras passou a ser o indivíduo normal e não o doente. O que interessava era a prevenção e não a cura (COSTA, 1980, p.18).

O discurso de prevenção tornou-se um dos pontos mais fortes de defesa da LBHM e ambiente escolar passou a ser o novo foco de suas intervenções, à medida que entendiam que poderiam evitar o surgimento da alienação mental proveniente da degeneração ainda na primeira infância. No projeto de “regeneração nacional” “não pensemos apenas nos adultos, que já estão com as suas taras, os seus defeitos e anomalias por assim dizer estratificados. Pensemos nas crianças porvindouras e nas crianças atuais, procurando defendê-las dos perigos do ambiente, tão nocivo em fatores patogênicos” (DURVAL JUNIOR, 2008, p.9).

O grande projeto eugênico de intervenção nas escolas analisava desde o percentual de faltas aos vícios já existentes, tentando sanar os problemas na infância, para evitar a proliferação de doenças em longo prazo. A higienização das almas deu lugar à higienização dos espaços, dos corpos e da mente “esperava-se que, antes de saber escrever o próprio nome, as crianças já estivessem dominado o alfabeto da higiene mental” (DURVAL; BOARINI, 2008, p.10).

O projeto de regeneração nacional a partir de pressupostos eugênicos se constituiu como uma das primeiras formas de pensar a saúde pública e seus principais direcionamentos, ainda arraigados em premissas europeias e que, mesmo se afastando delas, reproduziu no âmbito interno, sua lógica utilizando os mesmos mecanismos dos quais fingia se afastar.

Referências

- ABEL, Ernest L. Benedict-Augustin Morel (1009-1873). IN: The American Journal of Psychiatry. **Am J Psychiatry** 2004; 161:2185-2185. Doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2185.
- BARRETO, Jubel. **O umbigo da Reforma Psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**, 2003. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: 2003.
- BITENCOURT, João Batista. Da salubridade à eugenia: cidade e população no Estado Novo. In: **Revista Espaço Plural - Dossiê Cidades**. Ano VIII, nº 17. 2º semestre; ISSN 15184196.p.55-72.
- CANCLINI, Néstor Garcia. As culturas híbridas em tempos de globalização: estratégias para entrar e sair da modernidade. In: **Culturas Híbridas**. São Paulo: EDUSP, 2008.
- COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- DURVAL JUNIOR, Wanderbroock; BOARINI, Maria Lúcia. **Educação Higienista, contenção social: a estratégias da Liga Brasileira de Higiene Mental na criação de uma educação sob medida (1914-1945)**. Disponível em:<http://www.histedbr.fae.unicamp.br>
Acesso em: 09 ago. 2019, 2008, p.10.
- FAZIO, Luciana. Más allá de una simple biografía: “el caso Cerruti”, una historia conectada y multinivel enlazada por un “historiador electricista”. **Esboços, Florianópolis**, v. 26, n. 42, p. 270-289, maio/ago. 2019.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 23. ed. São Paulo: Graal, 2007.
- _____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GOFFMAN, Ervin. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1987.
- GRUZINSKI, Serge. “Os mundos misturados da monarquia católica e outras connected histories”. IN: **Topoi**, Rio de Janeiro, mar. 2001, p. 175-195.
- KOCKA, Jürgen. "Global History: Opportunities, Dangers, Recent Trends". IN: **Culture & history digital journal** 1(1) June 2012. p. 1-6.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista na primeira república. IN: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (orgs). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.
- MARQUES, Vera Regina Beltrão. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1994.

MATOS, Maria Izilda Santos. **Meu lar é o botequim:** alcoolismo e masculinidade. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2000.

MENEZES, Lena Medeiros de. **Os indesejáveis:** desclassificados da modernidade. Rio de Janeiro: EduERJ, 1996.

MIGNOLO, Walter. La colonialidad a lo largo y a lo ancho: el horizonte colonial de la modernidad. In: Edgardo Lander (org) **La colonialidad del saber:** eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: Clacso, 2000.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios.** São Paulo: Ed 34, 1996.

_____. **Os nomes da Loucura.** São Paulo: Ed 34, 1999.

PEREIRA, Leonardo Affonso de Miranda. **As barricadas da saúde:** vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da primeira República. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura:** Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

RAGO, Luzia Margareth. **Do cabaré ao lar:** a utopia da cidade disciplinar (1890-1930). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RAMOS, Jair de Souza. DOS MALES QUE VÊM COM O SANGUE: as representações raciais e a categoria do imigrante indesejável nas concepções sobre imigração da década de 20.p. 59-82. IN: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. **Raça, Ciência e Sociedade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996.

REIS, José Roberto Franco. **Higine Mental e Eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Hiegiene Mental (1920-1930).** Dissertação de mestrado apresentada ao PSICOMUNDO. Historia de La Psiquiatria: Pinel, PHILIPPE (1745- 1826). Disponível em: <http://www.psicomundo.org/otros/pinel.htm>. Acesso em: 01 abr. 2014.

REVEL, Jacques. Micro-história, macro-história: o que as variações de escala ajudam a pensar em um mundo globalizado. IN: **Revista Brasileira de Educação**, v. 15 n. 45 set./dez. 2010. p. 434-444.

SEIXAS; MOTA; ZILBREMANN. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. IN: **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.** 2009, p.82. Disponível em: <http://produção.usp.br/handle/BDPI/10321> Acesso em: 09 jun. 2014.

SEYFERTH, Giralda. CONSTRUINDO A NAÇÃO: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. IN: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura. **Raça, Ciência e Sociedade.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCBB, 1996, p. 40-58.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Usos e abusos da mestiçagem e da raça no Brasil: uma história das teorias raciais em finais do século XIX.** Afro-Ásia, 18 (1996), 77-101.

MANUSCRITOS E IMPRESSOS:

BRASIL. Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a alienados. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro, 24 de dezembro de 1903. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 06 ago. 2014.

BRASIL, Coleção de leis e decretos do Brasil, 31/12/1923. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/listatextointegral.action?id=30993&norma=46589> Acesso em: 28 maio 2014.

BRASIL. Decreto 17.805, de 23 de maio de 1927. Aprova o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psychopathas no Districto Federal. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro, 23 de maio de 1927. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1pe.html>. Acesso em: 06 ago 2014.