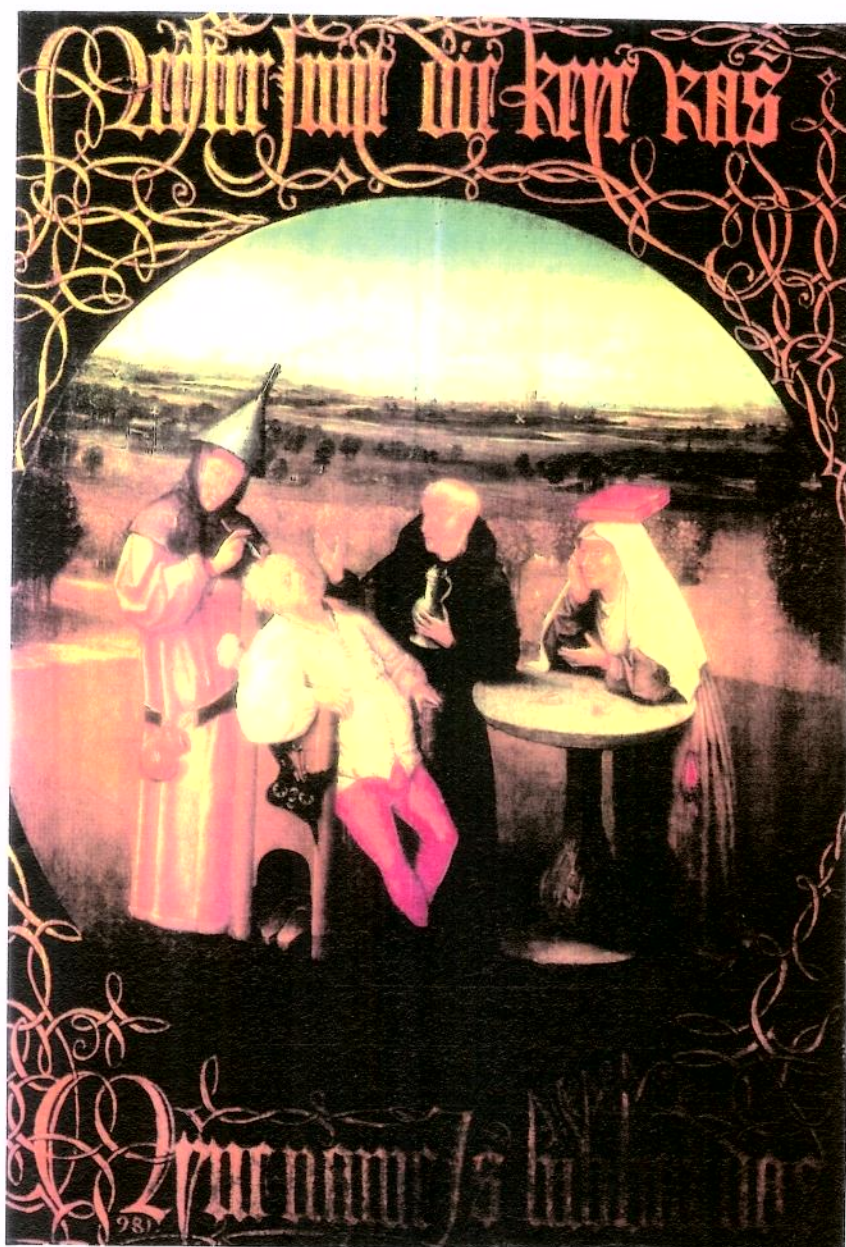


LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA



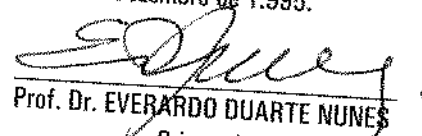
REFORMAS DA ILUSÃO:

a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX

P414r
v.1
28986/BC

LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA

Este exemplar corresponde a versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Doutora em Saúde Mental, pela médica Lygia Maria de França Pereira.
Campinas, 01 de Dezembro de 1.995.


Prof. Dr. EVERARDO DUARTE NUNES
Orientador

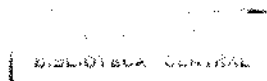
REFORMAS DA ILUSÃO:

a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes
Universidade Estadual de Campinas

Campinas
UNICAMP
1995



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
	P414p
V. 1	Ed.
TEMPO BC	289.86
PROC.	66.7/96
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	02/11/96
N.º CPD	

CM.00094969-4

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

P414p

Pereira, Lygia Maria de França

Reformas da ilusão : a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX / Lygia Maria de França Pereira.
Campinas, SP : [s. n.], 1995.

Orientador : Everardo Duarte Nunes
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

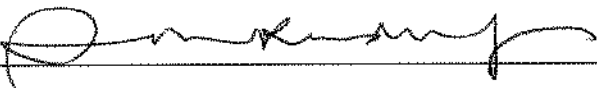
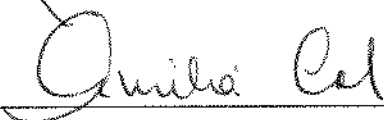
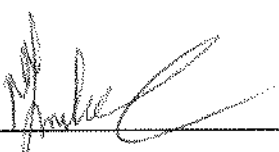
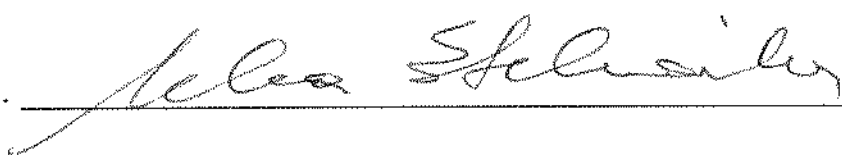
I. Psiquiatria. 2. Ciência. 3. História da medicina no século XX. 4. Terapêutica. I. Nunes, Everardo Duarte. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO:

Reformas da Ilusão: a terapêutica psiquiátrica em São Paulo
na primeira metade do século XX.

Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

Membros:

1. 
2. 
3. 
4. 
5. 

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas.

Campinas, 01/12/95

Para Modesto Carone

AGRADECIMENTOS

Produzir uma tese é um trabalho solitário que envolve muita gente. Como ao ator de um monólogo teatral, a grande visibilidade fica reservada ao pesquisador. Se este é o espaço formal da gratidão, espero aproveitá-lo bem, fazendo aparecer as pessoas que estiveram comigo *behind the curtains*, pois é imperativo dar-lhes os créditos devidos. Quero agradecer

ao Everardo Duarte Nunes, cuja sabedoria, seriedade e responsabilidade o tornaram, muito mais que orientador da pesquisa, orientador da pesquisadora;

à Lilia Blima, pela atenção com que vem acompanhando meu trabalho há bastante tempo, fazendo críticas preciosas e fornecendo material bibliográfico;

ao Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, cujos ensinamentos constituem a causa eficiente desta pesquisa;

à Iray Carone, que me introduziu em "matérias espinhosas", pelo privilégio das conversas qualificadas;

à Ana Pitta, pela confiança com que me inclui nas suas "lides mentaleiras";

à Liliana Guimarães, que sempre me levou a sério, pelas sugestões;

ao Isac Karniol que participou do começo de toda essa história;

ao Sylvio Giordano Jr., meu qualificadíssimo leitor, pela fértil convivência dos últimos dez anos;

aos amigos do Programa de Saúde Mental do Centro de Saúde-Escola Prof. Samuel B. Pessoa, pela solicitude com que se dispuseram a cobrir as minhas ausências;

aos funcionários do Hospital de Juqueri que me ajudaram a entrar em contato com a história da instituição, pela disponibilidade e atenção;

aos meus entrevistados, pelo carinho com que se dispuseram a mergulhar, comigo, nas suas lembranças;

ao Sr. Vanor, secretário da ABP, pela presteza com que atendeu às minhas solicitações;

ao Roberto de Castro e Silva com quem pude dividir as tarefas de infraestrutura, pela dedicação;

à Sandra Moreno, eficientíssima secretária da "pós" e incansável para que tudo dê certo;

a Lina e Eliana, graças a quem a casa continuou funcionando nos últimos meses;

aos meus amigos Selma Lancman, Mônica Orlandi, Judith Zuquim, José Luiz Aidar Prado, Iná Camargo Costa e Paulo Arantes, ouvidores pacientes e palpiteiros da melhor qualidade, com muito prazer;

a Delmira Karmann e Lauro Aventurato, meus compadres queridos, pela presença afetiva em todas as horas;

a Lucila Porto Pato, fundamental;

a Fábio e Modesto, pela compreensão com que sustentaram seu amor no meio de tantas privações.

O conhecimento científico é sempre a reforma de uma ilusão.
Gaston Bachelard

SUMÁRIO

Resumo	página 001
Apresentação	página 004
Capítulo 1	
Teoria, método e objeto	página 016
Capítulo 2	
As técnicas	página 039
Capítulo 3	
Um hospital como os outros	página 074
Capítulo 4	
Um médico como os outros	página 129
Capítulo 5	
Um tratamento como os outros	página 190
Conclusão	página 218
Summary	página 229
Referências bibliográficas	página 232

Volume Anexo

Carta	página 001
Questionário	página 002
Entrevistas	
Entrevista I	página 006
Entrevista II	página 019
Entrevista III	página 047
Entrevista IV	página 058
Entrevista V	página 094
Entrevista VI	página 112
Entrevista VII	página 135

RESUMO

RESUMO

A partir do reconhecimento de que o alienismo paulista do começo da República perde as suas características de modernidade científica por estar enredado nas atividades assistenciais e administrativas do hospício, pretendeu-se, com esta investigação, rastrear o caminho percorrido pela psiquiatria para a recuperação dessa posição. Acreditando que a terapêutica exerce um papel fundamental nesse percurso, resolveu-se acompanhar a história dos tratamentos psiquiátricos como efetivamente se realizaram.

Para tanto, elegeram-se como material empírico os artigos publicados em periódicos médicos por psiquiatras paulistas que descreveram os tratamentos em uso no período de 1923 a 1959. Também foram entrevistados psiquiatras que já exerciam a profissão na época que a pesquisa abrange, utilizando-se a técnica de coleta de depoimento que segue os pressupostos teórico-metodológicos da História Oral.

A teoria que orientou a apreensão do objeto empírico foi organizada na forma de três esquemas referenciais básicos - a articulação da psiquiatria da época com o modo de produção, a organização tecnológica do trabalho psiquiátrico e as suas dimensões - epistemológica (de produção de saber conceitual e normativo), prática (envolvendo questões de natureza política e ética) e técnica (como ação prescritiva fabricadora de resultado).

O trabalho tentou identificar como a terapêutica confere legitimidade científica à psiquiatria paulista da primeira metade do século XX. Chegou-se a uma periodização que discrimina: o período do tratamento da PGP pela

impaludação artificial, o período das terapias biológicas (insulina, cardiazol e eletrochoque) e o período do advento dos primeiros neurolépticos (clorpromazina e reserpina).

Concluiu-se que a psiquiatria, funcionando como uma ideologia científica, copia o modelo da medicina definindo seu objeto (doença e doente mental) nos mesmos moldes. A possibilidade de aplicar métodos terapêuticos que, por um lado, demonstram eficácia e, por outro, reiteram as hipóteses da gênese orgânica da doença mental, vai fornecendo ao antigo alienismo a característica de medicalidade. Além disso, essa legitimidade adquirida pela aproximação com o modelo médico clínico reforça as características de saber normativo que alimentam o controle social.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O hospício faz cem anos.

No final do ano de 1895 tinha início a construção do Hospício de Juquery, a primeira instituição paulista dedicada ao cuidado de doentes mentais com orientação propriamente psiquiátrica. A emergência do alienismo em São Paulo constituiu o objeto de minha dissertação de mestrado (URQUIZA, 1991). Ela foi estudada do ponto de vista da organização tecnológica do trabalho em saúde (GONÇALVES, 1986), tentando caracterizar os diversos elementos componentes desse processo - agente, objeto, instrumentos, produto, saber - e visando articulá-los às finalidades e necessidades a que ele respondia. Para tanto foi necessário examinar as relações de determinação recíproca que se estabeleciam entre esse trabalho e a realidade sócio-histórica da São Paulo do começo da República.

Naquele período a cientificidade estava estreitamente vinculada às características terapêuticas do próprio hospital: o tratamento se objetivava na sua existência, desde a arquitetura até a prática de hábitos promotores de higiene moral. A leitura dos textos de Franco da Rocha chamava a atenção para um tema que, certamente, não pôde ser desenvolvido na dissertação: a vertiginosa perda do caráter científico que tão claramente havia caracterizado o hospício no momento da sua emergência. Completamente atado à trama assistencial - a construção e administração dos prédios, as atividades agro-pecuárias, a tutela dos doentes, a gerência da ordem, os entraves econômicos e burocráticos - Franco da Rocha tinha perdido o pé em relação à possibilidade

de desenvolver conhecimento positivo. Ele identificava no alienismo paulista do final da década de '20 a necessidade de voltar a ser científico.

Mas a que finalidade atendia a necessidade de ser científico? O que daria para os médicos que tratavam de loucos o seu estatuto de cientificidade? Como foi o percurso histórico dessa curiosa aspiração? Como ela se realizou na prática cotidiana do trabalho alienista?

Além da espinhosa tarefa de respondê-las, essas indagações colocavam uma dificuldade adicional: a de estudar o cerne duro da técnica. A análise da terapêutica - entendida como o conjunto das atividades técnicas desenvolvidas no trabalho com a finalidade de promover a cura ou o controle da doença e orientadas por uma determinada racionalidade - parecia um caminho promissor, pois é certo que se tratava de articular o núcleo mais interno do trabalho psiquiátrico com a idéia de cientificidade vigente.

O primeiro contato com o material empírico - artigos publicados em revistas médicas daquele período, prontuários de doentes internados e entrevistas iniciais com psiquiatras que já trabalhavam como tais nas décadas de '30, '40 e '50 - confirmou algumas suposições prévias e indicou desdobramentos. Em primeiro lugar foi possível constatar que, para os psiquiatras da época, ser científico significava ser médico, seguir os avanços da ciência médica e as técnicas da clínica médica. A aposta na terapêutica como fonte empírica mostrou-se profícua, pois foi flagrante o modo como esses profissionais exultavam com o aparecimento de cada novo tratamento, usando expressões do tipo "antes, a psiquiatria era empírica, agora ela é científica".

Em segundo lugar, tornava-se patente na psiquiatria daquele período a inadequação entre teoria, método e objeto. Os alienistas do hospício - transformados nos psiquiatras do hospital psicopático - buscavam

incansavelmente encontrar tratamentos que aproximassem a sua racionalidade terapêutica daquela que marcava a medicina da época, ou seja: um remédio específico para uma doença com sede orgânica determinada.

O núcleo técnico do trabalho, ao mesmo tempo que se aplicava em seguir o modelo de cientificidade médica construindo teorias e produzindo práticas, apresentava determinações e conseqüências que se achavam fora dele - na esfera dos fenômenos sócio-históricos mais amplos. Definia-se, assim, uma relação triplíce: do ponto de vista do modelo de organização tecnológica do trabalho psiquiátrico, tratava-se de articular terapêutica (instrumento), cientificidade (saber) e determinações sócio-históricas (necessidades e finalidades). Essa articulação era necessária exatamente porque não se tratava de um trabalho abstrato, e sim concreto, que manifestava condições específicas de relações sociais, incluída aí a realidade político-econômica. Tornava-se imprescindível utilizar a teoria desenvolvida por DONNANGELO (1979) sobre a medicina no modo de produção capitalista.

O exame mais detalhado dos artigos publicados, a realização de novas entrevistas e a continuação do trabalho de leitura de prontuários, revelaram a possibilidade de uma periodização em função do tipo de tratamento utilizado e dos conceitos do saber psiquiátrico predominantes, além de fornecerem um recorte mais preciso para o objeto da investigação. Saber e instrumento de trabalho acabaram se objetivando, no presente estudo, como a prática terapêutica em psiquiátrica realizada em São Paulo entre 1923 e 1959 - assim como a viam os agentes do trabalho: os psiquiatras.

O ano de 1923 marcou o momento em que, a partir do reconhecimento do "fracasso científico", instaurou-se uma política de saneamento dessa dificuldade: o hospício passou a ser chamado de hospital, os alienistas de

psiquiatras, a anatomopatologia psicopática ganhou o seu primeiro grande impulso. A segunda metade da década de '50 se caracterizou, quanto à terapêutica psiquiátrica, pela introdução do primeiro medicamento específico para a loucura: a clorpromazina. No ano de 1960 já estavam à disposição em São Paulo alguns ansiolíticos e os primeiros antidepressivos. Incluí-los todos significaria aumentar demais o material empírico com resultados que não acrescentariam muito, dados os objetivos da investigação.

Restringir os agentes do trabalho aos médicos psiquiatras - como entrevistados e autores dos artigos - foi decorrência do fato de a terapêutica daquela época ser estritamente médico-orientada. Mesmo algumas iniciativas esparsas de arte-terapia eram realizadas por psiquiatras. Além disso, eram eles os portadores explícitos da necessidade de cientificidade e os sujeitos de sua construção.

É importante lembrar, ainda, que no período recortado por esta investigação a Psiquiatria era o saber hegemônico que norteava tanto as práticas terapêuticas quanto as proposições da Higiene Mental. Na década de '70 começaram a tomar impulso propostas de assistência, promoção e prevenção não mais orientadas pela psiquiatria, mas pelo novo campo que vem se estruturando: o da Saúde Mental. Há vinte anos atrás, já não seria mais possível pensar um desenho de pesquisa sobre a organização tecnológica do trabalho em Saúde Mental que se mantivesse alheio à ampla gama dos diferentes profissionais que a multidisciplinaridade - característica desse novo campo - inclui. Atualmente, não seria prescindível sequer a presença do discurso de usuários e funcionários de serviços. No que diz respeito ao presente estudo, a ausência da fala dos pacientes reproduziu o modo como eles eram vistos na época: casos clínicos - objeto sobre o qual se realiza o trabalho.

É necessário esclarecer, ainda, a ênfase dada ao Juqueri nesta investigação. Ele não é igual ao universo empírico, ou seja, não era o único hospital psiquiátrico público existente nas quatro décadas investigadas, de tal maneira que, nesse sentido, a referência quase exclusiva a ele não se mostrava imperativa. Tampouco ele foi tomado como exemplar, no sentido de ter sido "pinçado" dentre vários semelhantes. O caráter hegemônico que o Hospital de Juqueri teve no material empírico desta pesquisa (embora não se restrinja a ele) deve-se ao fato de ele ser emblemático para o período estudado. E isso por várias razões: foi o primeiro a ser construído no Estado, foi o maior e mais populoso e nele se formou a grande maioria dos psiquiatras da época. Sede de quase todos os artigos psiquiátricos publicados nos periódicos paulistas até praticamente o fim do período abrangido por esta investigação, o Juqueri foi o grande depositário das esperanças de cientificidade, no que diz respeito à experimentação terapêutica. Além disso, sendo o centro do Departamento de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo, o grande hospital regeu, durante muito tempo, as orientações políticas da organização das ações assistenciais e da Higiene Mental no Estado.

Além de fornecer os esclarecimentos acima comentados, esse exame mais detalhado do material empírico exigiu também uma certa reformulação da base teórica da investigação, na medida em que ficou clara a necessidade de um aprofundamento na abordagem epistemológica. A utilização da História Epistemológica de Bachelard *via* Canguilhem foi fundamental para a análise dos conceitos, para a identificação das racionalidades orientadoras dos modelos terapêuticos e para a atribuição da qualidade de ideologia científica à psiquiatria paulista do segundo quarto do século. Vale ressaltar que essa abordagem epistemológica pressupõe olhar para o saber daquele período sob o

ponto de vista do conhecimento que temos atualmente. É o conjunto das verdades provisórias de que hoje dispomos - a nossa ilusão reformada - que permite qualificar o conhecimento de então.

O grau de experimentalismo dos tratamentos; o forte conteúdo de juízo de valor moral no discurso e nas intervenções dos psiquiatras nesse período; a gerência pública dos loucos pobres; a produção de um saber com pretensão de verdade sobre o comportamento humano - tudo isso levou à formulação e inclusão de um esquema adicional de referências. Seguindo a divisão aristotélica dos saberes, a tentativa no caso foi apreender, no trabalho efetivamente realizado, três conjuntos de fenômenos aqui chamados de 'dimensões'. O primeiro, de natureza técnica - as intervenções concretas; o segundo, de natureza praxica - os conteúdos éticos e políticos do trabalho; e o último, de natureza epistemológica - a construção do saber.

Resta ainda comentar uma preocupação que acompanhou toda a investigação: afinal, se a psiquiatria não nasceu no Brasil e se as teorias e as técnicas foram importadas, qual seria a pertinência de um estudo como este? Trata-se possivelmente de uma questão que diz respeito ao que poderia ser chamado *cum grano salis* de uma 'arqueologia hiper-regional'. Arqueologia, na medida em que examina o nascedouro de conformações peculiares que saberes e práticas adquirem, produzindo relações de sentido e nexos próprios; e hiper-regional porque, além de estudar um saber determinado com objeto específico, refere-se aos desenvolvimentos situados dentro de limites sócio-históricos locais.

Nesse sentido fica mais claro porque a preocupação deste estudo centrou-se nos contornos peculiares que a psiquiatria paulista foi construindo a partir do que importava dos grandes centros europeus. Não foi de maneira

alguma intenção desta investigação pretender negar a natureza universal do conhecimento psiquiátrico que orientou o trabalho no hospital psicopático paulista. Por outro lado, não se ocupou em identificar diferenças ou "deformações" de saberes e práticas, mas sim em apreender o modo como os conceitos, as teorias e os tratamentos foram-se configurando - como técnica, como prática e como conhecimento - em função de sua existência enquanto trabalho concreto no tempo e lugar que a pesquisa privilegiou.

O percurso da investigação é distinto do caminho da exposição. Apresentado o primeiro, vamos ao segundo.

Se o trabalho de investigação impõe problemas de ordem teórica, metodológica e técnica, na tarefa de organizar a exposição as coisas não se passam de maneira muito diferente. Um exemplo disso, e que já vale como justificativa, diz respeito ao fato de método e técnica encontrarem-se em capítulos diferentes.

Pressupõe-se que o método diz respeito ao modo de abordar o objeto (qualitativo/quantitativo, histórico, econômico, social, epistemológico, político, etc.) e está imediatamente atrelado ao ponto de vista teórico do investigador. É possível afirmar que esse ponto de vista tem uma natureza paradigmática, na medida em que ele implica uma determinada maneira de ver o mundo, uma proposta de investigação/ação e um certo desejo de futuro, que se objetivam no sujeito da investigação e são compartilhados por um grupo de pesquisadores. A compreensão ontológica do homem como tendo uma natureza imediatamente histórica e social implica numa metodologia de abordagem sócio-histórica do objeto, em detrimento de outras possíveis. As escolhas técnicas são uma decorrência do método e dizem respeito ao modo de coleta do material empírico.

No primeiro capítulo desta tese procede-se a uma exposição sumária sobre o nascimento da psiquiatria francesa. Mostra-se como se estruturou, lá, o processo de perda do caráter científico que acompanhou o alienismo pineliano dos primeiros tempos. A história da emergência da psiquiatria no Estado de São Paulo é recuperada, também de forma breve, enfocando-se o mesmo tema.

O passo seguinte pretende explicitar os pressupostos teóricos que nortearam o recorte da pesquisa e a apreensão do material empírico, organizados na forma de três esquemas referenciais básicos, a saber: a psiquiatria e o modo de produção capitalista (aspectos infra e supraestruturais); as dimensões técnica, ético-política e ideológica na psiquiatria e a organização tecnológica do trabalho psiquiátrico.

O primeiro capítulo termina com a exposição das hipóteses com que esta pesquisa trabalha.

No segundo capítulo enfocam-se especificamente as técnicas utilizadas para a construção e obtenção do material empírico da investigação. Embora certamente maçante para a maioria dos leitores, a detalhada descrição dos procedimentos de identificação dos artigos pertinentes se justifica na medida em que mostra o grau de cobertura do universo empírico. Por outro lado, por se tratar de fontes históricas ainda não acessíveis pelos sistemas informatizados, elas podem servir de referência para novas investigações que, com efeito, terão à sua disposição um trabalho já realizado de infraestrutura de pesquisa.

Este capítulo traz, ainda, uma descrição da técnica de coleta de depoimentos em função dos pressupostos teóricos da História Oral. Considera-se que essa reflexão é importante porque, embora as histórias de vida e os depoimentos pessoais estejam sendo bastante utilizados hoje em pesquisas qualitativas, nem sempre estas apresentam uma adequação teórico-

metodológica consistente ou muito rigor na produção e análise desse tipo de material. A explicitação detalhada dos passos percorridos nessa direção tem a intenção de expor eventuais fragilidades e problemas que a aplicação dessa técnica possa conter. Pretende-se com isso contribuir de alguma maneira para o aprimoramento da utilização da História Oral no campo da Saúde. Foi aliás essa mesma motivação - mostrar os "bastidores" da investigação - que levou à inclusão de um volume anexo à tese, onde se acham transcritas as entrevistas utilizadas neste estudo.

Os capítulos III, IV e V trazem a descrição do conteúdo e a análise do material empírico. Foi a análise da terapêutica - articulada com os conceitos sobre a doença mental e os fatos sociais mais diretamente relacionados com o trabalho psiquiátrico realizado no seu cotidiano - que permitiu estabelecer uma periodização. A distribuição do campo empírico nesses três últimos capítulos corresponde a essa periodização. Ou seja, o terceiro capítulo analisa o período que se inicia com a passagem da diretoria do hospício para Antonio Carlos Pacheco e Silva em 1923 e trata do aparecimento da malarioterapia e do primeiro grande impulso em direção ao laboratório de anatomia patológica. O quarto capítulo apresenta o período que começa em 1936, com o advento dos tratamentos conhecidos como terapias biológicas. Estas últimas incluem o choque cardiazólico, a insulinoterapia e o eletrochoque. O quinto capítulo estuda o início da utilização dos primeiros neuroléticos lançados no Brasil em 1954: a clorpromazina e a reserpina.

Este trabalho visa a contribuir para a construção desse jovem campo do conhecimento que é a Saúde Mental em Saúde Coletiva.

Nascida da Medicina Social européia e tomando corpo na América Latina dentro dos departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de Medicina, a Saúde Coletiva não se confunde com a Medicina. Esta última, em sua versão contemporânea - assentada no conhecimento anatomo-fisiológico do corpo biológico individual - gera conhecimentos que delimitam a ordem do normal e do patológico, a partir dos quais propõe intervenções, prescreve condutas e produz informação epidemiológica.

O campo de investigação da Saúde Coletiva toma como objeto o processo saúde/doença, compreendido como um fenômeno de maior complexidade em função de apreendê-lo em sua natureza não apenas biológica ou vital, mas essencialmente humana. Essa natureza do homem implica em socialidade e historicidade; implica portanto na relação entre saúde e sociedade. Isso significa que a Saúde Coletiva se ocupa com a epidemiologia social, com a organização tecnológica do trabalho em saúde, com as determinações econômicas dessas práticas, com a representação social sobre saúde e doença, com a elaboração de políticas de saúde, com o gerenciamento e a organização das ações de cuidado. Além disso ela está ocupada consigo mesma, ou seja: com a sua própria formalização teórica enquanto campo de conhecimento.

Em função de seu especialíssimo objeto que é o sofrimento humano na sua vertente de 'doença do (ou que se expressa no) comportamento', a Saúde Mental vem, historicamente, se constituindo como campo próprio de uma ampla gama de práticas multiprofissionais e de produção de saber multidisciplinar (psicopatologia, neurofisiologia, psicanálise, psicologia,

epidemiologia) que se organizam na forma de ações públicas de cuidado. Enquanto tal e guardadas as suas especificidades, esse campo pode ser apreendido pelos mesmos referenciais da Saúde Coletiva. Embora não se reduza a nenhuma dessas áreas do conhecimento, têm sido valiosos os aportes fornecidos pela sociologia, pela economia política, pela macro-história (e, mais recentemente, pela micro-história), pela epistemologia, pela antropologia.

A Saúde Mental em Saúde Coletiva torna-se, assim, um modo específico de estudar a Saúde Mental que se diferencia do ponto de vista estritamente clínico que a toma como a "ausência de doença mental". Isso significa que a Saúde Mental em Saúde Coletiva constitui o campo que permite o exame da Saúde Mental entendendo-a como o lugar social da construção de saberes sobre o processo saúde/doença mental e da produção de práticas curativas e preventivas das doenças mentais e de ações que visam à promoção de saúde mental. Por ser um campo de investigação relativamente recente, é compreensível que não disponha de uma formalização teórica acabada e que esteja procurando desenvolver uma metodologia adequada. Um dos propósitos desta tese é poder contribuir para isso.

CAPÍTULO I

TEORIA, MÉTODO E OBJETO

A psiquiatria, tal como a conhecemos hoje, nasce no ocidente há cerca de duzentos anos. No caso francês, particularmente estudado por autores aos quais esta investigação faz referência (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 1975, 1978, 1985; BIRMAN, 1978), ela se estrutura a partir da *Nosographie Philosophique* de Pinel. A psiquiatria francesa teve grande influência na formação inicial dos psiquiatras brasileiros¹, sendo responsável em boa parte pela escolha dos modelos terapêuticos aqui adotados.

No seu momento de constituição, a psiquiatria européia do início do século XIX converge com a medicina no que diz respeito ao seu código teórico, dentro da coerência da 'medicina das espécies'. As práticas de descrição dos estados patológicos que redundam na atividade classificatória são comuns a ambas. Nesse período a doença é entendida como um fenômeno ontológico, descrevê-la significa conhecê-la - o ser é o dizível-visível (FOUCAULT, 1980). Descritos e classificados - a doença localizada na racionalidade da ordem natural - os fenômenos mentais não diferem dos orgânicos, formando ambos um conjunto homogêneo, não contraditório, médico.

O decorrer do século XIX assiste a um recobrimento desse 'olhar botânico' da medicina por uma outra forma de ver a doença.² A anatomia e a

¹- A respeito da influência da nosografia francesa sobre a psiquiatria brasileira em seu início cf. URQUIZA, 1991 e LUCENA, 1973. p.52.

²- "...no início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável. Isto não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recommçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber

anatomopatologia fornecem novas superfícies de visibilidade. No momento seguinte, a formulação dos conceitos da fisiopatologia e da etiopatologia localiza a doença na racionalidade do corpo biológico individual e estrutura definitivamente a clínica moderna.³

É com a garantia da legitimidade científica conferida à medicina que a prática asilar francesa se instaura numa relação de poder que se desloca, rapidamente, das instâncias públicas - o executivo e o judiciário - para o alienista (CASTEL, 1978). A permanência, porém, desse novo estatuto dependerá, em certa medida, da capacidade que essa medicina especial terá em se manter medicina. No entanto, o seu caráter 'especial', a persistência da adesão a uma gênese moral e social da loucura, a prática asilar, as peculiaridades do seu agente do trabalho (o alienista funcionário público), fazem com que o alienismo vá gradativamente se distanciando do movimento médico mais geral.

Ainda tomando o exemplo francês, a partir da instauração da 'síntese alienista' (CASTEL, 1978, pp. 111-8) a psiquiatria vai gradativamente sendo enredada pelos problemas que a tecnologia asilar começa a apresentar. A maioria dos internados é de doentes incuráveis, que lotam os leitos disponíveis inviabilizando o acolhimento de novos doentes que poderiam se beneficiar do tratamento. Na década de 1860, Morel aponta para essas dificuldades:

"Esses estabelecimentos se tornaram inteiramente insuficientes. Mas não é nisso que consiste o mais grave de uma situação já tão deplorável. Não

concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio. Entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo ver e dizer". (FOUCAULT, 1980, p. X.)

³- A esse respeito cf. FOUCAULT, 1980 e também DALMASO, 1991.

somente estamos assoberbados pelos alienados, como também por categorias de enfermos que poderiam ser tratados em hospitais ou em hospícios comuns. (...) Os idiotas, os imbecis, os cretinos, os epilépticos, em outras palavras, uma multidão de não-valores sociais tendem a fluir para os asilos onde se imobilizam e tomam o lugar dos verdadeiros alienados." (MOREL, 1864 apud CASTEL, 1978, p. 255.)

A dimensão assistencial do asilo - a gerência pública dos "não-valores sociais", sobrepõe-se largamente à sua suposta especificidade de local de tratamento e cura - à sua especificidade médica. A psiquiatria não se livrará de carregar essa coexistência incômoda da assistência e da cura.

"... confrontado com um modelo de ciência médica mais exigente e questionado na 'tecnologia asilar', esboça-se a partir de 1860 um movimento paralelo ao de prevenção (higiene moral) ... que se expressa pela medicalização técnica do asilo, secundarizando a função assistencial por meio da seleção de 'verdadeiros doentes' e relegando a asilos agrícolas a população que não atendesse àquele requisito. Entre outras modificações institucionais, essa tecnificação levará ao desenvolvimento de serviços de neuro-psiquiatria nas faculdades, que implicarão em reaproximação da psiquiatria à medicina, na ruptura do caráter 'especial' do alienismo, no esfacelamento da noção de alienação e sua substituição pela de doença mental." (GIORDANO JÚNIOR, 1989, p. 69.)

É justamente nessa reaproximação com a medicina que se coloca a exigência de um conhecimento mais "científico" sobre a - agora - doença mental e suas causas. Uma certa eficácia das ações do trabalho parece tornar-se crucial para a prática psiquiátrica.

A psiquiatria no Estado de São Paulo⁴ se inicia com a vinda de Franco da Rocha para a capital paulista em 1893. Até então, o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo (1852 a 1862) e o Hospício de Alienados de São Paulo (1862 a 1896) oferecem-se como instrumentos públicos para a reclusão e guarda de alguns loucos pobres, escandalosos e perambulantes. A tecnologia empregada é a carcerária.

O Hospício de Juquery nasce a partir de uma convergência de forças, de menor ou maior potência, que aliam as necessidades advindas do surgimento da República, da economia agro-exportadora cafeeira e dos processos de industrialização e urbanização àquelas características mais específicas do próprio alienismo - a diferença inscrita na loucura, a exclusão, o saber psiquiátrico estruturado na proposta alienista, a possibilidade da cura, a virtualidade da higiene. Inspirada nas recomendações do Congresso Internacional de Alienistas, realizado em Paris em 1889, a construção do Hospício de Juquery vem oferecer à cidade de São Paulo a possibilidade "científica" da cura dos doentes e da prevenção dos males sociais advindos da degeneração, particularmente aquela trazida pelos imigrantes. Além disso, o alienismo apresenta uma proposta que, bem ao gosto dos novos tempos, vem favorecer a ordem e o progresso, na medida em que se ancora num saber que, operando sobre a anomia, produz individualização, classificação, compartimentalização, esquadramento, jurisprudência clínica.⁵ No que diz

⁴ - A respeito do surgimento da psiquiatria no Estado de São Paulo e da tecnologia empregada na gerência pública da loucura no período que antecede a inauguração do Hospício de Juquery cf. URQUIZA, 1991.

⁵ - "Este novo tipo de poder, que não pode mais ser transcrito nos termos da soberania, é uma das grandes invenções da sociedade burguesa. Ele foi um instrumento fundamental para

respeito à possibilidade de disciplinarização, à oferta de prevenção e à intenção de cura, a proposta alienista da virada do século não se situa de maneira defasada em relação à medicina.

O conceito de doença mental se encontra vinculado à noção de tara hereditária e à idéia de uma gênese social. Curiosamente, essa dupla vinculação não é tomada pelos alienistas como contraditória. A cidade que se civiliza oferece aos seus habitantes, particularmente àqueles imigrantes e aos escravos libertos, uma imensa gama de práticas moralmente perversas, o que facilita a degeneração moral. A cidade fornece ao alienista espécimes catalogáveis.

Uma vez instituído, o espaço asilar, no entanto, opera inovações em sua prática a partir do lidar concreto com os doentes. O trabalho cotidiano engendra necessidades específicas. Assim, a laborterapia, a clinoterapia, a assistência familiar e outras técnicas de intervenção terão a sua prescrição orientada muito menos pela finalidade de cura do que pelas necessidades que a construção do hospício e a viabilização da convivência asilar criam. A terapêutica se torna também um instrumento de manutenção da existência da instituição. Dada a baixa eficácia dos tratamentos em relação ao ritmo frenético com que novos candidatos à internação batem às portas do Juquery, rapidamente, o hospício - pretendido como lugar de cura - se vê assoberbado por funções assistenciais. Muitas medidas que a princípio se propõem

a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente; este poder (...) é o poder disciplinar. (...) as disciplinas têm o seu discurso. Elas são criadoras de aparelhos de saber e de múltiplos domínios de conhecimento. (...) As disciplinas veicularão um discurso que será o da regra, não da regra jurídica derivada da soberania, mas o da regra 'natural', quer dizer, da norma; definirão um código que não será o da lei mas o da normalização; referir-se-ão a um horizonte teórico que não pode ser de maneira alguma o edifício do direito mas o domínio das ciências humanas; a sua jurisprudência será a de um saber clínico." (FOUCAULT, 1985, pp. 188-189) Ver também, a respeito de disciplina: FOUCAULT, 1985, p. 105.

curativas, promovendo a re-moralização dos doentes, convertem-se em meios cuja finalidade é viabilizar a função assistencial do hospício em detrimento da função terapêutica.

Ao longo do primeiro quarto do século o predomínio da função assistencial, a ausência de eficácia terapêutica, a dificuldade em seguir o modelo anatomopatológico da clínica médica, a noção de gênese social da doença mental, o tratamento moral, a concentração dentro do espaço asilar, a ausência na faculdade de medicina fazem com que o alienismo paulista se afaste das qualidades de medicalidade e cientificidade que o legitimaram na sua emergência.

Se, a princípio, o Hospício de Juquery se inscreve no conjunto de práticas modernizadoras da República acoplando avançada tecnologia de tratamento à promessa de desenvolvimento científico, ao cabo de duas décadas ele se encontra completamente obsoleto em suas pretensões de produção de ciência. O próprio Franco da Rocha, observando a necessidade de investimento no 'problema científico', escolhe o seu sucessor - Antônio Carlos Pacheco e Silva, o jovem e empreendedor anatomopatologista do hospício - dando-lhe a incumbência de cuidar da parte científica do Juquery. Franco da Rocha constrói para o Estado de São Paulo um hospício "enfim científico" e o entrega, vinte anos depois, a Pacheco e Silva para que ele o torne "enfim científico".

É justamente a história dessa busca de cientificidade pela psiquiatria paulista da primeira metade do século vinte o objeto da presente investigação.

O estudo do saber e do fazer psiquiátricos é desenvolvido aqui de acordo com três esquemas referenciais básicos: a psiquiatria no modo de produção capitalista; a organização tecnológica do trabalho psiquiátrico e a psiquiatria e suas dimensões técnica, prática e epistemológica. Essa triplice abordagem se mostrou adequada para dar conta do material empírico estudado na medida em que a primeira localiza o objeto da investigação - mesmo que inicialmente de maneira abstrata - no conjunto das relações sociais em que ele se insere.

A segunda se constitui no referencial que organiza o material empírico e operacionaliza o seu estudo na medida em que permite a análise tanto do núcleo técnico operante do trabalho quanto das articulações deste com as necessidades e finalidades sociais às quais ele se vincula com menor ou maior mediação. Em outras palavras, essa abordagem permite ancorar as outras duas na realidade empírica por ela objetivada. Dá-se portanto que nenhuma delas é estanque ou suficiente; é justamente na sua concomitância e inter-relação que reside a possibilidade da apreensão do objeto tal como se quis recortá-lo.

A terceira abordagem, que completa o tripé proposto, tenta apreender as distintas naturezas de fenômenos que estão envolvidos no trabalho psiquiátrico, desde aqueles mais imediatamente evidenciáveis - como a sua dimensão técnica - até aqueles que se situam para além da primeira aparência do trabalho - como sua dimensão ética e política.

Entendida a psiquiatria como parte do conjunto das práticas de produção de cuidados na área da saúde, segue-se o modelo proposto por DONNANGELO (1979) a propósito da medicina no modo de produção capitalista. Segundo a autora, a medicina se articula infraestruturalmente com a reposição da força de trabalho e com a realização da mais valia e no âmbito da superestrutura com a extensão do consumo e o controle social.

O período da acumulação capitalista é também o mesmo da emergência dos Estados nacionais. Uma série de estratégias são colocadas em operação para viabilizar essa formação. O campo da saúde passa a adquirir particular importância na medida em que pode auxiliar o Estado nascente a conhecer e controlar a sua população.⁶ Ao deslocar-se a fonte de riqueza do território para os seus habitantes - transformados em força de trabalho - o corpo do homem se torna objeto de um cuidado necessário por parte do Estado. A medicina moderna já nasce como medicina social⁷ no bojo da instauração do modo de produção capitalista, de tal forma que estabelece com este uma relação de mútua determinação.

No nível infraestrutural, chega-se ao século XX com uma medicina comprometida com a produção no sentido da reposição e manutenção da força de trabalho⁸, mas não somente isso. Ao incorporar ao seu processo de trabalho a utilização de instrumental tecnológico, tanto diagnóstico quanto terapêutico, com graus crescentes de sofisticação e custo, a medicina cria renovadas necessidades de consumo desse instrumental que, ao serem satisfeitas, realizam a mais-valia.

"(...) os novos elementos materiais que compõem o processo terapêutico - e que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica, até

⁶ - A respeito das condições sócio-históricas do nascimento da medicina social na Europa, cf. o artigo de ROSEN, A Evolução da Medicina Social, in: NUNES, 1983; FOUCAULT, 1985 (especialmente o cap. V); DONNANGELO, 1979 e ROSEN, 1980.

⁷ - Sobre a história da medicina social cf. "O nascimento da Medicina Social" in FOUCAULT, 1985 e ROSEN, 1980.

⁸ - Segundo FOUCAULT, a medicina social percorre historicamente alvos distintos, em função da garantia de "governamentabilidade" dos Estados modernos. "A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objeto de medicalização". (FOUCAULT, 1985, p. 93.)

uma enorme variedade de equipamentos e maquinarias produzidas por muitos setores industriais - devem ser considerados como mercadorias cuja produção é externa à medicina, mas cujo consumo só se efetiva através dela." (DONNANGELO, 1979)

No caso da psiquiatria paulista da primeira metade do século XX, a sua participação infraestrutural não se constitui num fato muito marcante. Considerando, por um lado, o grande contingente migratório⁹ e o crescimento da população desempregada na cidade¹⁰ e, por outro, a longa duração dos tratamentos psiquiátricos e sua baixa rotatividade aliada a um inexpressivo índice de curas,¹¹ não é fora de propósito concluir que à psiquiatria não caiba, nesse período, a função de reposição de força de trabalho.

Ainda no que diz respeito à infraestrutura, se comparada com a psiquiatria atual - que produz um imenso mercado de consumo de psicofármacos - a psiquiatria da primeira metade do século não se caracteriza por realizar a mais-valia consumindo remédios e exames. Sua terapêutica é fortemente hospitalar, com a prevalência de hospitais públicos, e os exames complementares e drogas utilizadas nesse período, além de apresentarem pequena variedade, não requerem tecnologia sofisticada.

Se em relação à infra-estrutura a psiquiatria paulista da primeira metade do século não apresenta relevância, no nível jurídico-político, no entanto, as

⁹ - A respeito da relação população total/população operária em São Paulo na primeira metade do século cf. MORSE, 1970, particularmente o capítulo XVIII: "O Industrialismo".

¹⁰ - Em função da crise do café, o Brasil inaugura a década de '30 com cerca de 2 milhões de desempregados ou semi-empregados. (BASBAUM, 1976, p. 24.)

¹¹ - O Hospital de Juqueri no ano de 1939, faz 3904 internações e dá 323 altas; em 1942 esses números correspondem, respectivamente, a 1771 e 487 (destes últimos, 208 ficaram internados por um período inferior a seis meses e 124 saíram após 13 meses a 2 anos de internação). (SILVEIRA, 1947)

coisas parecem se passar de maneira distinta. Os ideais da revolução burguesa, que consolidam em grande medida a ideologia capitalista, preconizam a igualdade. O capitalismo impossibilita a igualdade com relação aos meios de produção e aos processos produtivos, dada sua "contradição fundamental, consistente na oposição entre o caráter social da produção e o caráter privado da apropriação" (DONNANGELO, 1979, p. 40). Coloca-se, no entanto, enquanto meta a ser atingida, a igualdade do consumo; ou seja, interessa para o capital que a população possa consumir sempre mais. Tem-se aí uma ideologia de igualdade que se realiza pela extensão da cobertura de serviços de saúde para a população, a qual também passa a reivindicar o seu direito à saúde, o que se traduz, por um viés ideológico reducionista, no direito à assistência médica.

O Estado capitalista moderno engendra suas próprias estratégias de controle social. Gradualmente, o poder de polícia vai sendo recoberto pelo poder disciplinar. A pedagogia, a medicina, a psiquiatria criam saberes positivos que permitem normalizar e normatizar condutas.¹² Essa forma mais sutil e ao mesmo tempo mais eficaz de controle social¹³ está diretamente implicada na produção do conhecimento científico. A verdade,¹⁴ com o positivismo, instaura para si uma nova localização: ela se situa agora nos domínios da ciência. É a ciência a legítima detentora do poder de conferir a um saber o estatuto de verdadeiro.

¹²- A respeito das relações entre a produção de saber e a normatização das condutas individuais, cf.: BOLTANSKI, 1984; CANGUILHEM, 1982; e FOUCAULT, 1985.

¹³- "Afiml, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder." (FOUCAULT, 1985, p. 180.)

¹⁴- A respeito da geografia e cronologia da verdade, cf. FOUCAULT, 1985, cap. VII.

A modernidade coloca a higiene mental e o tratamento para as doenças mentais como um bem a ser exigido pelo cidadão. A psiquiatria constrói e responde a essas reivindicações seguindo dois conjuntos conceituais paralelos e articulados entre si: a série curativa que oferece assistência e tratamento e a série higiênica¹⁵ que provê o saber normativo que alimenta o controle social.

O segundo esquema referencial desta investigação ancora e objetiva os outros dois. Estudar a organização tecnológica do trabalho psiquiátrico¹⁶ concretamente operado no Estado de São Paulo no período recortado pela investigação permite visualizar, de um ponto de vista determinado, o material empírico para além de sua aparência imediata.¹⁷

Entender a organização tecnológica do trabalho como o conjunto dos instrumentos operantes na função técnica em particular ou como a teoria aplicada à dimensão técnica geral (o "avanço tecnológico") implica numa redução e, portanto, numa abstração de seu real significado. A noção de organização tecnológica do trabalho "refere-se aos nexos técnicos

¹⁵ - Esta série higiênica não se restringe aos insumos fornecidos pelo alienismo e posteriormente pela psiquiatria, mas diz respeito a um conjunto de produções de saberes e normas de natureza multidisciplinar. (Vale a pena lembrar aqui que a denominação de 'série' não corresponde nenhum objeto concreto dado na realidade, mas sim, a 'série higiênica' se constitui numa construção teórica que apreende relações de sentido entre fatos sociais que não estão imediatamente dadas no real. Assim também deve ser entendida a noção foucaultiana de 'disciplina'.) "Colocando como objetivo a própria vida em sociedade e estabelecendo sobre ela um discurso normativo, a Higiene reforça o mito de um conhecimento unitário em prol do bem viver, construído interdisciplinarmente." "... no caso do Estado de São Paulo a Higiene Mental penetrará o discurso psiquiátrico por volta de 1926 ..." (GIORDANO JÚNIOR, 1989, p. 99 e p. 102.)

¹⁶- Sobre a noção de organização tecnológica do trabalho em saúde, cf. GONÇALVES, 1994. Sobre o trabalho em Saúde, cf. GONÇALVES, 1992. Sobre a aplicação deste referencial para o alienismo do começo do século XX, cf. URQUIZA, 1991.

¹⁷- "não é apenas a aplicação imediata dos conceitos gerais que é abstrata; os dados empíricos imediatos são-no igualmente." GOLDMANN, 1984. p. 17.

estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo". (GONÇALVES, 1994, p. 18)

É conveniente destacar que ao processo de trabalho em saúde, dentro do modo de produção capitalista, é reservado um estatuto especial na medida em que, por um lado, seu produto não adquire a forma imediata de mercadoria e, por outro, as condições de sua geração e de seu consumo não se separam no tempo e no espaço. No entanto, ele não se diferencia de outros trabalhos na medida em que produz resultados que correspondem a necessidades. (GONÇALVES, 1992, p. 27)

Para fins analíticos, identifica-se na organização tecnológica do trabalho um núcleo "interno" constituído pela ação do agente, através de instrumentos (meios), sobre o objeto com vistas a um produto. É possível identificar esse núcleo com o momento mais técnico do trabalho. Por outro lado, é essencial levar em conta que essa ação é determinada, para além da prescrição modelar (como e o que fazer), por necessidades e finalidades (por que e para que fazer) que se encontram fora dela, no todo articulado das práticas sociais (DONNANGELO, 1979, p. 15). E é somente do ângulo dessas relações de determinação recíproca que se torna possível apreender a natureza sócio-histórica do trabalho humano.

No caso desta pesquisa, optou-se por lidar com a temática do saber psiquiátrico não apenas como um instrumento do trabalho em psiquiatria, uma vez que aquele permeia todos os momentos componentes deste, mas como dimensão epistemológica mais ampla.

O saber tem a sua participação na formação dos agentes e na definição e produção dos instrumentos diagnósticos e terapêuticos (como equipamentos, medicamentos). A própria anamnese psiquiátrica, que é também a aplicação de uma determinada racionalidade para identificar, na história que o paciente conta e na maneira como ele se comporta, um determinado estado mórbido, qualifica o sujeito colocando-o (ou não) como objeto do trabalho¹⁸. Além disso, o saber é produto do próprio trabalho. Ao ser produzido, ele pode ser revertido como instrumento, modificando o modo de operação do trabalho num momento seguinte; como produto que corresponde a uma satisfação, transforma as necessidades que impelem ao próximo trabalho; como produtor de maior eficácia, ou seja, "melhorando" a execução do trabalho com vistas à qualidade do produto, respalda socialmente a sua prática; e ao fornecer ao trabalho a característica de cientificidade, ou ao reforçá-la, legitima-o socialmente. Ademais, o trabalho em operação é também gerador de necessidades de saber.

Essa complexidade e permeabilidade do saber¹⁹, nas suas possibilidades de articulação tanto ao núcleo mais interno do trabalho em psiquiatria quanto às demais práticas sociais, num sentido mais ampliado, é que permitem que se

¹⁸ - "O processo contemporâneo de elaboração do diagnóstico médico é composto pela organização de fatos que dizem respeito principalmente à doença e secundariamente ao doente e que, evidenciados e encadeados de uma certa forma, levam à identificação da doença no doente. Para tanto, o trabalho médico dispõe hoje de **regras para fazer aparecer e organizar os sintomas e sinais**, de modo a que se possa conhecer a doença que afeta o doente, e **regras para propor a intervenção**." (DALMASO, 1991, p. 53, negrito no original). Deve ser observado, no entanto, que a anamnese psiquiátrica não guarda correspondência exata com a anamnese clínica médica, como se verá no capítulo seguinte do presente trabalho.

¹⁹ - Na conceituação desse saber inclui-se a contribuição científica que também o constitui, embora não exclusivamente, englobando o que DALMASO (1991, p. 20) chama de "saber operativo" (aquele que orienta diretamente o trabalho) e "saber científico". Conforme detectado no material empírico da presente investigação, não há, no entanto, obrigatoriedade de coerência entre esses dois saberes, como se verá mais adiante.

opte por tratá-lo como elemento componente do processo de organização do trabalho e não apenas como um instrumento do trabalho.

Para apreender a psiquiatria como instância de produção de cuidados na área das doenças mentais propõe-se aqui a observação de três dimensões básicas.²⁰ Enquanto técnica, a psiquiatria é ação fabricadora: trata-se de um trabalho, efetuado por um sujeito orientado por um conjunto de regras (os meios) que produz uma obra (o produto), seguindo um determinado modelo. A sua dimensão fabricadora reside no fato de que o produto é a saúde do outro. O re-establishimento da saúde mental de um indivíduo - que se constitui no produto do trabalho psiquiátrico - se encontra fora do agente do trabalho. A existência de regras prescritivas prévias à realização do trabalho técnico contribui para a falsa consciência do agente, na medida em que esses procedimentos normativos são tomados *a priori* como bons e necessários para o indivíduo - transformado em objeto do trabalho - e para o bem comum.

A "boa técnica" ao adquirir a aparência de totalidade conciliada - porque "cientificamente" orientada - exime o agente de questionar o 'núcleo duro'²¹ do

²⁰ - Essas três dimensões básicas correspondem à classificação aristotélica da totalidade dos saberes (a filosofia): os teóricos (epistemológicos) que dizem respeito ao próprio pensar humano que observa, examina, contempla e incluem a física, a matemática e a metafísica (a filosofia primeira ou teologia); os práticos (práticos) cuja finalidade é o aprimoramento do homem em suas ações e incluem a ética, a política e a economia; e os produtivos (técnicos ou poéticos) cujo fim se encontra na fabricação de uma obra, um produto e incluem a arquitetura, a medicina, a artesanaria, a retórica, a poética, a escultura, o drama. A esse respeito cf. MORRALL, 1981; PESSANHA, 1978; e CHAUÍ, 1994. Embora Aristóteles defina a medicina de sua época como saber exclusivamente poético, entende-se aqui que o trabalho psiquiátrico não se restringe à sua operação técnica. Tomar os saberes, conforme a classificação aristotélica, como dimensões do fato concreto permite apreender novas complexidades.

²¹ - "Nossos atuais questionamentos não atingem o 'núcleo duro' da técnica, qual seja, o momento em que a finalidade da intervenção é tecnologicamente construída e sua teleologia de ação útil, ação transformadora, efetivamente se cumpre" (SCHRAIBER, 1994. p. 8.) "desde quando haja disponibilidade de instrumentos adequados (...), o trabalho humano, enquanto atividade, pode ser realizado sem que o projeto do resultado esteja tensamente

trabalho. A ausência da consciência, por parte do agente, da natureza não asséptica de seu trabalho se constitui na forma de alienação²² na técnica.

Em sua dimensão de práxis a psiquiatria implica em questões éticas e políticas. O agente da práxis se encontra dentro dela mesma. O sujeito/agente do trabalho estabelece uma relação com o sujeito/objeto do trabalho (SCHRAIBER, 1994, p. 10) onde estão implicados assimetria e poder, técnica e valor. A psiquiatria reproduz valores morais e políticos no cotidiano de sua realização.²³ Políticos, na medida em que, enquanto aparelho público institucional de planejamento e gestão de assistência, toma para si, embora muitas vezes a contra-gosto de seus agentes, a tarefa de dar conta de determinadas dificuldades e necessidades imediatas de algumas categorias ou grupos sociais - os imigrantes, os camponeses sem terra, os desempregados

presente subordinando a vontade, o que vem a ser condição objetiva das específicas formas de alienação do trabalho que se efetivam nas sociedades capitalistas contemporâneas." (GONÇALVES, 1992. p. 11.)

²²- Uma exposição útil sobre o conceito de alienação em Marx pode ser encontrada em MÉSZÁROS, 1979.

²³ - É possível verificar que os escritos dos psiquiatras paulistas da primeira metade deste século são permeados por um grau importante de honestidade, o que, para o olhar de uma investigação realizada no fim do século, se assemelha à ingenuidade. Isso é claramente visível, por exemplo, na tranquilidade com que os antigos alienistas falam acerca da teoria da degeneração, defendendo, com fervor e amor à pátria, o grande auxílio que a "ciência psiquiátrica" pode prestar à sociedade, livrando-a das taras hereditárias, sem associar essa postura a qualquer posição política de caráter fascista. Isso não impede, por um lado, que alguns daqueles psiquiatras tenham adotado posições políticas pessoais de extrema direita (o que não quer dizer que tenha sido esta a regra, antes, parece ter sido sua exceção), e por outro, que a psiquiatria tenha de fato contribuído para a construção reacionária da ideologia eugênica (como pode ser evidenciado no caso da famosa Liga Brasileira de Higiene Mental). A esse respeito cf. COSTA, 1980. Essa verificação reforça, como se verá posteriormente, a natureza da articulação da psiquiatria às demais práticas sociais, mostrando que, se por um lado, o discurso e as propostas psiquiátricas são estruturantes dos discursos e das práticas sociais mais gerais, por outro, essa relação de determinação se dá no sentido inverso na medida em que também a psiquiatria se estrutura determinada pelas necessidades sociais colocadas.

urbanos, o lumpesinato.²⁴ Por outro lado, ao identificar dentre esses sujeitos aqueles portadores de tara, degeneração, constituição débil ou doença mental e torná-los objeto das mais variadas intervenções em função de distintas finalidades, os psiquiatras entram no terreno da avaliação moral.

O processo de redução de sujeitos a objetos da ação técnica do trabalho, particularmente quando esses sujeitos são vistos como "não valores sociais", "infelizes", "coitados", "tarados", "degenerados", portadores de "constituição débil", dentre outros julgamentos morais, redundava numa 'vitimização'²⁵ desses sujeitos - o que resulta numa redução de suas potencialidades como sujeitos. Esse fato permite e justifica que sobre esses sujeitos - assim tornados objeto - se apliquem intervenções de natureza técnica incerta, baseadas numa formulação moral de caráter igualmente duvidoso quando contraposta ao valor da igualdade: a de que, nesses casos, "é permitido tentar tudo".

Se para a medicina a tecnificação crescente dos procedimentos afasta da visibilidade imediata a sua dimensão moral constitutiva, para a psiquiatria, particularmente aquela da primeira metade do século, diagnóstico e terapêutica se realizam mais explicitamente como atos morais²⁶, além de técnicos. O próprio ato de diagnosticar se estrutura como juízo de apreciação moral. Apontar o doente entre os normais pressupõe a existência de um saber

²⁴ - "Se a antiga política de assistência nos parece hoje em dia um tanto ingênua é porque ela ainda diz explicitamente o que ela tem por função dissimular: a diferença entre as classes." (CASTEL, 1978, p. 273.)

²⁵ - "... o estado de vítima, de besta sofredora, de moribundo descarnado assimila o homem à sua subestrutura animal, à sua pura e simples identidade de ser vivo ..." (BADIOU, 1995, p. 25.)

²⁶ - A ação moral implica, por parte de seu sujeito, na motivação para o ato, num projeto de resultado, na consciência dos meios, dos fins e das consequências desse resultado. (VAZQUEZ, 1995, pp.61-66.)

discriminador. Este, para retornar ao começo, é produzido a partir da prática do trabalho, ela própria impregnada de moralidade. Assim, o ato do trabalho psiquiátrico coincide com o ato moral baseado numa normatividade que a série higiênica engendra.

Essa dimensão permite analisar o conteúdo ideológico da psiquiatria, tanto no que diz respeito à normatização da vida (na série da higiene) e à qualidade da técnica (na série curativa), quanto no que se refere aos meios e fins do trabalho efetivamente operado. É justamente a análise da articulação dessas séries o que permite a apreensão da função de controle social, na medida em que "a própria atividade do trabalho se revelará como normativa por excelência". (GONÇALVES, 1992, p. 27.)

O trabalho psiquiátrico, no que diz respeito à série curativa, atende a necessidades individuais, conscientes e objetualizadas²⁷ (tanto dos pacientes ou candidatos a pacientes quanto de seus familiares) - entendido o retorno à sanidade como o produto que satisfaz esses carecimentos, ou seja, como um fim em si mesmo. É preciso levar em conta, no entanto, que tais necessidades são determinadas sócio-historicamente, o que significa que a sua teleologia está dada fora e antes da operação técnica que produz o resultado. Essas necessidades "necessárias" são resultados do processo de "fetichização capitalista das necessidades" (GONÇALVES, 1992, P. 23) e substituem aquelas necessidades que dizem respeito ao desenvolvimento propriamente humano. É justamente na higiene que a psiquiatria desenvolve suas características de poder

²⁷ - HELLER (1986) organiza a teoria das necessidades em Marx caracterizando-as como "necessárias" (quando a sua satisfação serve para a reprodução do homem dentro de sua inserção social) ou "radicais" (quando a sua satisfação exige uma transformação social). Essas necessidades são sócio-historicamente produzidas, e somente apreensíveis na consciência individual de carecimentos objetualizados.

disciplinar, atuando como um saber organizador e estruturador de relações sociais que engendram necessidades "necessárias".

A psiquiatria produz um determinado conhecimento sobre as manifestações mentais humanas e seus desvios. Em sua dimensão epistemológica, ela agrega ao saber operativo um discurso com pretensão de verdade.

O saber da medicina mental não é propriamente uma ciência, mas se informa de algumas ciências, como a fisiologia, a patologia, a neurofisiologia, a psicologia, sem com elas se confundir e tampouco a elas se restringindo. Não se deve no entanto apressadamente concluir que a afirmação: 'a psiquiatria não é uma ciência' significa então, por oposição, que ela seja uma ideologia.²⁸ Não se trata aqui de fazer uma categorização visando à discriminação entre o que é ideológico²⁹ e o que é científico - e portanto não ideológico - e aplicá-la à psiquiatria, definindo-a numa ou noutra direção.

Seguindo Canguilhem, em relação à função, as ciências podem ser utilizadas com finalidade ideológica tanto quanto as ideologias. Neste caso, tal discriminação seria desprovida de sentido. No entanto, no que diz respeito ao

²⁸- As considerações que se seguem sobre ciência, ideologia e ideologia científica estão baseadas no artigo de Canguilhem "O que é uma ideologia científica?" in CANGUILHEM, 1977.

²⁹- "Ideologia é um conceito epistemológico de funções polêmicas, que se aplica aos sistemas de representações que se exprimem na linguagem da política, da moral, da religião e da metafísica. Estas linguagens apresentam-se como a expressão do que são as próprias coisas, enquanto são de fato meios de proteção e de defesa de uma situação, isto é, de um sistema de relações dos homens entre si e dos homens com as coisas. (...) no sentido que dá ao termo ideologia, Marx conservou o conceito de uma inversão da relação do conhecimento à coisa. A ideologia, que começou por designar uma ciência natural da aquisição de idéias decalcadas sobre o próprio real, pelo homem, passa a designar de ora em diante qualquer sistema de idéias produzido como efeito de uma situação inicialmente condenada a desconhecer a sua verdadeira relação com o real. A ideologia consiste num deslocamento do ponto de aplicação de um estudo." (CANGUILHEM, 1977, pp. 33-4)

seu conteúdo, as ciências se diferenciam das ideologias, na medida em que mantêm uma certa autonomia dos momentos de investigação em relação às determinações sociais e obedecem a procedimentos metodológicos que lhes conferem determinadas qualidades. No nível do conteúdo, além da diferenciação entre ciência e ideologia, é preciso ainda discriminar os conceitos de ciência e ideologia científica.

As ideologias científicas, na caracterização de CANGUILHEM (1977), são "todas as formações discursivas com pretensões a teoria" ou "sistemas explicativos" que se pretendem científicos e, no entanto, carecem de uma adequação da metodologia às características do objeto, uma vez que olham "de soslaio" para uma ciência já instituída procurando imitá-la. Além disso, encontram-se sobrepostas porém deslocadas do lugar que a ciência virá ocupar. Uma ideologia científica termina no momento em que "o lugar que ocupava na enciclopédia do saber se encontra investido por uma disciplina que operativamente dê provas da validade das suas normas de cientificidade" (CANGUILHEM, 1977, p. 36), ou seja, proporcione uma adequação entre o objeto e o método.

Não cabem aqui portanto as noções de que a ideologia científica seja uma 'ciência errada' ou 'má ciência', nem a de uma intencionalidade aprioristicamente colocada no sentido do obscurecimento da verdade do real.

"A ideologia científica é evidentemente o desconhecimento das exigências metodológicas e das possibilidades operatórias da ciência, no setor da experiência que esta procura investir, mas não é de modo algum a ignorância, o menosprezo ou a recusa da função da ciência." (CANGUILHEM, 1977, p. 36)

Tendo como pressuposto a existência de diferentes ciências com esquemas conceituais que se negam e se transformam ao longo do tempo adere-se, aqui, aos fundamentos da epistemologia inaugurada por BACHELARD (1978 ; s.d.) e seguida por Canguilhem.³⁰ Este último propõe uma história epistemológica, de inspiração bachelardiana, centrada na análise de conceitos regionais - referidos a um determinado objeto de conhecimento - identificando nesses conceitos permanências e descontinuidades - rupturas - e entendendo-os como verdades provisórias.

É a trajetória dos instrumentos de trabalho da psiquiatria em São Paulo - mais especificamente: as suas práticas terapêuticas, desde o período anatomopatológico de Pacheco e Silva na década de '20 até as primeiras utilizações da clorpromazina em meados dos anos '50 - que se seguirá nesta pesquisa. A hipótese a ser verificada é a de que a terapêutica se articula internamente à prática do trabalho psiquiátrico contribuindo, de maneira mais imediata, para a perseguição ao modelo médico e para a produção de saber, além de se constituir num instrumento da execução do próprio trabalho, cuja orientação não se dá numa 'via direta descendente: saber - ato', mas intercambiável e sofrendo determinações externas que partem da rede estruturada de necessidades socialmente produzidas. Ainda se espera apreender

³⁰ - Além das obras do próprio Canguilhem já citadas, Roberto Machado proporciona uma síntese bastante cuidadosa da história epistemológica do autor francês in MACHADO, 1981, (1ª Parte).

que, externamente, a terapêutica se articula com a estrutura social de forma mediatizada. Ou seja: por um lado, ao contribuir para uma aproximação da medicina mental à medicina, garante-lhe um estatuto de cientificidade que a legitima enquanto prática social; por outro, ao aumentar o saber sobre a loucura ou sobre os desvios de comportamento de maneira geral, instaura e amplia os processos de normatização.

Para o estudo dos tratamentos psiquiátricos recorreu-se ao exame de fontes empíricas distintas.³¹ Procurou-se verificar o que foi escrito na época acerca das modalidades terapêuticas empregadas e ouvir depoimentos de alguns médicos psiquiatras que já exerciam a profissão nas décadas de '40 e '50. Além disso, foram pesquisados prontuários clínicos da época.

O material empírico desta investigação foi abordado, e mesmo escolhido, segundo uma escala de valorização, não inscrita nele próprio³² mas a ele aplicada pela pesquisadora munida, *a priori*, de pressupostos teóricos. Foram esses pressupostos justamente que orientaram a eleição desses valores e não outros, dentro do conjunto de possíveis. Obviamente, não se trata aqui de uma concepção teorcionista que prescinde de dados; estes, porém, "por si só não são geradores de conceitos e de explicações. Sempre intervém uma problemática." (THIOLENT, 1987, p. 17.)

O intuito da investigação recai exatamente na subordinação da racionalidade teórica ao empírico - ao real concreto - e, num segundo momento,

³¹- No capítulo 2, a descrição do material empírico e das técnicas de coleta e análise se encontra exaustivamente explicitada.

³²- "Os sociólogos positivistas pretendem construir teorias não a partir de problemáticas prévias, mas sim a partir do processamento de dados de onde deveriam surgir os conceitos, as hipóteses e as teorias entendidas como generalizações de hipóteses empiricamente comprovadas. A crítica mostra que todas essas operações sempre são alimentadas por uma problemática implícita, muitas vezes ideológica." (THIOLENT, 1987, p. 17.)

na exposição de resultados enquanto 'concreto pensado' - o empírico re-posto em função da problemática colocada inicialmente e ao longo do trabalho de pesquisa.³³ Ao mesmo tempo, a própria formalização teórica se re-organiza em função de sua subordinação ao material empírico.

³³ - A respeito desse caminho da investigação para análise qualitativa de práticas em saúde, cf. SCHRAIBER, 1988.

CAPÍTULO 2

AS TÉCNICAS

Toda técnica é uma teoria em atos.¹ A eleição de um determinado instrumento implica uma escolha que além de ser técnica é também metodológica ou seja, orienta-se pelo ponto de vista teórico da investigação. A base empírica da presente pesquisa provém de fontes diversas. Fontes que, segundo uma 'aposta' da pesquisadora, se adequam ao objeto, às hipóteses e aos pressupostos metodológicos da investigação. Tal aposta é também uma hipótese de trabalho e deve ser verificado o grau dessa adequação. Para abranger o recorte que a pesquisa faz, ao focar a terapêutica psiquiátrica em São Paulo no período de 1923 a 1959, foram eleitas quatro fontes distintas: publicações, prontuários, questionários e entrevistas.

1- As publicações

Para obter dados sobre as diversas modalidades terapêuticas em psiquiatria, ou seja, sobre os instrumentos do trabalho psiquiátrico, empreendeu-se a seleção de artigos publicados no período em questão. As publicações utilizadas foram as de autores cujo trabalho tenha sido realizado em São Paulo. Foram também incluídos aqueles artigos de outros autores brasileiros que, sabidamente, exerceram influência sobre o discurso e a prática

¹- "A mensuração, os instrumentos quantitativos e, de modo geral, todas as operações da prática sociológica, desde a elaboração de questionários e a codificação até a análise estatística, são teorias em atos a título de procedimento de construção, consciente ou não, dos fatos e de relações entre os fatos." (BOURDIEU apud. THIOLENT, 1987, p. 44)

psiquiátricos paulistas, tais como Henrique Roxo, Gilberto de Macedo e José Lucena. Nesses casos, foram selecionadas preferencialmente artigos sobre terapêutica. Para o levantamento dessas publicações foi consultada a **Bibliografia Brasileira de Medicina** organizada por Jorge de Andrade Maia, responsável pela biblioteca da Faculdade de Medicina da USP durante muitos anos. Infelizmente esse trabalho não se encontra mais em sua completude original e os volumes consultados foram os ainda existentes no acervo da biblioteca da FMUSP.²

Além disso, percorreram-se todos os volumes das publicações do Juquery, desde o seu início como **Memórias do Juquery**, passando pelos **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo** (até o volume XVI - 1951) e terminando nos **Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo** do ano de 1959.³ Como esse periódico é tido como um dos mais representativos no que se refere à produção psiquiátrica paulista nas primeiras décadas deste século e como se trata da publicação oficial do órgão público estadual encarregado da gerência dos serviços de atenção à doença mental no Estado de São Paulo, foi efetuada sobre ele uma seleção mais detalhada de textos.

²- A saber: **Índice Bibliográfico Médico Paulista** - 1895-1936 - (volume II); **Índice-catálogo Médico Paulista** - 1860-1936 - (vol.I); **Índice-Catálogo Médico Brasileiro** - 1937-1938 - (vol.II); **Índice-Catálogo Médico Brasileiro** - 1939-1940 - (vol.III); **Índice-Catálogo Médico Brasileiro** - 1941-1952 - (vol.IV); **Bibliografia Brasileira de Medicina** - 1953-1956 - (vol.V); **Bibliografia Brasileira de Medicina** - 1957 - (vol.VI); e **Bibliografia Brasileira de Medicina** -1958- (vol.VII). Foram consultados os seguintes unitermos: alcoolismo, alienados, convulsoterapia, doenças mentais, esquizofrenia, moléstias mentais, paralisia geral, psicanálise, psicose maniaco-depressiva, psiquiatria.

³- Em 1965, o volume 32 passa a ser publicado sob o título **Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo** e a partir do volume 46 de 1986/87, **Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo**. Estes periódicos não foram consultados, no entanto, por se situarem além da limitação cronológica que a pesquisa recorta.

Após o levantamento procedeu-se ao arrolamento dos artigos, agrupando-os por modalidade terapêutica - tratamento moral, insulino-terapia, malarioterapia, abcessos de fixação, e assim por diante. Seleccionaram-se integralmente os artigos contendo descrições, opiniões e questionamentos dos psiquiatras acerca de seu trabalho.

Foram feitas várias leituras desse material. A primeira delas teve o intuito de fornecer uma idéia geral de como se estruturavam as publicações científicas da época, como os autores organizavam o seu material clínico e o articulavam com as teorias psiquiátricas vigentes. Tratou-se também de saber que tipo de questões estavam contempladas nos textos dos artigos. A detecção das lacunas de informação que esse material apresentou direcionou a busca de outras fontes, como se verá nos próximos itens constantes deste capítulo.

Em 1926 começam a aparecer os artigos contando sobre a impaludação artificial para o tratamento da paralisia geral progressiva. Esse tema se multiplica numa série de comunicações. Em seguida, a terapêutica psiquiátrica desaparece dos artigos científicos nos periódicos nacionais. Por uma dezena de anos, os artigos psiquiátricos se voltarão para a anatomia patológica do cérebro e suas possíveis correlações com o diagnóstico das doenças mentais, na tentativa de estabelecer conexões causais.

Quase nada foi encontrado, nos artigos pesquisados, que mencionasse as drogas usadas para o tratamento dos internos até a década de '30, com exceção dos remédios para a sífilis. Quando, raramente, alguma menção é feita a esse respeito são utilizados termos bastante genéricos como "tônicos" ou "sedativos" sem nenhuma especificação maior.

Em 1936 inicia-se uma série de publicações referentes ao emprego das terapias de choque pelo cardiazol e pelos comas insulínicos. Essas publicações

se prolongam até o fim da década quando então passam a dividir espaço com os artigos sobre a eletrochoqueterapia.

A primeira leitura mostrou ser possível o agrupamento dos artigos por modalidade terapêutica embora alguns deles abrangessem mais de um tratamento. Mostrou ainda que muitos dos autores organizam seus textos incluindo a descrição das condições concretas de operação do trabalho, expondo as dificuldades encontradas não só para a aplicação da terapêutica ensaiada como também para a análise dos resultados obtidos. Alguns tecem considerações acerca do significado das novas terapêuticas para a prática psiquiátrica e para a sociedade. Esses relatos 'paralelos' foram de grande utilidade na verificação das hipóteses da pesquisa.

Realizou-se uma segunda leitura direcionada para cada modalidade terapêutica em caráter específico. Neste segundo momento objetivou-se primeiramente a apreensão da técnica terapêutica empregada, observando-se sua operacionalidade, complexidade, frequência de acidentes e gravidade dos riscos. Procurou-se observar ainda os critérios de indicação e os critérios de melhora ou remissão utilizados para a exposição dos resultados, assim como algumas condições determinantes da viabilização deste ou daquele tratamento.

A terceira leitura incluiu, além dos artigos sobre técnicas de tratamento, alguns trabalhos mais teóricos e relatórios anuais das atividades do complexo Juqueri. Foram focalizados em especial os trechos dos textos, ou as "entrelinhas", que podiam fornecer subsídios para a análise da possível articulação das práticas terapêuticas em questão com: a) a viabilização e gerência do convívio dos pacientes e dos agentes do trabalho (médicos, pessoal auxiliar e administrativo) com as dificuldades internas à prática asilar cotidiana, como por exemplo, a superlotação, os precários recursos financeiros, de

pessoal e outros, principalmente no que se refere às instituições públicas, alvo prioritário das preocupações desta investigação; b) a construção do saber psiquiátrico, ou seja, do saber sobre o normal e o patológico na produção mental humana; c) a busca de aproximação com a medicina, ou seja, a tentativa de revestir a prática do trabalho, as intervenções e as teorias que parcialmente as orientam, de uma cientificidade médica.

Para o estudo da produção científica sobre a introdução dos neuroléticos, o material documental incluiu os trabalhos científicos de autores brasileiros publicados em periódicos nacionais sobre o uso da clorpromazina e da reserpina em psiquiatria, entre 1950 e 1959. Levando-se em conta o pequeno número desses artigos e o fato de que todos se tornaram de amplo conhecimento dos psiquiatras paulistas, de acordo com as informações colhidas nas entrevistas e nos questionários, optou-se por aproveitá-los todos.⁴

Para se chegar ao material documental foram consultados o **Cumulated Index Medicus**⁵; a **Bibliografia Brasileira de Psicofarmacologia** de Jorge PAPROCKI et al. (1972) que abrange o período de 1950 a 1970; a **Bibliografia Brasileira de Psicofarmacologia** de MADALENA ; PAPROCKI (1972), que cobre as décadas de 1948 a 1970; e o **Índice Catálogo Médico Brasileiro**.⁶ Além disso, foram pesquisadas as indicações bibliográficas constantes nos artigos que iam sendo encontrados. Levantaram-se, número a número, as publicações

⁴- O levantamento bibliográfico foi feito pesquisando-se os unitermos: alienação, ampicilil, clorpromazina, doenças mentais, drogas psicotrópicas, esquizofrenia, neurolépticos, neuroplégicos, neurose, psicofarmacologia, psicofarmacoterapia, psiconeurose, psiquiatria, *rauwolfia* e reserpina.

⁵- Até 1956: **Quarterly Cumulative Index Medicus**, a partir de 1957: **Current List of Medical Literature** e após 1960: **Cumulated Index Medicus**.

⁶- Cf. nota (2) acima.

do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo⁷ durante a década de '50.

No que se refere à literatura internacional, foram consultados os volumes do **Quarterly Cumulative Index Medicus**⁸ a partir de 1952 apenas para se obter uma visão do montante da produção internacional e do grau de defasagem temporal entre essa produção e a nacional.⁹ No volume relativo ao ano de 1953 aparecem as primeiras referências de 6 artigos cujo título é sugestivo do uso da clorpromazina em psiquiatria; os demais e anteriores dizem respeito ao uso da clorpromazina em técnicas de sono prolongado e coquetéis líticos. Em 1954 constam 26 artigos sobre a clorpromazina e 1 sobre a reserpina. Em 1955 a produção internacional já é bastante farta: 75 artigos sobre o uso psiquiátrico da clorpromazina e 48 sobre a reserpina; dentre os últimos, o de GARCIA ; FERREIRA (1955).

Foram levantados, entre os anos 1950 e 1959, 16 artigos de autores brasileiros (publicados em periódicos nacionais) sobre o uso da clorpromazina e da reserpina (6 e 10 respectivamente). À catalogação verificou-se que nem todos os artigos apresentavam um mesmo desenho de pesquisa, uns descrevendo ou analisando uma amostra em geral modesta e outros limitando-

⁷- Cf. nota (3) acima e texto relacionado.

⁸- O **Quarterly Cumulative Index Medicus** inclui os artigos constantes nos seguintes periódicos nacionais: **Anais da FMUSP**, **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia**, **Arquivos Brasileiros de Medicina**, **Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**, **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, **Brasil Médico**, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, **Neurobiologia**, **Revista Brasileira de História da Medicina** (numeração incompleta), **Revista Brasileira de Medicina**, **Revista do Hospital de Clínicas da FMUSP**, **Revista Médica Brasileira**, **Revista Médica da Aeronáutica** (numeração incompleta), **Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo** e **Revista Paulista de Medicina**.

⁹- Foram objeto do levantamento os unitermos: *chlorpromazine*, *mental diseases*, *psychiatry*, *psychopharmacology* e *reserpine*.

se à exposição de teorias acerca da utilização clínica dessas drogas em pacientes psiquiátricos. Há ainda três artigos que não tratam especificamente dos fármacos em questão mas incluem alguns comentários sobre seu uso.

Em 1954 aparece nos periódicos nacionais uma série de artigos acerca do uso da clorpromazina como componente de coquetéis líticos nas técnicas de sono prolongado e nas de hibernação segundo Laborit. Somente alguns artigos dessa série foram arrolados para análise por não ser esse ainda o uso do neuroléptico pertinente ao presente estudo.

O primeiro artigo nacional sobre o uso propriamente psiquiátrico dos neurolépticos data de 1954. Trata-se de um trabalho de João S. Campos, Roched A. Seba e Osmar F. Pinto, médicos da Clínica Psiquiátrica do Sanatório N. S. Aparecida no Rio de Janeiro, sobre o emprego da *rauwolfia Selowii*¹⁰ em psiquiatria. Nesse mesmo ano pode-se encontrar no periódico **Publicações Médicas** um texto sobre o Amplictil e seus usos em psiquiatria em forma de bula (RHODIA, 1954). Como não consta o nome de nenhum autor, como o citado periódico é uma publicação do laboratório que fabrica essa medicação e dada a forma peculiar do artigo, parece tratar-se de material de divulgação.

Em 1955 aparecem os dois primeiros estudos clínicos em publicações nacionais sobre o uso da clorpromazina. Trata-se do trabalho de Spartaco Vizzotto, Roberto B. Tomchinsky, Josaphat F. Góes e Luiz J. Fiore utilizando clorpromazina, como droga única ou associada a outras drogas ou a terapêuticas biológicas, em 71 pacientes do Hospital de Juqueri. A segunda publicação é um pequeno artigo de Norival Sampaio, psiquiatra do Hospital Juliano Moreira, na Bahia, contando sobre o trabalho "de fôlego" do Prof. Nelson Pires e colaboradores: uma observação de 110 doentes tratados pela

¹⁰ - Planta brasileira, espécie do gênero *Rauwolfia*.

clorpromazina, apresentado no 1º Colóquio Internacional sobre a Clorpromazina¹¹. Nesta nota o autor apresenta resumidamente a terapêutica pela clorpromazina em três dos pacientes estudados por Nelson Pires, pretendendo reproduzir sinteticamente seus resultados e conclusões. O Boletim do Hospital Juliano Moreira traz em seu último número de 1955 um artigo de Alípio Branco e Cedraz sobre "Terapêutica da agitação", em que a clorpromazina é um dos recursos terapêuticos utilizados ao lado de tratamentos mais tradicionais.

Dois artigos sobre a reserpina são publicados em 1955. Um deles é o de J. Alves Garcia e Luzitano R. Ferreira, do Centro Psiquiátrico Nacional no Rio de Janeiro. Trata-se de um apanhado teórico sobre a reserpina, seu histórico, mecanismos de ação, posologia e resultados. Utiliza relatos parciais de alguns casos clínicos para exemplificar as suas afirmações. O segundo artigo é um estudo do tratamento pela reserpina, realizado por Stanislau Krinsky, Cléo Lichtenstein e Aldo Miletto, em 17 pacientes femininas, sendo 9 menores, no Hospital do Juqueri.

Em 1956 Henrique Roxo publica um artigo no qual cita a clorpromazina e a reserpina, suas indicações e técnicas de utilização, além dos diferentes recursos terapêuticos que recomenda (como os extratos fluidos de plantas medicinais). Nesse mesmo ano são publicados dois artigos específicos sobre a reserpina. O de Clóvis Martins estuda 54 pacientes mulheres tratadas exclusivamente com a reserpina no serviço da Faculdade de Medicina da USP. O segundo, de Gilberto de Macedo, estuda os resultados da utilização da reserpina em 83 doentes: 50 doentes internados no Hospital "Portugal

¹¹ - Realizado em Paris sob a presidência de Jean Delay, em outubro de 1955. Alguns autores brasileiros expuseram lá. Infelizmente, não se teve acesso aos anais deste congresso.

Ramalho" em Maceió e 33 pacientes ambulatoriais (clínica privada). Ainda em 1956, José Lucena e colaboradores publicam um artigo onde expõem sua experiência com o emprego da clorpromazina em 77 pacientes do sexo feminino internadas no Hospital de Alienados de Recife.

Em 1957 são publicados 3 artigos sobre o uso psiquiátrico da reserpina. O primeiro é de J. Silva Nunes, psiquiatra do Sanatório Dr. Henrique Roxo de Pelotas, RS, e conta o caso de uma paciente "mentalmente perturbada que desenvolveu um quadro de morfinismo terapêutico" e foi tratada com reserpina. Os outros dois são de José Lucena, professor da clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Recife. O primeiro deles (LUCENA et al., 1957a), escrito para o II Congresso Internacional de Psiquiatria (Zurich, 1957), refere-se aos resultados do tratamento de 80 mulheres esquizofrênicas. O material clínico do segundo trabalho (LUCENA et al., 1957b) inclui 50 doentes mentais de variados diagnósticos. Os resultados são expostos agrupando-se os pacientes pelo diagnóstico e há alguns relatos sumários de casos a título de exemplificação. Esses relatos de caso se constituíram em material muito útil à presente investigação, uma vez que permitiram observar como eram feitos os diagnósticos, aplicada a terapêutica (indicações, posologia, duração, associação com outras drogas ou com métodos biológicos ou outros, etc.) e formulados os critérios de "melhora" ou "cura".

Também do Prof. Lucena é o artigo sobre o uso da clorpromazina na esquizofrenia (LUCENA et al., 1957c). Ivan Ribeiro, psiquiatra do Instituto Raul Soares de Belo Horizonte, e o acadêmico Antônio R. da Silva publicam um artigo em 1957, no qual transcrevem sua experiência com a utilização da clorpromazina para o tratamento de 49 pacientes com diferentes diagnósticos psiquiátricos. Além de fornecer os resultados para cada agrupamento

nosológico, com o relato sucinto de alguns casos para exemplificar, os autores montam um quadro com algumas características do desenvolvimento clínico dos 49 pacientes, como diagnóstico, duração do tratamento e dose máxima diária, resultados e observações.

O primeiro trabalho brasileiro sobre a impregnação neurolética como técnica terapêutica foi publicado também em 1957. Trata-se do artigo de Antônio Carlos Pacheco e Silva, Henrique Marques de Carvalho e Roberto Fortes onde é relatada a experiência dos autores com a administração de doses crescentes de clorpromazina a 46 pacientes do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP até ser atingido o "síndrome de impregnação" - estado em que era mantido o doente por um período entre 15 e 30 dias. Os resultados são expostos num quadro em que os pacientes estão agrupados segundo o diagnóstico. Alguns pacientes foram submetidos a exames complementares antes e depois do tratamento para se verificar a existência de possíveis efeitos colaterais.

Em 1958 foi encontrado um único artigo tratando do uso da reserpina associada ao cloridrato de metil-fenidilacetato. Nesse artigo, Gilberto de Macedo observa a evolução de 100 pacientes com quadros mais brandos - basicamente os "que fazem parte do quadro das psiconeuroses"- de ambulatório e clínica privada tratados com o composto acima mencionado por 1 a 3 meses. Os resultados são expostos num quadro-resumo por referência ao diagnóstico e noutro quadro por referência aos sintomas considerados. Não há nenhum relato de caso nem são explicitados os critérios para diagnóstico ou para a categorização dos resultados: "muito bom", "bom" e "negativo".

É novamente Ribeiro, juntamente com seus colaboradores, quem, em 1959, publica um estudo de 33 casos de "pacientes com quadros psiquiátricos

principalmente agudos" tratados pela reserpina. Seus resultados são apresentados segundo os grupamentos diagnósticos. Alguns casos exemplares são resumidos. Ainda em 1959 Zaldo Rocha, assistente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, publica um artigo sobre o uso de "drogas tranqüilizadoras" em psiquiatria infantil. Nesse artigo comenta os resultados de algumas medicações por referência a algumas entidades nosológicas, as "mais freqüentemente observadas na infância".

Ultrapassada a fase de levantamento e arrolamento, empreendeu-se à leitura sistemática dos 16 artigos com vistas a uma categorização que teve por base os critérios metodológicos e técnicos utilizados pelos autores, as indicações, a análise dos dados e as conclusões, levando-se em conta, principalmente, o grau de crítica com que foram avaliados por um lado os resultados e por outro a própria utilização das drogas psicotrópicas na prática do trabalho.

Além dessas publicações, uma grande quantidade de material acerca do lançamento e período inicial de utilização da clorpromazina foi obtida na biblioteca dos laboratórios Rhodia. Além de um vasto material de propaganda da especialidade farmacêutica, foram selecionados diversos trechos do jornal dos propagandistas-vendedores da Rhodia em que estes relatam as mais diversas experiências de suas visitas aos psiquiatras da época.

2- Os prontuários

Até praticamente a década de 1940, a psiquiatria paulista se limitava a alguns hospitais particulares e, no que se refere à gerência pública - estatal do doente mental, o trabalho se concentrava ou quase se resumia ao Hospital de

Juqueri. Tendo sido este último o local, por excelência, onde se produziram conhecimentos, ensaiaram-se práticas e se formaram os novos psiquiatras, optou-se por restringir a obtenção de dados de prontuário ao Juqueri.

A partir de 1909 os prontuários estão dispostos nas prateleiras do SAME do Juqueri seguindo a ordem da data de entrada e separados os dos homens dos das mulheres. Essa separação entre prontuários mulheres e homens faz com que para cada número de sequência haja 2 prontuários: um feminino e um masculino. Após 1936 obedecem a uma ordem numérica de matrícula (o RG, como é chamada) e esta coincide com os momentos de admissão, não havendo mais a separação por gênero. Como este estudo não tem nenhuma finalidade quantitativa, no sentido de empregar técnicas de verificação de graus de significância estatística para validação dos achados, não foi realizada randomização para a escolha dos prontuários a serem lidos. Essa escolha, ao contrário, foi determinada justamente pelas lacunas de informação que as publicações apresentaram, conforme comentado acima.

Foram vistos aproximadamente 300 prontuários do período compreendido entre 1923 e 1936. Essa grande quantidade se impôs principalmente devido à escassez de dados neles registrados. Os "decursos" - como eles denominavam o que hoje se conhece por "evolução" - eram registrados com intervalos de muitos anos entre um e outro. Em muitos prontuários só se podem encontrar as anotações de entrada (e mesmo estas, algumas vezes, eram realizadas até anos depois da internação do doente¹²). Se, por um lado, como fonte de dados específicos sobre terapêutica esse fato é

¹²- Um prontuário foi visto pela pesquisadora, no qual só havia uma anotação contando que a doente havia falecido antes que o alienista pudesse ter registrado os seus dados de anamnese e diagnóstico, apesar de já contar a paciente com vários meses de internação.

bastante frustrante, por outro, é extremamente revelador das condições concretas com que se operava o trabalho naquela época.

Além das citadas, mais uma dificuldade se colocou para a obtenção dos dados acerca dos tratamentos realizados, particularmente os medicamentosos. A partir da década de '30, os prontuários passam a arquivar também as fichas de prescrição, que se tornam individuais.¹³ Tais fichas foram compostas com espaços reservados para o registro da data, nome da droga, finalidade daquela medicação e forma de administração. Em 1932, Edgar Pinto Cesar organizou o "primeiro formulário para uso dos Hospitais da Assistência a Psicopatas de São Paulo. Não foi ele impresso mas, somente mimeografado e assim foi entregue ao uso." (CESAR, 1941, p. 1) Nas fichas de prescrição raramente estão preenchidos os campos referentes à indicação do uso da droga e o que se registra é o número da fórmula e não o nome do medicamento que lhe é correspondente.

Em 1941 "os exemplares existentes, já gastos e estragados pelo longo manuseio" são substituídos por um formulário impresso (CESAR, 1941, p. 1). Como novas fórmulas são acrescentadas, a numeração, nos dois formulários (o de 1932 e o de 1941), não coincide. Não foi possível encontrar um exemplar sequer do antigo formulário, o que dificultou sobremaneira o trabalho de cotejo

¹³ - Antes disso, a prescrição era anotada num livro de enfermaria, onde constavam as observações diárias de cada pavilhão. Constam, invariavelmente, ano após ano, desses registros diários as seguintes informações: doentes que pernoitam no pavilhão: (*número de doentes*) e no pavilhão dos observados: (*número de doentes*); faleceu: (*nome(s)*); saída(s): (*nome(s)*); brigaram: (*nomes*); Tratamento - punção lombar: (*nome(s)*), operação (usualmente suturas): (*nome(s)*), injeções: (*nomes dos doentes e números das fórmulas respectivamente*), curativos (supõe-se que a maioria seja para abscessos de fixação): (*nomes*), medicados: (*nomes e temperatura*) e camisola: (*nome(s)*); ataques: (*nomes e número de ataques correspondente*); visita: (*nome do médico*); empregados- existem: (*número de funcionários*), faltam: (*número sempre alto de faltosos*) e ronda: (*nome do funcionário da ronda*). Obs. Todos os nomes dos pacientes são escritos com sobrenome completo.

dos dados clínicos registrados nos prontuários com as anotações da ficha de prescrição. Afortunadamente, alguns alienistas, numa ou noutra ocasião, se deram ao trabalho de transcrever, ao lado do número da fórmula, a sua composição, de tal maneira que, após um exaustivo trabalho de 'paleontologia', conseguiu-se a reprodução de fragmentos do antigo formulário, o que permitiu inclusive que se confirmasse não corresponderem os números de suas fórmulas às do novo.

Observou-se que, a partir de 1937 ou por volta disso - quando se inicia a utilização das terapias biológicas (cardiazol, insulina e, posteriormente, eletrochoque), as publicações trazem maior riqueza de dados do que os prontuários, estes últimos sempre muito sucintos e parcimoniosos nos registros. Observou-se, ainda, que as evoluções clínicas, registradas com intervalos de alguns anos entre uma e outra, não coincidem cronologicamente, na maior parte das vezes, com os registros da medicação prescrita, o que impossibilitou uma correlação entre esses dados, que teria sido muito esclarecedora para a finalidade desta pesquisa.

Verificou-se que os artigos publicados trazem muito mais detalhes acerca desse tipo de correlação (entre o estado do paciente e a terapêutica proposta) e que se constituem em material de melhor qualidade para o seu estudo. Não se pode negar, no entanto, que alguns dados bastante curiosos foram obtidos com a leitura desses prontuários.

A partir de 1939 há um aumento brutal no número de pacientes internados no Juqueri, de modo a estenderem-se por várias prateleiras as pastas de prontuários arquivadas no SAME, prolongando-se até a década de '50.

Os prontuários com número de registro geral correspondendo aos anos de 1954 a 1956 foram, novamente, alvo de leitura mais freqüente, interessando

esse período em vista da introdução da reserpina e da clorpromazina na terapêutica psiquiátrica. No entanto, os dados registrados nos prontuários dessa época não acrescentaram muita novidade às informações que já tinham sido obtidas pelo exame dos artigos publicados sobre os novos e "revolucionários" fármacos.

Além da busca de informações específicas referentes às modalidades terapêuticas utilizadas no período estudado, a leitura dos prontuários foi importante porque permitiu verificar o tipo de formulação que os psiquiatras faziam sobre os pacientes, as doenças mentais, o diagnóstico, o prognóstico, ou seja, como reproduziam e aplicavam o saber psiquiátrico. Ademais, a leitura dos prontuários permitiu um contato mais próximo com o que era, de fato, a prática cotidiana do hospital, possibilitando assim, uma melhor apreensão das condições concretas do trabalho realizado.

3- O Questionário

Durante a elaboração do projeto inicial desta pesquisa, foram realizadas cinco entrevistas com psiquiatras que já exerciam essa atividade profissional no início da década de '50. Naquele momento o roteiro proposto situava os seguintes aspectos: a prática clínica no período anterior ao advento dos primeiros neuroléticos, o contato inicial com a reserpina e/ou a clorpromazina, as primeiras experiências com essas drogas e a avaliação atual daquele período. Explicavam-se resumidamente o objeto da pesquisa e o objetivo da entrevista e deixava-se o entrevistado livre para falar na forma e seqüência que melhor lhe aprouvesse. A análise dos temas emergentes nessas entrevistas orientou a

confeção de um questionário mais dirigido e delimitado, com um grau muito maior de restrição à livre manifestação do informante.

Com a ajuda da secretaria da Associação Brasileira de Psiquiatria, que forneceu uma lista de psiquiatras associados, do Estado de São Paulo, com registro de data de nascimento anterior a 1930, além de outros nomes já conhecidos, foram efetivados os contatos pertinentes. O questionário, juntamente com uma carta¹⁴ de apresentação da pesquisadora e dos propósitos da pesquisa foi enviado a cada um dos 34 psiquiatras viabilizados, na expectativa de uma boa receptividade, uma vez que se tratava de uma população com nível intelectual bastante sofisticado e, imaginava-se, sensibilizada para a questão da pesquisa científica. Tais observações foram enfatizadas na carta que acompanhou cada questionário, onde também se procurou mostrar a oportunidade da pesquisa.

Como um dos últimos itens do questionário a ser preenchido foi uma solicitação de sugestão de nomes de colegas que se enquadrassem no perfil do estudo, foram acrescentados 8 nomes e enviados 42 questionários ao todo. O retorno foi bastante heterogêneo. Dois psiquiatras recusaram-se a responder o questionário comunicando sua decisão à pesquisadora, um deles, por carta, e, pelo telefone, o outro. Um terceiro enviou à pesquisadora seu memorial e propôs-se a ser entrevistado, mas não preencheu o questionário. Três questionários foram devolvidos pelo correio por inexistência do endereço. Dezenove questionários simplesmente não foram devolvidos. Dos 18 questionários preenchidos e reenviados à pesquisadora, 10 não se enquadravam nos pré-requisitos da pesquisa: em 8 deles constava terem os profissionais praticado outra especialidade e terem se tornado psiquiatras apenas durante a

¹⁴ - Vide volume anexo.

década de '60; um iniciou a prática psiquiátrica em meados de 1955 e por isso manifestou-se impossibilitado de responder à maioria dos itens do questionário; e o último, apesar de ter trabalhado no Hospital de Juquery durante todo o período que o questionário abrangia, julgou não ter nada a dizer por nunca ter sido psiquiatra, tendo outra especialidade.

Por fim restaram 8 questionários preenchidos e úteis para a investigação. Dado o número tão reduzido, resta comentar sobre sua utilidade. Obviamente, por critérios estatísticos, não se trata de uma amostra representativa do pensamento de todos os psiquiatras dentro dessa faixa etária e atividade profissional. Isso não invalidou, no entanto a possibilidade de se utilizarem os questionários, não para generalizações, mas para análise de conteúdos específicos, como "textos de autores".¹⁵ Além de produzir textos preciosos, uma outra grande utilidade dos questionários foi facilitar o acesso da pesquisadora aos psiquiatras e fazer com que eles manifestassem o seu interesse e disponibilidade em relação à entrevista.¹⁶

¹⁵ - No entanto, chama a atenção uma certa monotonia nas respostas ao questionário, o que dá a impressão de que esse poderia ser um padrão esperado para a população de informantes potenciais, ou que o questionário foi formulado de tal maneira que estreitou em demasia a possibilidade de estimular as contribuições singulares, dando margem apenas a respostas estereotipadas. Posteriormente as entrevistas realizadas vieram a reiterar essa homogeneidade percebida nos questionários.

¹⁶ - Embora seja visão corrente entre os pesquisadores que o questionário não deve preceder a entrevista, uma vez que resulta num processo de contaminação da mesma, foi considerado que, para a categoria alvo desta investigação o questionário prévio apresentou como efeito uma valorização do tema por parte dos entrevistados e avivou-lhes lembranças. Além disso, tratou-se, neste caso, da coleta de depoimentos e não de histórias de vida. De qualquer maneira, nem todos os entrevistados nesta investigação tiveram contato prévio com o questionário. "Questionários e entrevistas são consideradas como técnicas complementares. Regra geral, pratica-se entrevista não diretiva em estudo-piloto para determinar a formulação do questionário. Após aplicação do questionário, ou no seu decorrer, são realizadas outras entrevistas com indivíduos privilegiados para esclarecer ou aprofundar certas respostas, ou certos quadros de referência de respostas." (THIOLENT, 1987, p. 32)

4- As entrevistas

A história oral é uma técnica de obtenção de dados que tomou maior impulso a partir da década de '50. Com o advento do gravador, tornou-se grandemente facilitada e sua utilização se expandiu. A psicologia social e a sociologia têm já acumulada grande experiência com essa técnica, apesar de os autores comentarem que a experiência prática do uso do gravador para a história oral, nessa última área de investigação, ultrapassa em muito a reflexão teórico-metodológica que deveria sempre acompanhá-la.¹⁷ A história oral compreende as histórias de vida e os depoimentos. As primeiras, inicialmente utilizadas pela psicologia, destinavam-se ao estudo dos indivíduos a partir da observação de como eles próprios contavam a história de sua vida. A referência aos acontecimentos externos só interessava na medida em que o indivíduo em questão se relacionava com eles e era por eles influenciado a partir de parâmetros internos, pessoais, priorizando-se assim a questão da subjetividade. A utilização das histórias de vida para a sociologia, por outro lado, tem implicações metodológicas distintas por colocar de imediato algumas polaridades: individual / social, singular / coletivo, subjetivo / objetivo, fato / versão (representação).

As histórias de vida requerem longo tempo de coleta. Um contato prévio entre pesquisador e narrador deve ser realizado para que o trabalho, uma vez começado, não se dê em clima de desconfiança ou hostilidade. Uma boa relação entre ambos é condição necessária para a obtenção de um bom produto.

¹⁷- A esse respeito cf. QUEIROZ, 1983, BRIOSCHI ; TRIGO, 1987 e o capítulo 7 "A história de vida na investigação sociológica: a seleção dos sujeitos e suas implicações" in: FERNANDES, 1971.

Dado que nenhuma entrevista deve alongar-se por mais de 2 horas, pois o cansaço perturba o seu andamento, vários contatos precisam ser realizados para que se obtenha a totalidade do material de uma história de vida.

Raramente é possível, tendo em vista a grande limitação de recursos das pesquisas realizadas em nosso país, obter-se grande quantidade de histórias de vida problematizando um mesmo objeto de investigação. Em geral as histórias de vida não se constituem na única fonte de dados para um estudo sociológico. Os dados obtidos pelos relatos de histórias de vida devem ser cotejados com material empírico obtidos em outras fontes.

Quando se pretende estudar uma situação social delimitada, determinado acontecimento, instituição ou momento histórico, é possível lançar mão de outra técnica da história oral, que não a história de vida: o depoimento pessoal ou testemunho. Neste caso os relatos são mais curtos, podem ser realizados em maior número, contando-se com uma diversidade maior de informantes. Os pressupostos teóricos são os mesmos que justificam as histórias de vida, pois não é a quantidade de testemunhos que aproxima ou afasta a possibilidade de uma abordagem do fenômeno social através de relatos individuais, mas sim essa característica de ser, cada testemunho, concomitantemente individual e social.

A escolha dos informantes é determinada principalmente pelo objeto da pesquisa - o que se quer estudar - e pela maneira como o problema está pré-formulado (QUEIROZ, 1983, p. 165). Para o estudo da terapêutica como instrumento do trabalho médico psiquiátrico e sua articulação com a formação do saber, julgou-se necessário obter testemunhos de médicos psiquiatras que tivessem vivenciado o período abrangido pela pesquisa. Dada a remota possibilidade de ainda existirem psiquiatras vivos que já exercessem a

profissão desde a terceira década do século, foram colocados dentro do universo de possíveis informantes aqueles que vivenciaram, pelo menos, a terapêutica psiquiátrica imediatamente anterior aos neuroléticos e a introdução dessas novas drogas e suas primeiras utilizações.

Um dos grandes méritos da aplicação da história oral é justamente possibilitar o acesso a acontecimentos passados relatados por seus atores originais; neste sentido a maioria das investigações nessa área colhe memórias de velhos¹⁸. Como se trata de verificar os nexos estabelecidos entre as intervenções utilizadas pelos psiquiatras (a terapêutica) e o saber psiquiátrico, optou-se por entrevistar somente médicos psiquiatras e não outros participantes do processo do trabalho, como auxiliares de enfermagem, pacientes, pessoal auxiliar, familiares de pacientes, etc. Atualmente, dada a extensão da implantação de equipes multidisciplinares com uma notável parcelarização do trabalho e dada a abrangência do campo da Saúde Mental, não seria mais possível um estudo sobre o trabalho nesta área em que só fossem alvo da investigação os psiquiatras.

Como já foi assinalado anteriormente, o retorno dos questionários enviados permitiu que se conhecessem, dentre os seus respondentes, aqueles

¹⁸ - Entre eles o excelente estudo de Ecléia Bosi sobre a memória social (BOSI, 1983). Na área da saúde cf. SCHRAIBER, 1988.

que estavam dispostos a se submeter ao processo de entrevista¹⁹. Nem todos os entrevistados, no entanto, responderam ao questionário e nem todos o receberam, de tal forma que o universo dos respondentes do questionário não se confunde com o universo dos entrevistados apesar de haver uma região de intersecção entre os dois grupos. Nenhuma entrevista, no entanto, foi realizada sem que tivesse havido algum contato prévio no sentido de se perceber o interesse do psiquiatra em participar da atividade.

Foram colhidos testemunhos orais, gravados em fita, de 7 psiquiatras, cujo trabalho clínico iniciou-se ainda na década de 1940 ou antes. Não se fez distinção, na escolha dos informantes, entre 'psiquiatras comuns' e 'psiquiatras intelectuais'. Portanto não se discriminaram os trabalhadores clínicos dos trabalhadores com produção científica ou acadêmica. Embora posteriormente o grupo de narradores viesse a se definir individualmente pela carreira acadêmica, psiquiátrica clínica (em hospital psiquiátrico e/ou consultório) ou psicanalítica, no período estudado - início da carreira de quase todos - ainda

¹⁹ - "(...) a seleção das pessoas a serem entrevistadas intensivamente não obedece a regras mecânicas. A seleção supõe a disponibilidade do entrevistado, a qual não é previsível antes de um primeiro contato. A seleção resulta de uma avaliação da relevância ou da representatividade social (não estatística) das pessoas. Tal avaliação fica por conta da "intuição" dos pesquisadores." (THIOLENT, 1987, p. 34) A disposição do informante para a tarefa de narrar é fundamental para a obtenção do material desejado. Uma das primeiras entrevistas realizada pela autora, ainda durante a execução do projeto desta pesquisa, foi feita inadvertidamente em relação a esse aspecto. Isso resultou num "material frustrado", desprovido de interesse para a pesquisa. O entrevistado mostrou-se bastante enfadado com a problemática proposta, dava mostras à pesquisadora de que dispunha de pouquíssimo tempo para a tarefa, não concordou em falar livremente solicitando que lhe fossem colocadas as perguntas objetivamente e deu por encerrada a entrevista ao cabo de vinte minutos. É interessante notar que este informante, particularmente, era considerado pela pesquisadora como uma fonte preciosa de informações, dada sua notória relevância para o período estudado.

não estava colocada claramente essa distinção²⁰. Na verdade, apesar de na atualidade os entrevistados comporem um grupo razoavelmente heterogêneo (alguns psicanalistas, outros professores universitários e outros psiquiatras clínicos com prática de consultório e/ou hospital psiquiátrico), constatou-se, pelos questionários e entrevistas, que quase todos durante o período estudado compunham um mesmo perfil, a saber: curso de medicina em São Paulo (poucos no Rio de Janeiro e um em Minas Gerais) e formação psiquiátrica no Hospital de Juqueri, após a graduação médica. Raras foram as exceções a um ou outro item desse perfil comum²¹.

Todas as entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora. Muitos autores de história oral indicam a importância disso, uma vez que o pesquisador tem conhecimento sobre o assunto a ser tratado na entrevista. Além disso, o contato interpessoal no momento da entrevista é rico material de observação. Dadas essas duas condições, é possível obter-se uma melhor apreensão do narrador e das informações que ele presta.

O ambiente que o ator oferece para a entrevista, a sua disponibilidade para realizá-la, o gestual, as hesitações, os diálogos que se dão com o gravador desligado, todos esses elementos são de extrema utilidade para a avaliação da qualidade do material obtido, o qual, uma vez transformado em texto, transcrito, perde grande parte de sua inteireza e riqueza iniciais. Juntamente com as impressões do entrevistador sobre o entrevistado e a entrevista, eles são

²⁰ - Ao lembrar o vivido, quem lembra já não é mais somente aquele que vivenciou o narrado, mas alguém que já passou por várias outras situações posteriores e que no momento em que narra tem um julgamento e uma avaliação que estão relacionadas a toda sua história de vida, anterior e posterior ao período delimitado.

²¹ - A impressão obtida em relação à trajetória dos psiquiatras dessa faixa etária, poder-se-ia configurar na imagem de um funil invertido, onde as origens seriam muito próximas e os desenlaces distintos.

registrados no chamado 'caderno de campo', importante fonte de informações para o pesquisador.

Os testemunhos foram colhidos tentando a pesquisadora manter uma semelhança formal em todos os casos. No início da entrevista, explicitava-se o objeto da pesquisa, especificando-se o período abrangido e a ênfase na terapêutica, solicitando-se uma narrativa que estivesse calcada na experiência clínica e na vivência cotidiana do trabalho durante o período em questão. Apesar das explicitações e solicitações mencionadas, os narradores estruturaram seus depoimentos de maneiras bastante distintas, havendo muitas extrapolações tanto cronológicas quanto temáticas. Fato que de resto já era esperado, uma vez que a bibliografia consultada sobre história oral refere com frequência a existência dessas extrapolações, as quais, longe de serem encaradas como obstáculos ao bom andamento do testemunho, são vistas como expressão tanto do modo como o informante organiza o seu pensamento quanto da valoração que atribui ao narrado.

Em nenhum momento foram apresentadas aos entrevistados as hipóteses da pesquisa, entendendo-se por um lado, que esse procedimento criaria restrições à livre exposição dos narradores; por outro, quis-se evitar a possibilidade de surgirem discussões teóricas, uma vez que o objetivo era obter um relato com o mínimo de intervenção possível por parte da entrevistadora.

Colocadas as questões acima referidas, deixava-se o entrevistado livre para compor sua narrativa, até que se observava que ele já não sabia mais o que dizer, ou seja, calava-se, utilizava alguma forma de expressão que indicava já ter dito tudo o que sabia, ou então solicitava à entrevistadora que fizesse alguma pergunta. A partir desse momento a entrevistadora, com o roteiro da

entrevista em mente, tentava fazer com que o entrevistado falasse sobre os temas ainda não tocados por ele ou aprofundasse alguns outros. Isso se objetivava através de perguntas diretas, como: "Onde foi que o senhor ouviu falar a primeira vez sobre o Amplicil?"; ou de um comentário do tipo: "Parece que no começo houve muito entusiasmo ...".

A técnica de liberdade,²² deixando o entrevistado fazer uma narrativa absolutamente livre, parece se constituir na melhor técnica para a obtenção de histórias de vida. No entanto, para o estudo de um acontecimento ou momento histórico mais específico, a experiência obtida com as entrevistas iniciais realizadas durante a elaboração do projeto desta pesquisa indicou que para este assunto e esta categoria de narradores a melhor estratégia é a já descrita acima: um primeiro - e longo - momento livre e a seguir o encaminhamento para questões de interesse mais específico da investigação que ainda não tivessem sido devidamente contempladas.²³

Quase todos os depoimentos foram realizados em apenas um encontro e tiveram duração média aproximada de uma hora e meia. Todos foram realizados no consultório ou residência do narrador. Tanto o local da entrevista como a sua duração foram definidos pelo entrevistado.

Como a grande maioria dos estudos sociológicos que utilizam a técnica da história oral tem por objetivo a apreensão de questões relacionadas à classe

²²- A respeito da técnica da liberdade, cf. BASTIDE, R. "Introdução a dois estudos sobre a técnica das histórias de vida" in QUEIROZ, 1983, Anexo II.

²³- Ainda na fase da elaboração do projeto, numa das primeiras entrevistas, foi utilizada a técnica da liberdade. Observamos, durante a sua transcrição, que o narrador não havia mencionado uma palavra sequer acerca dos psicofármacos, estendendo-se, por outro lado, longamente sobre o advento da iluminação artificial e sua influência nos hábitos morais dos "jovens de hoje em dia".

operária²⁴ ou às populações ditas marginais, é comum, nos textos que tratam da metodologia desse tipo de investigação, a presença da análise da relação assimétrica de poder que se estabelece entre pesquisador e narrador. Essa assimetria é responsável muitas vezes pela criação de um campo artificial, de modo a imprimir características distintas, e às vezes inesperadas ou impertinentes, que interferem nos objetivos da coleta de relatos orais. Alguns autores questionam a validade da obtenção da informação em tal condição de assimetria, levando em conta, entre outras questões, a artificialidade da "imposição de problemática".²⁵

No caso específico desta pesquisa, a atividade de entrevista tomou contornos peculiares. Dadas as características da entrevistadora: 'uma jovem psiquiatra, desprovida da vivência concreta da realidade da qual se falava à entrevista' e dos informantes: 'psiquiatras ou psicanalistas de larga experiência, com no mínimo 60 anos de idade, que vivenciaram os momentos históricos dos quais tratava a narrativa', estabeleceu-se em geral uma relação de poder assimétrica, porém inversa àquela já citada. O tom dos narradores na maioria das vezes era professoral e muitos deles não deixaram de dar sugestões sobre como encaminhar a pesquisa, que valores ressaltar e outras. Vejam-se alguns excertos:

"A senhora tem, com esta relação aqui, os trabalhos dominantes nessa década, nessas duas décadas, '50 a '70. Então a senhora, inteligente como é,

²⁴- Como exemplo, cf. RODRIGUES, 1978.

²⁵- "O problema da imposição de problemática (...) consiste no fato de colocar o entrevistado frente a uma estruturação dos problemas que não é a sua (...) Uma problemática válida para grupos culturalmente comparáveis ao dos pesquisadores, que dispõem de uma certa competência política ou um nível de informação razoável, não deveria ser aplicada ao conjunto da população." (THIOLENT, 1987, p. 48)

justa!, vai fazer um levantamento dos movimentos de ensaios clínicos pelo número de publicações. E a senhora verá, poderá fazer então uma escala de produção por esta relação aqui."

"Agora, a sua tese, a coisa mais importante seria saber realmente porque não foi dado o prêmio Nobel para um descobridor da ... da psicofarmacologia. Esse é o problema mais enguiçado da história da psicofarmacologia."

"Eu peguei a psiquiatria, minha filha, quando ainda não existia droga psicotrópica ..."

Uma vez gravados os depoimentos pessoais, procedeu-se à sua transcrição, também realizada pela pesquisadora. A maioria dos autores de história oral aponta para a importância de esta etapa do trabalho ser executada pelo próprio pesquisador. As dificuldades inerentes à transformação de uma fala em um texto escrito, já por si só bastante importantes, aumentam muito se quem transcreve nada sabe sobre o assunto que está sendo tratado, não conhece o narrador ou não participou da entrevista. Ao contrário, uma certa intimidade com essas questões lhe permite um produto final mais próximo e mais coerente em relação ao material inicial. Note-se que muito mais do que as próprias palavras emitidas pelo narrador, que têm na maioria das vezes seu correspondente gráfico imediato e fiel, são a entonação e modulação da fala, o gestual e a afetividade presentes em cada momento da narração que têm de ser transcritos por meio de pontos, parágrafos, vírgulas, sinais de interrogação, exclamação, reticências e assim por diante.²⁶

²⁶- Todas as etapas de execução desta pesquisa foram realizadas pela própria pesquisadora. A respeito dos conteúdos metodológicos e técnicos que orientam neste sentido cf. QUEIROZ, 1983 e também CORREA, 1978, p. 31.

Transcritas, as entrevistas passam a se constituir em textos passíveis do mesmo tipo de tratamento que os documentos embora elas tenham sido consideradas nesta investigação com fontes de valor complementar, acessório.

Uma primeira leitura dos depoimentos mostrou um grau de homogeneidade bastante grande e uma certa monotonia dos relatos. Este fato se constitui, aliás, no critério para a definição do número de entrevistas a serem realizadas. Dado que não se tratava de obter amostras representativas de determinado universo, o critério para o fim da coleta de testemunhos foi o da saturação, ou seja, a partir de um determinado momento as informações se repetem e as variações e singularidades de cada nova narrativa não parecem ser de importância a justificar a multiplicação do trabalho.

Observou-se, numa primeira etapa, cada entrevista como um todo, enfocando aspectos da pessoa do depoente enquanto sujeito social, os conteúdos do seu relato, a forma de organização das questões, as ênfases, os valores. Notou-se, então, a existência de categorias distintas de narrações/narradores, permitindo a identificação de quatro maneiras de colocação dos relatos, tanto em seu aspecto formal como no conteúdo dos temas e da subjetividade que os permeou. É importante ressaltar que cada entrevistado não se fixou em apenas uma das modalidades de narrar, tendo sido a tipificação abaixo discriminada baseada na tonalidade predominante em cada relato²⁷.

Identificaram-se, assim, quatro 'posições' predominantes:

²⁷ - Observou-se em cada entrevista a existência de informações do tipo factual, perceptiva, opinativa, atitudinal e mesmo reativa, segundo a classificação da natureza das informações sugerida por Thiolent. A informação "reativa" é "mais significativa da artificialidade da pesquisa do que da realidade objetiva ou subjetiva dos entrevistados." (THIOLENT, 1987, P. 34) Em nosso caso, no entanto, esse tipo de informação foi mais frequentemente encontrada no questionário do que nas entrevistas.

a) a posição crítica, que se caracterizou por uma postura bastante opinativa em relação aos conteúdos tratados concomitante a uma crítica aguçada e por vezes feroz.²⁸ Vejam-se alguns excertos:

"Existiam pavilhões com dois mil doentes e um médico só. Às vezes um funcionário só de enfermagem à noite, que era normalmente analfabeto. (...) E nos hospitais particulares a situação não era muito diferente. Eram hospitais mais bem pintadinhos, mais bem assim ... apresentáveis para as visitas, mas funcionalmente a cena era a mesma."

"E os métodos intimidativos também existiam, os doentes ficavam em celas fortes e, não raro, extraoficialmente, apanhavam dos funcionários. E por isso os funcionários da época eram sempre truculentos, não é?, capazes de dar um enforcamento no doente até ele perder a força. Era um método para curar agitação por uma anoxia cerebral, eles caíam ... assim, desmaiados; contanto que não morressem ..."

"E a superlotação continuava. Era o governo do Ademar de Barros, que mandou recolher os mendigos de São Paulo no Juqueri pros jornalistas não começarem a falar muito. (...) Era a ciência do Juqueri: tudo mentira! (...) Apenas copiaram dos Estados Unidos, que é um país de bestas."

"Os psiquiatras intoxicavam os doentes."

b) a posição conservadora: incluiu um grupo de narrações no qual a tônica foi uma atitude de defesa da psiquiatria da época, muitas vezes

²⁸ - Note-se que não se trata aqui de depoentes que aderem às correntes atuais da "reforma psiquiátrica". Como aliás já era de se esperar, dados os pressupostos teórico-metodológicos da técnica da história oral - que entendem o relato individual como expressão do coletivo histórico de onde provem cada narrador - ao contrário, todos os entrevistados nesta pesquisa, provindos de uma mesma origem e momento histórico, são psiquiatras fervorosos e preocupados com o bem dos pacientes e da psiquiatria. Trata-se, então, de um grupo de testemunhos que se caracterizou por cunhar o seu relato com uma postura crítica, por apontar preferencialmente no conteúdo de suas falas aquilo que viam como defeitos ou problemas na prática do trabalho na sua época.

permeada por um certo saudosismo, além do ceticismo frente aos rumos que a psiquiatria atual vem tomando. Leiam-se alguns trechos:

"Não preciso do lítio para isso não. Eu faço o eletrochoque, que é um tratamento inócuo, um tratamento sem risco nenhum bioquímico, não vai lesar rim, não vai lesar coração, não vai lesar fígado, nada disso."

"Só pode ter alguma voz séria neste problema aquele psiquiatra como eu, que vem de velhas gerações e que provou todos esses tratamentos, os biológicos e os psicofarmacológicos."

"De modo que com o advento da convulsoterapia e da insulino-terapia modificou-se tanto, que em 1936 quando nós iniciamos o hospital aqui (...) foi o primeiro hospital que não teve quarto forte(...)"

"(...) será que os psicotrópicos resolveram ou estão resolvendo com mais eficiência o problema do tratamento dos doentes mentais do que os antigos tratamentos biológicos?"

"Foi uma novidade no mundo inteiro, foi uma originalidade brasileira, não é?".

c) a posição professoral, em que os entrevistados, além de assumirem um tom impessoal, de quem transmite um saber (e não o de quem conta algumas experiências), como que ensinando-o à entrevistadora, também organizam a sua exposição de maneira bastante acadêmica, produzindo falas à semelhança de grandes citações da literatura psiquiátrica. Para dar uma idéia mais exata, alguns trechos:

"E logo se verificou que havia uma medicação que modificava a agitação psicomotora sem ser essencialmente um sedativo, que deprimia a atividade alucinatória mais que a delirante e que era uma coisa nova que merecia ser cuidada."

"Alguns clientes melhoraram extraordinariamente, especialmente certas psicoses delirantes alucinatórias em início. Mas a repercussão na ... psiquiatria foi de tal ordem que pode ser vista no artigo de 1956 no American Journal of Psychiatry, em que eles mostram que pela primeira vez declinara a curva de internação nos hospitais do Estado de Nova Iorque e que se baixara a necessidade de criação de novos leitos. É o artigo mais famoso nesse particular."

"Porém logo se começou a perceber que haviam diferenças. Por exemplo, a reserpina, logo, relativamente cedo se percebeu que ela agravava as depressões. A reserpina passava a ser evitada no caso das depressões."

d) a posição pessoal, em que o narrador ocupou-se principalmente em colorir a narrativa orientando-se por seu trajeto de vida pessoal e suas impressões e motivações à prática do trabalho. Vejam-se alguns trechos:

"O Juqueri foi um dos anos muito bons da minha vida, sabe? (...) eu cheguei lá muito novinha (...) Então o pessoal se encantou muito comigo, inclusive os pacientes."

"Então, as pacientes que estavam melhor elas trabalhavam, a minha sala por exemplo, elas punham flor, elas faziam questão de encerar e com o escovão, ficava tudo brilhando, bonito, sabe?, com toalhinha bordada, aquelas coisas todas."

"E é por aí que nós fomos fazer um grupo com a orientação do Paulo Lentino, autodidata. Acontece que esse grupo ao fim de seis, oito anos, convenceu-se de que realmente, nem todo ..., não houve unanimidade, eu fui um dos que discrepou, mantive a minha coerência, eu achava a análise algo ... dispensável, não achava que fosse fundamental pra formação analítica, não."

"Eu comecei então o uso da reserpina com a inauguração da enfermaria feminina do Instituto de Psiquiatria, é ... e a minha intenção era usar a reserpina também em caráter universal, todos os quadros, em cem casos."

Seguiu-se uma segunda etapa no tratamento dos textos das entrevistas que consistiu na identificação dos temas básicos objeto da investigação. Apesar de a maioria destes temas básicos já terem sido arrolados numa etapa anterior à realização das entrevistas, fazendo parte, inclusive, do próprio roteiro que orientou a obtenção das narrativas, novos temas apareceram e foram sendo identificados no decorrer das sucessivas leituras das transcrições.

Para fins analíticos, um verdadeiro trabalho de recorte foi levado a cabo nesta etapa da pesquisa, destacando-se nas entrevistas aqueles temas considerados pertinentes ao objeto da investigação. Esses temas foram eleitos a partir de uma escala de valorização definida em função das problemáticas colocadas pelos pressupostos teóricos e pela metodologia empregada. Além disso, novas questões foram colocadas pelo material empírico, reformulando ou adicionando-se às anteriormente esperadas. A decomposição dos textos das entrevistas se constitui em um artifício da investigação, pois do mesmo modo que a apreensão do processo de trabalho só é possível a partir da identificação da articulação inerente de seus elementos, a apreensão do testemunho só é possível como um todo. Trata-se, pois, certamente de uma etapa do trabalho de investigação, jamais podendo se constituir em sua finalização.

Os trechos das entrevistas que tratam das questões concernentes ao saber, em suas várias possibilidades de articulação, se constituíram sempre que possível em um tema próprio.

Os instrumentos diagnósticos, tanto no que se refere ao modo de organizar ou compreender a nosografia psiquiátrica e à concepção de doença

mental, quanto aos eventuais equipamentos ou manobras concretas auxiliares ao diagnóstico (exames laboratoriais, radiografias, encefalogramas e outros) se constituíram em outro tema recortado nos textos.

Dado o objeto empírico específico desta investigação, especial ênfase foi colocada na identificação dos relatos sobre terapêutica. Este tópico foi subdividido, de maneira a obter-se mais acuradamente a descrição das diversas modalidades de tratamento mencionadas pelos entrevistados.

Um primeiro conjunto de técnicas, nomeadas aqui como socioterápicas, incluiu o tratamento moral, a terapia hetero-familiar, as intervenções visando a reinserção social dos pacientes e a laborterapia. Algumas dessas técnicas já não eram mais utilizadas na época em que os entrevistados começaram a trabalhar em psiquiatria, no entanto, muitos deles fazem-lhes referência narrando fatos e situações contados por colegas mais velhos ou que faziam parte do anedotário institucional.

Agrupou-se, sob o título geral de medicamentos, todos os quimioterápicos utilizados para o tratamento dos doentes psiquiátricos no período anterior ao advento dos neuroléticos, dentre eles, os brometos, os barbitúricos, os anestésicos, o cloral, alguns minerais coloidais, o 914, o óleo canforado, os tônicos e outros.

Outras modalidades terapêuticas constituíram um terceiro grupo, o qual incluiu os abcessos de fixação, a piretoterapia, o método de Fiamberti, a opoterapia, a balneoterapia, a clinoterapia, a talassoterapia, a traumatoterapia, as psicocirurgias.

A psicanálise e as proposições de intervenção psicanaliticamente orientadas, como a psicoterapia individual e a psicoterapia de grupo, foram enfocadas como uma modalidade específica.

As terapias biológicas (malarioterapia, cardiazoloterapia, insulino-terapia e eletrochoquerapia), sobre as quais a maioria dos entrevistados se estendeu mais longamente, uma vez que se tratava das técnicas terapêuticas predominantes no momento em que eles iniciaram seu trabalho psiquiátrico, constituíram o bloco seguinte.

O sexto grupo incluiu aquelas ações que, se não se pretendiam ou se justificavam psiquiatricamente como terapêuticas, tinham, segundo os entrevistados, algum efeito "positivo", seja para o doente, seja para a manutenção da ordem asilar.

O sétimo e último bloco diz respeito aos neuroléticos, particularmente a clorpromazina e a reserpina. Esta última, com menor ênfase, uma vez que, se a princípio as expectativas em relação a essa droga eram grandes, logo foi deixada em segundo plano pelo grande número de problemas que a sua utilização acarretava, principalmente quando comparada à clorpromazina. Foram discriminadas aqui duas etapas: uma dizendo respeito aos primeiros contatos e experiências com essas drogas e, outra, relacionada às mudanças introduzidas no trabalho a partir, já, de sua utilização mais sistemática.

Seguindo a divisão por tópicos mencionada anteriormente, e tendo já comentado acerca dos agentes, do saber e dos instrumentos, resta ainda a referência ao objeto do trabalho, ou seja, o paciente psiquiátrico. O material empírico aqui analisado não incluiu a fala do doente. Foi o discurso sobre o louco enquanto alvo das intervenções psiquiátricas que se constituiu no objeto de investigação.

Ainda um outro tópico foi reservado para os trechos das entrevistas que disseram respeito especificamente às condições concretas do trabalho em operação, incluídas aqui as questões referentes a instalações, recursos materiais

e humanos, superpopulação de doentes, etc., conservando-se a discriminação entre o funcionamento de hospitais (públicos e privados), ambulatórios e consultórios.

Procurou-se ainda, num último tópico, reunir as observações feitas pelos entrevistados acerca das situações 'externas' ao núcleo do trabalho que, segundo sua visão, provocaram impactos, imediatos, pontuais ou mais amplos no exercício concreto do trabalho.

É com uma nova disposição - cada narração, reposta em sua congruência de totalidade, mas desconstruída e reconstruída em função dos objetivos da investigação - que os textos das entrevistas são apresentados no anexo, e não em sua forma original. Sobre cada depoimento, assim refeito, foi operada uma terceira e última leitura, tendo-se em mente a obtenção de subsídios que pudessem reforçar ou afastar as hipóteses colocadas pela pesquisa.

CAPÍTULO 3

UM HOSPITAL COMO OS OUTROS (1923-1936)

Marcado por baixa eficácia terapêutica, recobrimento da pretendida "vocação curativa" pela assistencial, tendência crescente de superlotação, grande demanda reprimida às suas portas, baixo nível de recursos de pessoal, ausência de "avanços significativos" da ciência psiquiátrica, o hospício científico de Franco da Rocha vai, gradativamente, se distanciando de sua medicalidade. É preciso busc -la, persegui-la.

Nomeado no governo de Washington Luís, por indicação do próprio Franco da Rocha quando de sua aposentadoria, assume a diretoria do hospício o seu anátomo-patologista, Antônio Carlos Pacheco e Silva. Tal é a fé do velho diretor nas possibilidades científicas do laboratório.

No começo da república o asilo se transforma em hospício. Duas décadas depois, o hospício se vê "elevado"   categoria de hospital. Se, com Franco da Rocha, o louco passa a ser um doente como os outros, com Pacheco e Silva, o hospício passa a ser 'um hospital como os outros'. A psiquiatria tenta se reaproximar da medicina usando, entre outras estratégias, a própria força da palavra. Em 1925, o hospício passa a chamar-se Hospital de Juquery¹.

¹- "O principal valor de sua obra (de Pacheco e Silva) não foi ampliar as instalações existentes, mas transformar o regime de hospício em o de hospital. Foi ensinar aos companheiros que procuraram a sombra de sua orientação que para o louco o asilo era pouco, era preciso tratá-lo como os demais doentes, com todos os requisitos científicos de que dispomos." Discurso de Argemiro R. SIQUEIRA (1938, p. X) quando da posse de Marcondes Vieira para a Diretoria do Departamento de Assistência a Psicopatas, em 19 de abril de 1938.

"Ha pouco mais de um século era a psiquiatria uma ciencia á margem da medicina geral (...) até que (...) com o progredir da biologia, com as conquistas do methodo anatomo-clinico, alliado ao espirito de generalisação que se implantou em todos os ramos da medicina, permitindo que se corporificasse uma doutrina em pathologia mental. Dessa orientação (...) a psiquiatria (...) se integrou dentro da medicina (...) Os hospícios se transformam em hospitaes, com suas clinicas especializadas; o alienado já é tratado como doente comum (...)" (SILVA, A.C.P., 1932, pp. 507 e 509)

O período da gestão de Pacheco e Silva, denominado por alguns autores de "período anatomopatológico", buscará tenazmente o estatuto de cientificidade médica organizando o trabalho no hospital psiquiátrico de modo a reproduzir os procedimentos do método anátomo-clínico. Tentará conciliar essa finalidade "interna" com a melhor racionalização dos custos, utilizando, o máximo possível, a mão de obra internada.

"Ao assumir a diretoria, Pacheco e Silva propõe as "primeiras medidas": conclusão do pavilhão feminino paralisado por falta de verbas; aparelhamento do Laboratório de Biologia e Anatomia Patológica, com a contratação do Prof. Constantino Tretiakoff (adjunto do laboratório da Salpêtrière); industrialização das dependências visando "reduzir ao máximo a aquisição de artigos manufaturados"; ampliação das Clínicas Especializadas, "emprestando um feitiço hospitalar ao estabelecimento"; criação da seção de Radiologia; construção de um necrotério com seção para autópsias; ampliação das instalações "buscando conciliar a situação econômica do Estado com o conforto indispensável aos doentes, possível mercê da criação da secção de ergoterapia que passou a superintender a Secção de Obras Novas".² (GIORDANO JÚNIOR, 1989, p. 110)

²- Neste trecho, o autor faz citações de constantes in: SILVA, A.C.P., 1945a, pp. 11-13.

"O Hospital de Juquery praticamente era um depósito de muitos doentes, como até hoje dizem que é ainda. E esse hospital tinha, teve um valor muito grande, porque foi uma época de muitos estudos, lá dentro, lá no hospital. Havia o laboratório, havia estudos de anatomia patológica, enfim a gente se dedicava ao estudo, acompanhado de professores que nos ajudavam. Eu era aluno do Professor Vampré, o diretor era o Professor Pacheco e Silva, mas tinha o Dr. Fausto Guerner que era um grande psiquiatra." (Entrev. I.)

Pacheco e Silva conclui pela insuficiência do número de leitos asilares em São Paulo, estimando a existência de 15000 doentes mentais no estado, o que contrasta com as 1500 vagas que o Juquery oferece. Baseando-se em estudos internacionais que dizem ser de 3% a média de prevalência de alienação mental e observando que o Estado tem 5 milhões de habitantes, o diretor chega ao valor de 15000 leitos necessários, uma vez que a cada alienado corresponderia uma necessidade de internação. Em 1927, o asilo já funciona com um excedente de 342 doentes. Assim comenta o diretor acerca da superlotação do asilo e dos doentes mentais espalhados pelo Estado à espera de vagas no estabelecimento:

"É obvio declinar as mil e uma dificuldades que, dessa circumstancia, advêm aos responsaveis pela direção do Asylo. Elle já não comporta em absoluto o numero de alienados existentes no Estado. Constante, quasi diariamente, recebemos pedidos das varias localidades do Interior solicitando, com insistencias, a remoção de insanos que se acham recolhidos ás cadeias, em pessimas condições hygienicas, e sem assistencia medica. Desgraçadamente máu grado nosso muito ardente desejo, não nos é possível acolher todos esses infelizes, pois a lotação já está mais que ultrapassada. Procuramos recebe-los só quando dispomos de vagas: entretanto, muitas vezes, não se pode adoptar esse criterio, porque ha casos que exigem internação immediata, e

a elles não ha fugirmos.³ Segundo dados em nosso poder, existem presentemente, no interior, á espera de vagas no Asylo, cerca de 1500 alienados. É uma situação verdadeiramente horrorosa e triste!" (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 16)⁴

"Em materia de assistencia aos alienados em São Paulo, á parte o Hospital de Juquery, nada mais existe,⁵ ou se existe é coisa tão insufficiente e incompleta, que não merece menção. Ha, em duas ou três cidades do Interior, alguns hospitaes para insanos, mas com installações tão imperfeitas, que não satisfazem as necessidades reaes de um hospicio; existe tambem na Capital, o Recolhimento das Perdizes, que não está de maneira alguma, em condições de recolher alienados." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 16.)

Propõe a criação de pequenos asilos regionais para resolver o problema da superlotação, idéia que aliás já havia sido veiculada por Franco da Rocha em função desse mesmo tipo de necessidade. Além de aliviar o Juqueri de seu grande contingente de incuráveis, tal medida seria economicamente vantajosa para o Estado.

"E demais a mais, a retirada dos insanos das cadeias publicas e a reunião dos mesmos em asilos especiaes, traria, sem

³- É possível cogitar-se, dada a intensa carreira pública que Pacheco e Silva trilhou, que esses critérios para internação imediata, obedecidos pelo diretor do hospício a despeito da superlotação, tenham sido de ordem muito mais política do que propriamente psiquiátrica, uma vez que já há uma superlotação de quase um terço além da capacidade do hospício e há, conforme os próprios cálculos de Pacheco e Silva, pelo menos 13000 doentes mentais no Estado, necessitando de internação. Sobre a carreira pública de Pacheco e Silva, cf. CUNHA, 1988. pp. 180-1.

⁴- RIBEIRO é um jornalista do "Jornal do Brasil" que visita o Juquery e entrevista Pacheco e Silva. No seu artigo o autor faz longas citações literais do diretor do hospício, que aqui são tomadas como se fossem o próprio texto do entrevistado.

⁵- A Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo será criada por Pacheco e Silva em 1930, "compreendendo: Clínica Psiquiátrica, Manicômio Judiciário, Institutos Psicopáticos, Hospital Central e Colônias de Juqueri." (GIORDANO JUNIOR, 1989, p. 199.)

duvida, uma grande economia para o estado, pois naquellas a sua manutenção é muito mais dispendiosa que nestes. Isso pôde ser verificado, confrontando-se o preço em que fica cada alienado recolhido ao Juquery, com aquelle em que ficam os recolhidos ás cadeias." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 16)

Embora seja de 1927 a lei federal que proíbe a manutenção de psicopatas entre delinquentes, Pacheco e Silva terá que aguardar o Estado Novo para que possa ver os loucos das cadeias dentro do hospital psiquiátrico. Mas não da forma como ele sonhou - em pequenos asilos regionais. As prisões do Estado, sob a regência de Adhemar de Barros, despejarão o seu contingente de doentes mentais no próprio Juqueri.

Apesar das lamentações de Pacheco e Silva acerca do absurdo que significa estarem centenas de "infelizes doentes" presos em cadeias públicas, privados de receber todas os benefícios que a ciência médica psiquiátrica poderia a eles fornecer (desde que estivessem em lugar apropriado), é justamente na tecnologia carcerária que o diretor do Juqueri vai buscar os recursos materiais e um modelo de gerenciamento para o seu hospital. Assim é que os doentes correm o risco de frequentar a rotunda⁶, se vestem com roupas de prisioneiros e são administrados como tais.

"Temos nos esforçado muito para acompanhar o aperfeiçoamento que se vae fazendo, nestes ultimos annos, na parte administrativa das varias repartições publicas do Estado. Por isso procuramos estudar a organização da penitenciaria, onde, (...) pudemos colher novos elementos indispensáveis ao aperfeiçoamento da parte administrativa do Hospital." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928 p. 19)

⁶- "No Juquery tinha o que eles chamavam de rotunda, era um corredor circular e que dava para uma porção de quartos, quartos fortes que tinham uma janelinha em cima e um buraco na porta para espiar, ali ficava o doente." (Entrev. I)

"A maior parte das peças de roupa consumida no Hospital, fazemo-la aqui; a outra vem da Penitenciaria, de onde nos chegam tambem as chinellas e sapatos. (...) Da Penitenciaria recebemos em 1923, 500 lençóis, 500 blusas, 500 saias de côr, 100 saias brancas, 500 camisas de mulher." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928 p. 20)

O jornalista Ribeiro, em visita ao Juquery para entrevistar Pacheco e Silva, encontra uma curiosa peça de confecção no pequeno museu de arte-terapia instalado numa estante da sala do diretor:

"Vi, outrossim, nesse museu de coisas artísticas, um trabalho interessante, e mais interessante ainda, consideradas as causas que determinaram a sua confecção: um grande croché branco. A sua autora não quis, por maneira nenhuma, vestir o uniforme de xadrez, próprio das alienadas que se internam. Tomou o vestido que lhe deram, desfiou-o todo, e dos fios brancos fez o seu croché. É uma demente precoce." (RIBEIRO, 1928, p. 45)

Se, de um lado há o problema dos loucos que, por falta de vagas no hospício, se encontram nas cadeias, por outro há aquele dos loucos criminosos que, por falta de um lugar específico, encontram-se uns no hospício, outros na prisão. Em 1927, o hospício alberga 169 alienados criminosos, dentre os quais 9 são mulheres. As conexões de sentido que ligam a loucura à criminalidade se cristalizam em três situações distintas: o doente mental (um criminoso em potencial, que precisa ficar resguardado no hospício), o criminoso (que precisa ficar na cadeia) e o doente mental criminoso, para o qual é preciso erigir um 'seu lugar', com uma tecnologia mista. De fato esta última é quase toda emprestada à do hospício que, por sua vez, se utiliza amplamente daquela carcerária.

Em 1927, o governo autoriza a construção do Manicômio Judiciário, que será realizada nas terras do Juqueri e "dotado de todos os requisitos dos mais

modernos estabelecimentos do gênero" (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928 p. 29). A criminalidade faz parte do território da loucura nesse processo de medicalização da desordem. Mas não somente isso. A terceira década do século vai encontrar os psiquiatras empenhados nas campanhas eugênicas⁷.

A promoção de saúde tem como principal estratégia a disciplinarização pedagógica. A tal ponto é elevada sua importância que se chega a recomendar que não seja a escola a continuação do lar, mas sim, o lar é que deve se pautar pelos preceitos higiênicos da escola. Além de promover os hábitos saudáveis é preciso combater os maus hábitos. O alcoolismo se torna alvo preferencial. "Parar de beber é dar ouro para o bem de São Paulo" é o mote que propõe Franco da Rocha, já aposentado, à campanha antialcoólica. O perigo anunciado para o álcool não se refere somente à sua natureza de vício, ao seu valor moral negativo. Esse perigo insere o hábito de beber dentro da racionalidade científica da teoria psiquiátrica acerca da doença mental.

Pacheco e Silva atribui à sífilis e ao alcoolismo, "esses dois grandes flagellos da humanidade", uma ação direta ou indireta nas causas que acarretam "o aparecimento de tão numerosos casos de alienação mental" (SILVA, A.C.P. 1932, p. 508). O asilo precisa preparar-se para receber os doentes "pescados" na campanha.

"Antigamente era quasi só o alcool que contribuia para a installação das psychoses hetero toxicas. De alguns annos para cá, o opio e os seus derivados, a cocaina e o ether, começaram tambem a fornecer um contingente cada vez maior, de toxicomanos. estes não podem ser tratados convenientemente, senão em pavilhões especiaes, e ao demais, não é justo obriga-los a permanecer no meio dos outros doentes. A lei numero 1859 de 20 de dezembro de 1921, autorizou, entretanto, o poder executivo

⁷ - A respeito do movimento de eugenia no Brasil, cf. COSTA, 1980.

a criar uma secção especial, com tratamento medico e regime de trabalho para a internação voluntaria ou compulsoria dos intoxicados pelo alcool e outras substancias enebriantes ou entorpecentes. Com a reforma da nossa policia civil, a campanha contra os chamados vicios sociaes vae ser intensificada, e, em consequencia, o numero de intoxicados internados pelas autoridades deverá ser cada vez maior. Já se acha quasi concluido o pavilhão para toxicomanos, destinado a prestar relevantes serviços á sociedade." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 29)

O conceito de degeneração como tara hereditária, vigente desde o século XIX até as primeiras décadas deste, conjuga saber psiquiátrico e percepção social da doença mental.

"Bom, de modo que nós estávamos desamparados. Quando alguém adoecia mentalmente ele era levado para um hospital, porque a família geralmente não o queria em casa, procurava esconder, porque ainda imperava nessa época a idéia de que podia transmitir ou que fosse doença familiar que podia até prejudicar os descendentes, os colaterais. Então muitas famílias levavam os doentes para o hospital e os escondiam e ninguém mais via ou sabia mais deles. E eles evoluíam de acordo com os tratados de psiquiatria. Então você via aquele caminhada para a cronicidade de todos esses doentes, não é?, com características próprias dos tratados de psiquiatria. Mesmo, vamos dizer, na paralisia geral progressiva, que é uma doença que tem idéia de grandeza, você já ouviu falar nisso? Também na esquizofrenia, na forma parafrênica, no fim aparecia uma idéia de grandeza também. Então via-se o indivíduo, por exemplo, conversando às vezes muito bem com a gente, mas se julgando até papa ou outras coisas assim, porque ele chegava em um ponto de julgar que se o perseguiam é porque ele era importante, ele era alguma coisa. Então havia aquele contraste: o indivíduo se julgando um ser quase superior e numa miséria, às vezes vestido com trapos e com ... eles punham pedaço de folhas na roupa, folha de lata, essas coisas, porque diz que recebiam, eram alucinações, que recebiam comunicações e tudo isso assim. Esse era o quadro da psiquiatria." (Entrev. I)

Em 1930, é criada a Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas, subordinada à Secretaria do Interior. Em 1923, quando assume Pacheco e Silva, o Hospital do Juqueri comporta 1600 doentes. Em 1938, quando de sua saída, a Assistência a Psicopatas, com seus vários departamentos: Hospital de Juqueri e colônias anexas, Escola Pacheco e Silva, manicômio judiciário, Clínica Psiquiátrica, Hospitais Psicopáticos das Perdizes e da Penha (este último, só feminino), estará prestando atendimento a 4000 doentes.

Essa grande quantidade de pacientes oferece, aos olhos da psiquiatria da época, as mais variadas espécies constitucionais. O conceito de herança e degeneração, predominante no período de Franco da Rocha, se sofisticava através da teoria da constituição.

"Vamos dizer que a psiquiatria foi sempre dominada pela sintomatologia e até hoje ainda é dominada pela sintomatologia. Descreve-se síndromos psiquiátricos, vamos dizer, síndromos que indicam as características próprias daquele estado de espírito do doente. (...) E por aí é que se norteou toda a psiquiatria. Desde o tempo de Kraepelin, quando ele dividiu justamente a psiquiatria em demência precoce e coisas assim, desde esse tempo isso continuou, e até hoje ainda não se pode afastar inteiramente. O que houve foi um progresso científico muito grande que então foi mostrando que muitas doenças podiam ser dominadas porque passaram a ser melhor esclarecidas, como certos síndromos mesmo. Porque eu tenho a minha maneira de pensar de que o homem quando nasce, já nasce feito; tanto o homem como a mulher. Eles nascem feitos, eles trazem características próprias dos seus antepassados, bem definidas. (...) Então o cérebro também foi herdado. De modo que o indivíduo nasce feito. Nasce, como vamos dizer, uma bola de fogo, uma bola ... uma energia em potencial que vai abrir-se neste mundo afora. Mas, esse indivíduo que nasce, ele é atirado a um meio muito agressivo. E é justamente a adaptação a esse meio que faz com que ele reaja bem ou mal, conforme já a constituição dele anterior, o que ele traz do passado. Agora, essa pessoa justamente tem as suas defesas, quer dizer, ela tem o seu temperamento, começa a formar a sua personalidade, forjar a sua personalidade nesse atrito com a

agressão do mundo exterior. Muitas vencem facilmente, isto pela própria constituição que já tinham anterior. Outras não, pode então eclodir justamente em certos momentos da vida dessa pessoa um estado mórbido caracterizado como doença mental." (Entrev. I)

André Teixeira Lima dedicará boa parte de sua produção "científica" a esse estudo. A constituição é considerada sob três aspectos: morfológico, "que é dado pelo habito do indivíduo", dinâmico-humoral, "representado pelo temperamento", e psicológico, "compreendendo os dois componentes da personalidade psychica, o affectivo (character) e o intellectual". Esses três elementos compõem uma "synthese funcional complexa", uma "efficiencia global" e uma "resistencia vital". Assim, uma constituição robusta

"é aquella que resulta de uma perfeita coordenação, grande harmonia, perfeito equilibrio entre todos os componentes do nosso corpo, sob todos os pontos de vista (...) É da perfeita união dos diferentes tecidos, órgãos e aparelhos que depende a capacidade funcional do todo, bem como a expressão morphologica de robustez, desde que tenha sido normal a evolução das simples partes. Desde que esse perfeito equilibrio, (...) seja rompido, quer pelo predomínio deste ou daquelle character, ou pela sua deficiencia, passaremos a ter uma constituição debil, isto é, cuja resistencia aos fatores morbigenos é diminuida. São innumeras as constituições debeis, e esta variabilidade, comprehende-se, acompanha a de todos os componentes do organismo, systemas, órgãos e tecidos, os quaes com desenvolvimento excessivo ou rudimentar, são o movel do desequilibrio morphologico, funcional ou psychico." (LIMA, 1926/1927, p. 59)

Tendo como base uma divisão anatômica e fisiológica do organismo "em duas grandes partes: o aparelho da locomoção e o aparelho da nutrição", o primeiro dizendo respeito à vida de relação, e, o segundo à vida vegetativa, é preciso buscar descobrir as relações de sentido que conectam os caracteres

ortopédico-viscerais dos doentes à sua doença mental. Para isso, procede-se a um esquadrinhaento dos corpos. Mensurando-os em todos os seus diâmetros, à fita métrica; pesando-os; quantificando os volumes de seus órgãos; discriminando suas reações frente a injeções de substâncias como a adrenalina, pilocarpina e atropina; assim se chegará a um diagnóstico constitucional.

A teoria constitucional se estrutura em função de julgamentos de valor atribuídos ao comportamento humano a partir de uma equivalência com seus órgãos - uma constituição "robusta" implica em "perfeito equilíbrio", "perfeita harmonia" e "perfeita coordenação". Esses julgamentos de natureza moral orientam uma propedêutica constitucional que se caracteriza por ações agressivas e invasivas, envolvendo intervenções que só se poderiam explicar em função do suporte ideologicamente eficaz que aquela mesma equivalência oferece.

Assim, o formulário de anamnese do Juqueri reserva, gradativamente, maior espaço para o registro dos dados antropométricos, para a descrição de características morfológicas, estigmas. Esta semiologia funciona à moda do que se poderia chamar de uma "anatomia patológica *in vivo*". A psiquiatria continua a perseguir - utilizando método e objeto da medicina - um estatuto de cientificidade, o qual, ela acredita, será alcançado no momento em que se puderem estabelecer, indubitavelmente, as correlações entre os quadros mórbidos e as alterações morfo-funcionais dos órgãos. É preciso inscrever a moléstia mental na concretude dos corpos. A antropometria, assim como a anatomopatologia dos vários órgãos do corpo, parece fornecer novas superfícies de visibilidade.

"Finalmente, pelo que sabemos até a presente data sobre essa afecção (demência precoce) - seja clinicamente, seja anatomicamente -, devemos supôr que se trata de uma alteração

geral de todo o organismo, cuja essencia é ainda desconhecida. O que della conhecemos com relação á parte anatomica são infimos detalhes, revistos ora com mais, ora com menos criterio, segundo a vontade e a disposição de cada examinador. Um conhecimento intimo desses pequenos pontos ainda nos falta por completo, assim como um quadro anatomico geral. Dahi acharmo-nos até agora na impossibilidade de poder fallar de uma anatomia pathologica da demencia precoce." (CESAR, 1928/1929, p. 121, grifo nosso)

A teoria da constituição, olhando "de soslaio" para o método anátomopatológico da medicina, se institui claramente como uma ideologia científica, na medida em que o método de investigação que ela emprega, é inadequado para o objeto que ela pretende conhecer. Como a ideologia científica só pode ser detectada *a posteriori*, são a neurofisiologia atual, por um lado, e a psicanálise, por outro, os saberes que permitem essa detecção. Trata-se, aqui, de um equívoco básico em relação à natureza do objeto - o comportamento humano reduzido à sua determinação biológica mais direta; à natureza dos procedimentos - a propedêutica grosseira do corpo biológico individual; e à natureza das inter-relações entre fenômenos mentais, orgânicos e sociais - a equivalência retórica e a noção de determinação imediata.

PRADO (1937c/1938), em seu longo texto acerca das relações entre a patologia mental e as revoluções de '30 e '32, no Sul e em São Paulo, se utiliza do conceito de constituição para explicar porque alguns combatentes adoecem mentalmente. O autor se baseia numa concepção bio-psíquica da constituição.

"A guerra de S. Paulo foi mais séria, porque além de haver tempo para as surpresas e as realidades do "Front", que o fumo do entusiasmo e do contagio mental obscurecia nas primeiras horas, a jornada foi dura e penosa, especialmente nos sectores Sul e Norte, e se assistira a uma guerra de fato e de verdade. (...) Ha alguns doentes de psicose e neuro-psicose no Hospital de Juquery, em que sem duvida a revolução de 32 despertara a predisposição. (...) Efetivamente, o choque a que está sujeito o instinto de

conservação e indiretamente o de reprodução e os demais instintos, é dos mais sérios. (...) o comum e o mais logico é que o miopragico psiquico deva estar mais sujeito ao desequilibrio. às vezes o fisico resiste bastante para só depois se verificar a reação mental." (PRADO, 1937c/1938, p. 284)

A teoria localizacionista começa a ganhar corpo como resultado das diversas "observações" realizadas no período da Grande Guerra (SILVA, 1932, p. 508). Em pleno domínio da escola orgânica, "para todos os estados mentais deve haver uma enfermidade, uma lesão cerebral correspondente" (MORAES, 1931, p. 217).⁸ O laboratório é o instrumento do trabalho que permitirá desvelar essa correspondência.

"(...) as classificações das doenças mentaes, comquanto eclecticas, não são mais simples enumeração de syndromos, mas se apoiam em solidos alicerces etiologicos, clinicos, biologicos ou anatomo-pathologicos." (SILVA, 1932, p. 509)

Alguns autores (como CUNHA, 1988 e DIAS, 1985) defendem a relação estreita entre a anatomia patológica e os doentes agudos. Se isso é certo para a psiquiatria acadêmica, conforme se verá no próximo capítulo, nos hospitais públicos as coisas se passam de maneira um pouco distinta. É preciso lembrar que se todos os "entrados" são submetidos a exames laboratoriais, o fato de ser "entrado" não significa ser "agudo". Não são incomuns as reinternações motivadas não por reagudização do quadro, mas sim, por circunstâncias que regem a vida social dos doentes fora do asilo. Além disso são justamente os casos crônicos aqueles a serem utilizados para o ensaio de novas terapêuticas, como se verá mais adiante, o que implica que serão submetidos a minucioso

⁸- A título de observação, MORAES se utiliza dessa afirmação apenas para descrever o espírito do período, fazendo-lhe, inclusive, uma crítica parcial.

esquadrinhamento de exames complementares. Um terceiro momento, ainda, liga os crônicos ao laboratório: a necrópsia.

Talvez seja mais pertinente vincular o "agudo" ao laboratório por uma via indireta: na medida em que as práticas de pesquisa anatomopatológicas fornecem maior conhecimento sobre a doença, maior eficácia aos atos terapêuticos e maior legitimidade científica, elas devem proporcionar maiores possibilidades de cura para os doentes (agudos e crônicos, curáveis e incuráveis) e diminuir a superlotação criando, assim, novas vagas para os agudos.

O exame de líquor é realizado de rotina em todos os pacientes entrados, independente do diagnóstico que recebam. O líquor permite a dosagem de albumina, a contagem de linfócitos, a reação do benjoim coloidal e a de Wasserman (que também é pesquisada no sangue dos doentes sistematicamente). Além disso são realizadas autópsias e exames histológicos "necessarios á verificação das causas reaes, organicas ou pretendidas inorganicas das molestias mentaes." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 34, grifo nosso.)

O laboratório, com a sua presumida e esperada função de esclarecer a etiologia das doenças mentais, justifica sua existência e amplia sua importância para além do espaço asilar. Do laboratório sairá a ciência que irá orientar as práticas de normatização.

"Não é possível (...) organizar-se o serviço de prophylaxia mental, sem o exacto conhecimento da etiologia das psychoses."
(SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928 p. 34)

O laboratório é a chave para a almejada cientificidade da psiquiatria. Conhecer sobre a doença significa estar legitimado para propostas de

intervenção tanto curativas quanto profiláticas. Significa aumentar a possibilidade de normatização. Tendo a população como objeto de intervenção e propondo instrumentos construídos pelo conhecimento sobre a doença mental ancorado na anatomopatologia, a psiquiatria pretende fazer a higiene dos cidadãos. Para além do hospital, aparelhada e voltada para responder às expectativas dessa nova necessidade social, a psiquiatria retórica oferece uma higiene que garante a maior produtividade com o menor risco de doença, uma "ergonomia mental" visando a produção.

"Dessa orientação (...) a psiquiatria não só se integrou dentro da medicina, como ainda projectou a sua acção num scenario maior, influindo nos mais diversos departamentos da actividade humana, onde se exigem conhecimentos exactos das funções cerebraes e dos seus desvios. (...) Já não se trata apenas de pôr em pratica medidas tendentes á restricção das psychoses. Busca-se um caminho seguro para um melhor aproveitamento da energia humana, pela generalisação de methodos de selecção dos elementos mais capazes, na orientação profissional, na organização racional do trabalho intellectual e manual, no respeito ás leis da estafa phisica e psychica, no despertar das forças latentes. Nasceu dahi a higiene mental." (SILVA, 1932, p. 507)

Não é somente do laboratório que se espera vir a ciência. A clínica, com seu processo diagnóstico também se constitui em importante fonte de conhecimento. Para melhorar as condições acerca da história pregressa dos doentes, de tal modo a tornar mais acurado o diagnóstico, Pacheco e Silva implanta, em 1923, o "questionário". Assinado pelo diretor, é enviado aos familiares do doente internado que devem responder a uma série de itens acerca da vida pregressa do doente.

Esse questionário tem o seu uso sistematizado desde 1923 e ao longo de todo o período abrangido por esta pesquisa. A sua forma original, abaixo

descrita, vai sofrendo algumas alterações, coincidentes com as mudanças na direção do asilo e com os focos de interesse do trabalho psiquiátrico e orientados por diferentes teorizações acerca da etiologia das doenças mentais.

O questionário pergunta: se há casos de moléstias mentais na família; se é a primeira vez que o doente apresentou perturbações mentais e, caso contrário, como foram as outras vezes; se o doente já esteve internado; se, na infância, apresentou convulsões, crises nervosas com perda do conhecimento, atordoações ou ataques de paralisia, outras doenças; se urinava-se; se mordida a língua; seu grau de inteligência, instrução, conduta, caráter e aptidões profissionais; se fazia uso de bebidas alcoólicas; se abusava de opiáceos, brometos, cloral, cocaina; se as funções digestivas eram boas; se o sono era regular; quando foram notadas as primeiras perturbações de seu estado mental; o que motivou sua internação no hospício; como se apresentava o doente: agitado, violento, perigoso, triste, deprimido; se tinha idéias de suicídio; se preocupava-se exageradamente com a saúde; se manifestava contentamento sem motivo justificado; se imaginava possuir inimigos e ser perseguido; se via pessoas imaginárias; se ouvia vozes que não existiam; se havia modificação do paladar; se tinha sensações estranhas no corpo; se cometia atos indelicados, imorais ou delituosos.

"Antigamente os enfermos enviados para cá eram, na maioria das vezes, internados sem quaisquer informações sobre os seus antecedentes hereditários e pessoais. Nos attestados, com raríssimas exceções, limitavam-se os médicos, como ainda hoje o fazem, a mencionar o estado de alienação mental do doente, deixando de particularizar-lhes os symptomas notados anteriormente. Dest'arte o alienista ficava privado de qualquer noticia sobre os antecedentes do internando, e por conseguinte, na impossibilidade de completar as observações. Procurei sanar essa falta, enviando, á semelhança do que se pratica na Casa de Saude de Ville Evrard, um questionario á familia do doente, a que ela

deve responder no interesse do seu enviado. Esta medida, felizmente, tem dado os melhores resultados: poucos são os que deixam de atender aos nossos pedidos, havendo mesmo alguns que se dão ao trabalho de nos enviar um relatório circunstanciado da vida do paciente. De posse de tais informações, muitas vezes o diagnóstico da molestia mental é feito de prompto, sendo o tratamento indicado, instituído logo após a reclusão, medida esta, em grande número de psychoses, indispensável para a cura." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, pp. 26-7)

Essa providência se efetiva. Como se pode verificar nos prontuários de inúmeros pacientes, onde esse questionário fica arquivado, grande parte dos familiares dos doentes de fato responde ao questionário. Muitos deles sentem-se extremamente honrados pelo fato de seu parente doente receber tamanha e especial atenção por parte do diretor do hospital.

As necessidades de produzir ciência, buscar medicalidade, atender às orientações econômicas - internas ao hospital e externas, do meio social mais amplo - e viabilizar a administração da superlotação, estabelecem uma determinada rotina asilar, que organiza os tempos e espaços da clínica, do laboratório e do tratamento.

"Uma vez preenchidas as formalidades legais, são os doentes removidos para o Hospício, onde são examinados pelo alienista, que, no prazo de quinze dias, apresenta ao director a sua observação clínica. Logo no acto da entrada são praticados os exames, chamados de laboratorio, isto é, da urina, das fezes e do liquido cephalo-racheano (...) A distribuição pelo Hospital dos enfermos, é feita da seguinte maneira; logo que o doente entra é sujeito a cuidadosa observação medica; uma grande parte delles é submettida a repouso no leito (...) No estabelecimento central permanecem os casos agudos e os pensionistas; para as colonias são enviados os alienados chronicos, depois de rigorosa observação. Pela assistencia familiar são distribuidos os doentes antigos das colonias, já perfeitamente adaptados ao "open door." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 27)

Embora tente ganhar coerência médica ao descrever a si mesma, a instituição organiza suas intervenções terapêuticas em função de demandas e necessidades de naturezas diversas. O tráfego interno equipara o diagnóstico de "agudo" à condição de "pensionista", dando a ambos a via preferencial da ala central do hospital.

Outro exemplo da natureza diversa das necessidades que determinam as atividades de tratamento dentro do hospital é o trabalho produtivo. A utilização da mão de obra do doente para os serviços de benfeitoria e manutenção das instalações e do fabrico de bens de consumo interno continua, como na época de Franco da Rocha, sendo a tônica da laborterapia. Nesse período ela é ainda incrementada pela criação da Seção de Ergoterapia que passa a ter a seu cargo a Seção de Obras Novas. A racionalidade alienista inscrita no resultado terapêutico do ar livre e no benéfico efeito moral que a visão do produto do próprio trabalho proporciona aos doentes sofre uma re-tradução para servir às necessidades econômicas de viabilização de uma instituição pública de prestação de serviços. Se os loucos se sustentam, aliviam o estado do pesado ônus a que corresponde a sua guarda.

A prescrição do trabalho obedece a critérios gerados por necessidades que são externas à ciência, mas incorporados ao saber psiquiátrico e constitutivos deste. Ainda que tenha consciência explícita da natureza não imediatamente científica das necessidades que determinam suas ações, o agente do trabalho psiquiátrico - prisioneiro da própria armadilha ideológica que, sem consciência, ajuda a construir - apresenta-se patentemente acritico em relação às contradições mais essenciais que o seu próprio discurso reproduz.

Assim é que a indicação do tipo de trabalho a ser executado pelo doente não é dada por um balisamento diagnóstico, mas sim, pelas habilidades laborais

que o doente possa apresentar articuladas às necessidades da subsistência asilar, repetida a diferença de classe. Os serviços do campo, das oficinas e da limpeza dos pavilhões se impõem

"(...) quando se tratar de asilos públicos, onde é justo que os doentes contribuam com o seu trabalho para aliviar as despesas feitas com a sua manutenção. Nos hospitais privados os doentes poderão ocupar-se em trabalhos manuais, sem objetivo industrial." (SILVA, 1940, p. 137)

Constituindo-se como uma retribuição que os internos pagam pelos serviços a eles prestados, a ergoterapia não é, em absoluto, uma terapia ocupacional. Nesse período os trabalhos característicos de terapia ocupacional ou de arte-terapia, com exceção da pintura, não são realizados, a não ser espontaneamente pelos doentes. Isso fica patente na ausência de fornecimento de material apropriado a tal fim: no pequeno "museu" da sala do diretor podem ser encontradas algumas esculturas fabricadas pelos doentes com miolo de pão, além da peça em croché feita com linha desfiada do próprio uniforme.

O trabalho no campo, responsável pela maior fatia da laborterapia, responde muito menos a indicações científicas que a indicações econômicas e políticas.

"Temos feito grande empenho na expansão da parte agrícola do Hospício, pois julgamos ser esse o unico meio de alliviar o Estado das grandes verbas destinadas á aquisição de generos alimenticios para 1.860 doentes." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 38)

A assistência familiar, prática iniciada por Franco da Rocha que consiste na "adoção" de um paciente por parte de pequenos sitiantes circunvizinhos ao

hospício⁹, em troca de uma quantia mensal, tampouco se constitui em um tratamento. É antes um sistema de lógica administrativa. Ainda que seja chamada de 'terapia hetero-familiar' e embasada na racionalidade que leva em conta tanto os efeitos deletérios que o convívio com os próprios familiares acarreta para o doente - dentro da perspectiva do adoecimento moral por vícios dos costumes - quanto o seu valor como passo intermediário para a alta - último e mais amplo grau na "carreira da liberdade" (URQUIZA, 1989), a assistência familiar responde também a necessidades que são, novamente, econômicas.

"Este systema (...) visa não sómente desobstruir os hospícios, como também consulta ao aspecto economico do problema." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, pp. 43-44)

A prática terapêutica permite uma intervenção caracterizada pela positividade. Essa intervenção positiva vai recobrando o caráter de contemplação e observação prevalente no começo do século. É o "direito de tentar tudo" que caracteriza a terapêutica psiquiátrica ao longo de todo o período abrangido por esta pesquisa.

"Para os grandes males os grandes remédios. E em psiquiatria - dissera notável mestre italiano -, tem-se o direito de tentar tudo. E se o aproveitamento e a utilidade não comparecem de logo, é quasi certo, que das expressões fisio-patológicas e dos resultados das tentativas levadas a cabo, outros panoramas porventura se poderão rasgar ante os olhos indagadores do cientista ou do clínico, levando-os assim a contribuir, posto indiretamente, para prováveis descobertas e, no sentido de realizar-se o grande objetivo da ciência, que é internacional e é universal: todos por um e um por todos." (PRADO, 1937a, p. 160)

⁹- Outra modalidade de assistência familiar consiste na "adoção" de um doente por parte de funcionários do Juquery que residem nas terras do hospital.

O "grande mal" justifica moralmente o "grande remédio". Gradativamente, intervenções mais e mais invasivas são realizadas. Dos extratos vegetais às cirurgias cerebrais mutilantes, tudo será tentado, desde que haja, pela força da ciência, da lógica, ou simplesmente da palavra, uma racionalidade que impregne o ato de um certo grau de medicalidade. Mesmo que o seu "aproveitamento", no sentido da melhora do estado do doente, seja nulo, essas intervenções se justificam na medida em que se espera que as "expressões fisio-patológicas" que elas desvelam possam "contribuir, posto indiretamente", para a obtenção de um saber sobre a doença. É de uma dada qualidade desse saber que depende a psiquiatria para angariar seu estatuto de cientificidade.

Se o desenvolvimento da clínica repercute na ciência, o caminho inverso também é verdadeiro, constituindo-se fértil processo de retroalimentação. Assim, um maior conhecimento acerca do que sejam as doenças mentais pode contribuir para o aumento da eficácia terapêutica e, dessa outra maneira, novamente, atribuir medicalidade ao ato psiquiátrico.

"O desenvolvimento da parte científica do Hospital, por certo, ha de repercutir na parte clinica. O exacto conhecimento da etiologia das psychoses ainda deixa muito a desejar: tal estudo, entretanto, vae sendo lentamente apprehendido, e dia virá em que, senhores de perfeitas noções sobre as causas determinantes das psychoses, poderemos instituir tratamentos mais racionais. Continuamos a empregar, segundo os casos, em larga escala, a hydroterapia, a clinotherapie, e as medicações sedativas, taes como luminal, brometos, opiaceos, paraldehydos, etc. Sempre que ha indicações, é usado o tratamento especifico.¹⁰ A opoterapia da excellentes resultados nos casos em que se verificam disturbios das glandulas de secreção interna. Temos tambem ensaiado os

¹⁰ - Esse tratamento específico refere-se basicamente à terapêutica de bismuto, mercúrio e arsênico para a sífilis.

novos methodos therapeuticos aconselháveis pelas notabilidades. Para tanto criamos uma enfermaria especial, provida de pessoal habilitado e perfeitamente aparelhada para o fim a que se destina.¹¹ A cirurgia nervosa começa a abrir novos horizontes no tratamento de molestias mentaes, principalmente nos casos em que ha hypertensão do liquido cephalo-racheano. Infelizmente, porém, as nossas installações ainda não permitem a pratica da cirurgia craneana. O nosso serviço cirurgico está entregue a um habil profissional, que vem tres vezes por semana ao Hospicio, e attende aos casos urgentes. A nossa sala de cirurgia (...) está de accordo com os actuaes preceitos hygienicos. É uma sala ladrilhada, dotada de aparelhos para esterilisação do instrumental e da agua, á altura, portanto, da nossa organização hospitalar." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 28)

A possibilidade do emprego de uma terapêutica que tem efeito positivo sobre uma doença específica representa, para os alienistas, um grande avanço na sua busca contínua de cientificidade.

"A primeira vez que se encontrou uma causa positiva, por exemplo, para uma doença mental foi em 1917, quando surgiram os estudos sobre a sífilis. Então foi esclarecida justamente a patologia da paralisia geral progressiva, não é?, que a doença é uma meningoencefalite sífilítica. Nessa ocasião, então, apareceu o primeiro tratamento positivo vamos dizer no sentido do que se pode chamar de positivo para um doente mental. O paralítico geral era submetido à malarioterapia, que vinha a ser a inoculação do plasmodium, plasmodium benigno, por via intramuscular ou endovenosa, provocando a febre, aquelas febres de todos os dias. E nós provocávamos então essa febre durante 7, 8 dias, com cuidados especiais porque podia morrer o doente de malária. E geralmente a malária trouxe beneficios grandes. Um paralítico geral, um doente completamente perturbado, submetido à malarioterapia, os sintomas desapareciam completamente e voltava à normalidade. Normalidade aparente, psíquica, mas a doença estava porque tinha uma meningoencefalite sífilítica, com o causador da sífilis dentro do

¹¹ - O autor refere-se, provavelmente, à malarioterapia na PGP.

cérebro, nos exames anatomopatológicos. Isso já desse tempo no Hospital de Juquery, tem uma porção de exames feitos e que comprovam perfeitamente o espiroqueta dentro do cérebro. Mas nós dávamos ao mesmo tempo o 914, que era o arsenobenzol, uma medicação contra a sífilis que é a que se usava naquele tempo; uma medicação violenta, provocando reações às vezes muito fortes. Então nós associávamos a malarioterapia à arsenoterapia, ou outras também, usávamos os sais de mercúrio, sais de bismuto, sendo que alguns deles precisavam um pouco de cuidado, porque às vezes a sífilis atacava o nervo ótico. Era uma outra forma, era uma taboparalisia. Então aí, se nós déssemos, por exemplo, mercúrio ou déssemos certos produtos assim, nós íamos agravar esta neurite óptica e o indivíduo ficava cego. Então esse foi o primeiro passo positivo no tratamento de uma doença mental. Então podia se dizer: esse indivíduo tem uma paralisia geral progressiva, doença de Bayle, ou então, uma meningoencefalite sífilítica. Os hospitais então, como o Juquery mesmo, tinham pavilhões dedicados só a isso. O exame de líquido de espinha e o exame de sangue eram sistemáticos em todos os hospitais organizados. De '17 em diante, sempre." (Entrev. I)

A malarioterapia¹², na visão da psiquiatria da época, transforma "o conceito empírico da ação favorável das doenças febris nas psicoses em método científico" (SILVA, P.A. ; SILVA JUNIOR, 1937a, p. 11). É importante notar, aqui, que o empirismo da constatação do efeito benéfico das febres em alguns quadros psicóticos se transforma em referência científica, não por haver a psiquiatria conseguido explicar a gênese desses quadros ou o processo fisiológico que confere à febre essa fantástica propriedade curativa; mas, simplesmente, porque a malarioterapia funciona. A psiquiatria, a partir do

¹²- O estudo da malarioterapia compreende os seguintes artigos, expostos por ordem cronológica de publicação: SILVA ; PASSOS, 1926/1927a; VAMPRE ; LONGO, 1927 AUSTREGESILLO, 1929; BARBÉ, 1929/1930; ALVIM, 1929/1930a; SILVA, J.C., 1930/1931; VIEIRA, 1934; GOMES, C., 1934; SILVA, P.A., 1936; SILVA, P.A. ; SILVA JUNIOR, 1937a; SILVA, P.A.; SILVA JUNIOR ; PIMENTA, 1937 ; SILVA, P.A. ; SILVA JUNIOR, 1937b; e AMARAL FILHO ; CARDOSO, 1947.

advento da paludoterapia, tem a possibilidade concreta de estabelecer um diagnóstico e um tratamento que lhe corresponde, o que torna os seus instrumentos de trabalho absolutamente clínicos. O trabalho se reveste de medicalidade.

Apesar da descoberta da presença do treponema no cérebro dos paralíticos gerais, em 1912 por Noguchi e Moore, a terapêutica específica anti-sifilítica (arsenicais¹³, bismuto e mercúrio) não logra resultados satisfatórios para os quadros de paralisia geral. A percentagem de remissão continua a ser cerca de 5% (SILVA ; PASSOS, 1926/1927a, p. 33). Esse fato, associado à observação de que nem todos os quadros de sífilis evoluem para a PGP leva a cogitar-se a possibilidade de que esta última se deva a algum outro agente etiológico super-ajuntado àquele da sífilis, ou de que existe uma barreira fisiológica que impede a chegada dos fármacos antilúéticos ao cérebro. No entanto, mesmo a administração de substâncias treponemicidas pela via intrarraquiana resultam insatisfatórias.

A piretoterapia não é mais uma novidade na terceira década deste século. Já em 1885, Von Jauregg propõe tratar a PGP pela febre. Para produzi-la, utiliza-se a erisipela, a tuberculina e vacinas polivalentes.¹⁴ Em 1917 obtém

¹³- Os arsenicais disponíveis na época dividem-se, basicamente em trivalentes - 914 (rhodarsan e neo-salvarsan) e pentavalente (Stovarsol sódico). Este último parece ser menos tóxico que os trivalentes, os quais podem ocasionar "crise nitroide ou apoplexia serosa" (GOMES, C., 1934, p. 7). Para maiores detalhes acerca da terapêutica específica para a sífilis, cf. PARANHOS, 1925, pp. 101-110.

¹⁴- Várias formas de piretoterapia vão sendo empregadas na terapêutica da PGP, algumas delas: o dmélcos; a flicteno-terapia (em injeções de 10 cc. de serosidade de vesicatório); associação estrepto-bacilar; cultura de estafilococos mortos em injeções endo-venosas; vacina anti-tífica; tuberculina; injeções endo-venosas de leite ou peptonas. (ALVIM, 1929/1930a, p. 9.)

resultados satisfatórios com a malária terçã e logra grande divulgação de seu método.

No Juqueri o novo método começa a ser posto em prática em 1925, após a solicitação de permissão que Pacheco e Silva faz ao Secretário do Interior em 15 de setembro do mesmo ano. Essa aval superior se faz necessário porque o tratamento implica em provocar artificialmente uma doença nos pacientes¹⁵ e na época "o emprego da malarioterapia ainda não havia alcançado a sanção mundial" (SILVA, P.A. ; SILVA JUNIOR, 1937a, p. 11). Nos institutos particulares, essa solicitação é feita através do contato direto com a família do doente.

A malarioterapia aparece como o primeiro tratamento eficaz e específico para um quadro psiquiátrico e comprovadamente orgânico. Torna-se assim o grande ato terapêutico desde a construção do hospício até 1936.¹⁶

Em outubro de 1933, é criado o Serviço de Neuro-Sífilis da Assistência Geral a Psicopatas. Esse serviço aparece na medida em que existe uma terapêutica para a neuro-sífilis. Convém lembrar que a sífilis é considerada um flagelo da civilização há bem mais tempo, no entanto, a inexistência de um instrumento de trabalho eficaz contra a doença impede novas propostas de intervenção. Até aqui a ação possível era a higiênica: a campanha, a moralização dos costumes, a monogamia, o sexo restrito à procriação. Agrega-se agora uma proposta terapêutica científica.

¹⁵- Para os enfermos "cujas famílias tiverem deixado seus endereços neste hospital", será solicitada autorização das mesmas. (SILVA, P.A., 1936, p.16)

¹⁶- Em 1936, como se verá adiante, surgem outras terapias de choque, a insulina e o cardiazol, que imprimem um novo rumo à terapêutica das psicoses.

O método consiste na inoculação, usualmente intramuscular, de sangue de doentes maláricos - que não hajam ainda recebido o tratamento antimalárico com o quinino - colhido preferencialmente durante um pico febril.

"O hematozoario inoculado foi sempre o vivax, oriundo de individuos portadores de impaludismo contrahido na raiz da Serra de Santos, os quaes não tinham ainda se submettido ao tratamento pelo quinino, condição essencial, segundo a escola de Viena, para o bom resultado da inoculação. Sempre que nos foi possivel, buscámos individuos portadores de paludismo não artificial, entretanto, em muitos casos, fomos obrigados a proceder a transmissão do hematozoario, de paralytico a paralytico." (SILVA ; PASSOS, 1927b, p. 35)

A partir dessa época, o Juqueri passa a "exportar" sangue impaludado para os hospitais psiquiátricos de São Paulo, tanto públicos quanto privados. O hematozoário que estoca em seus doentes passa a chamar-se *Plasmodium J* (J para Juqueri). Além do fornecimento de sangue infectado, o Juqueri recebe doentes vindos de outros hospitais com o propósito específico de realizar a impaludação. Esse é o caso de L. F., internado no Instituto Paulista em setembro de 1926, que sofre 3 inoculações intramusculares sem contrair a malária. É enviado ao Juqueri para receber a sua quarta inoculação que também resulta improficua. De volta ao Instituto, recebe mais uma inoculação endovenosa sem resultados e dois dias após a sexta, endovenosa e intramuscular, responde com um pico de febre, apresenta perturbações cardíoro-respiratórias e óbito ao cabo de seis dias (VAMPRÉ ; LONGO, 1927).

A injeção do sangue contendo o *plasmodium*, realizada inicialmente por escarificação, tem a sua técnica modificada: deve ser aplicada de tal maneira a mimetizar a picada do anófeles.

"Injectámos no tecido muscular da região glutea dois cc. de sangue extrahido da veia do impaludado, de preferencia durante o

acesso febril. Adoptando o conselho de Gerstmann, ao injectar o sangue infestado, procurámos reproduzir, tanto quanto possível, a picada do mosquito transmissor. Isto é, mergulhámos perpendicularmente a agulha no tecido muscular e, á medida que injectavamos, iamós retirando a agulha, de modo a lançar o sangue contendo hematozoários nos diferentes planos musculares e no tecido celular sub-cutâneo. Aconselha ainda Guerstmann que se imprima á agulha, durante a injeção, movimentos em vários sentidos, com o fim de provocar pequenas rupturas vasculares. Utilizando essa technica, só em dois casos não lográmos provocar a infecção, pelo que recorremos, com feliz resultado em um delles, á injeção endovenosa." (SILVA ; PASSOS, 1927b, p. 35)

Os acessos febris aparecem entre 4 a 18 dias após a inoculação, a maioria por volta do 10º dia. O desenvolvimento não é o da terçã típica. Os acessos acontecem diariamente, a cada dois dias ou com intervalos de até oito dias. Em geral a evolução é benigna, embora, eventualmente possa assumir formas graves "provocando ictericia grave, augmento de volume do figado e baço, hérpes buccal e desordens cardiacas." (SILVA ; PASSOS, 1927b, p. 35) Os picos febris, que usualmente não vão além de 39°C, podem chegar até a 40,5°C quando então os doentes são "acommettidos por collapsos".

A única contra-indicação que convém resguardar são os casos de pacientes que apresentam sinais de grande insuficiência cardíaca pois nesses casos, "a morte é quasi sempre fatal, logo aos primeiros paroxismos" (SILVA ; PASSOS, 1927b, p. 36).

Além da morte por *ictus* e da instalação de um quadro maligno de malária levando ao colapso, há ainda um outro acidente que deve ser previsto. A PGP cursa com um processo de atrofia do nervo ótico. Este "apresenta disparidade cronologica e evolutiva com o processo cerebral" (SILVA, J.C., 1930/1931, p. 91) e é piorado pela malarioterapia tanto mais quanto mais adiantado estiver o processo atrófico. De tal maneira que não é incomum a

instalação de um quadro de diminuição severa da acuidade visual e mesmo de uma cegueira uni ou bilateral irreversível. Para os paralíticos que já apresentam deficiência visual é preciso diminuir o número de acessos e amenizá-los com a administração de pequenas doses de quinino, de tal forma a proteger o nervo ótico. Outra possibilidade de acidente é a ocorrência de "psicoses post-maláricas, que agravam o prognóstico da doença, porque dificilmente regridem." (SILVA, P.A., 1936, p. 32)

A malária artificialmente produzida responde bastante bem ao quinino, por via oral. Este é administrado aos paralíticos após dez ou doze acessos "úteis" de terça.

"Nunca empregamos, para debellar o mal, dose superior a 5 grs. de bissulfato de quinino, ministrado em doses diárias de 1,0 gr." (SILVA ; PASSOS, 1927a, p. 36)

O emprego de substâncias treponemicidas - o tratamento específico para a sífilis - após a obtenção dos acessos maláricos não é consenso entre os autores internacionais. Os alienistas paulistas optam pela utilização dessas substâncias, dando porém preferência ao bismuto, pois é comum a ocorrência de *ictus* após as injeções dos arsenicais. Alguns associam o mercúrio ao bismuto. SILVA ; SILVA JUNIOR (1937a) administram doses altas de 914, com resultados satisfatórios desde que alguns cuidados sejam tomados:

"nestes casos, além dos exames clínicos e paraclínicos repetidos, adotamos medidas terapêuticas protetoras, administrando aos doentes sistematicamente o suco hepático, por via bucal, e os aminoácidos do fígado, por via endovenosa." (SILVA, P.A. ; SILVA JUNIOR, 1937a, pp. 18-9)

Se o tratamento pela malária é violento e perigoso, a própria evolução da PGP tem um perfil bastante pior nessa época. "Doença inexorável, de evolução

rápida e irremediavelmente condenatória" que "reduz o individuo a lastimavel estado de miseria physica e psychica", a PGP tratada pelas substâncias anti-sifilíticas apresenta entre 1922 e 1924, no Juqueri, uma letalidade de 74%. A partir da implantação da malarioterapia essa letalidade cai para 24%. É evidente que a diminuição brutal no número de mortes seja devida em grande medida à própria terapêutica. No entanto, convém não esquecer que a impaludação requer condições de saúde e nutrição relativamente boas, o que exige que o doente a ela candidato seja alvo de intervenções mais cuidadosas e, o que significa contatos mais frequentes com o médico. Levando-se em conta o estado sub-humano de abandono a que ficam relegados os internos, não é difícil supor que a malarioterapia melhora condições higiênicas básicas, ao conferir aos potadores de "lastimável estado de miseria physica e psychica" o estatuto de 'doente em tratamento'.¹⁷

Há alguns casos, no entanto, nos quais a paludoterapia parece intensificar os processos sifilíticos, particularmente os da lues terciária. Austregesilo Filho, do laboratório de anatomia patológica da Clínica de Doenças Nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, encontra na autópsia de um parálítico recém malarizado lesões gomosas cerebrais recentes (AUSTREGESILO Fº, 1929, p. 366). O autor defende a hipótese de que a malarioterapia transformaria a PGP, forma mais maligna da sífilis, em formas mais brandas como a lues terciária, reforçando assim a indicação do tratamento específico com "bismuto, mercurio, iodo e arsenico segundo os casos clinicos, após a terapeutica pela malaria" (AUSTREGESILO FILHO, 1929, p. 368).

¹⁷ - Braslow estuda a história do tratamento pela febre malárica num Hospital Psiquiático da Flórida e chega à conclusão que "tratamentos podem produzir mudanças dramáticas na maneira pela qual os médicos percebem e interagem com seus pacientes." (BRASLOW, 1995.)

Fato curioso e benfazejo é que a malária artificial não parece ser transmitida pelo anófeles. "Não ha exemplo de transmissão da malaria pela picada do mosquito, em nenhum dos hospitais em que se tem empregado a malariotherapia." (SILVA ; PASSOS, 1927a, p. 33)

Para os casos mais resistentes à paludização ou para aqueles que não responderam à malarioterapia é possível proporcionar a inoculação intracerebral. SILVA ; SILVA JUNIOR (1937a) avaliam 25 doentes em estados diversos de PGP, incluindo alguns que não haviam ainda sido submetidos à malarioterapia pela via clássica, sem lograr resultados favoráveis. Concluem que "a impaludação cerebral não oferece nenhuma vantagem sobre a paludização periférica" (SILVA, P.A. ; SILVA JUNIOR, 1937a, p. 18).

Os artigos publicados a partir de 1926 que trazem avaliação de resultados terapêuticos empregam, quase que sistematicamente, os critérios de remissão propostos por Weygandt: "uma das maiores autoridades" em terapia pela malária. Os critérios de Weygandt enfatizam menos os aspectos clínicos, os quais incluem as condições psíquicas do paciente, que "as possibilidades sociais e profissionais" do mesmo, exibindo claramente um código moral que comunga com os valores sociais vigentes. É notável o forte conteúdo moralista que a classificação adotada pelos psiquiatras paulistas apresenta. "Nenhum rebaixamento do nível moral" e "perfeito juízo crítico" são critérios de julgamento moral tornados critérios clínicos. A adaptação ao "meio social" diz respeito diretamente a valores da moral burguesa: a família e o trabalho. A percepção social do mal inspira e molda uma psicopatologia peculiar.

A classificação de Weygandt é bastante operacional na medida em que substitui possíveis critérios psicopatológicos por critérios normatizados de adequação de comportamento que, de resto, não diferem muito daqueles do

senso comum. No entendimento dos psiquiatras, essa classificação é preferível porque a correta avaliação do doente em "bases clínicas" exigiria "exato conhecimento das condições psíquicas do paciente, antes e depois do aparecimento das perturbações mentais" (SILVA, P.A. ; SILVA JUNIOR, 1937a, p. 13). Os alienistas, dadas as condições em que se realiza seu trabalho, raramente conseguem ter disponíveis todos os dados que a sua ciência exige para um correto procedimento diagnóstico.

A classificação de Weygandt compreende três possibilidades de remissão: completa, social e incompleta.

"(...) a remissão completa se caracterizaria pela volta do doente ao meio familiar e pela adaptação ao meio social, ocupando o paciente a mesma posição anterior, sem que se tenha verificado qualquer rebaixamento do nível intelectual ou moral. Clínicamente tais doentes (...) não mais apresentam desordens psíquicas e revelam perfeito juízo crítico, avaliando perfeitamente a sua situação." (SILVA, P.A., 1936, p. 18)

"Na remissão social persiste certo resíduo psíquico, o que não impede ao paciente de viver no seio da família e circular livremente na sociedade. Entretanto a capacidade profissional permanece diminuída, em consequência do déficit mental." (SILVA, P.A., 1936, p. 25)

"Na remissão incompleta o déficit psíquico, por ser acentuado, restringe a atividade profissional aos trabalhos manuais, permitindo, entretanto a vida no meio familiar. Esses casos, ainda mais do que nos doentes em remissão social, exigem assistência da família, porque o estado mental, não obstante as melhoras havidas, impossibilita qualquer atitude que necessite esforço intelectual.(...) Sendo raras as saídas desses doentes do hospital e ficando restringida a sua atividade profissional aos simples trabalhos manuais, é bem de ver que a laborterapia forçosamente iria trazer-lhes notáveis benefícios, fato esse comprovado pelo número sempre crescente de doentes mantidos nos serviços agrícolas." (SILVA, P.A., 1936, pp. 26-7)

No começo da República, trata-se de viabilizar e fortalecer a estrutura asilar e desenvolver a ciência através do diagnóstico e da observação. A tais necessidades "internas" corresponde uma prática do trabalho alienista que visa a promover uma adequação do doente ao asilo, daí o predomínio dos tratamentos sintomáticos, particularmente aqueles visando diminuir a agitação. Já, com o adiantado processo de industrialização¹⁸, na ditadura de Vargas, trata-se de aumentar a rotatividade do hospital psiquiátrico para acolher o número sempre crescente de candidatos à internação e desenvolver a ciência através da anatomia patológica e de maior eficácia terapêutica, tudo isso aliado a um ajuste econômico ótimo. Assim, o antigo critério de Franco da Rocha: "saiu curado", não serve mais para as atuais exigências. A adoção dos novos critérios vem de encontro a essas necessidades. Já não se fala em cura, mas em remissão.

Qualquer dos três estados de remissão é compatível com a alta, o que interessa para esvaziar o hospício. Além disso, esses critérios estabelecem níveis de adaptação social através de uma graduação de possibilidades de adequar o doente ao trabalho. Com isso se pode re-introduzi-lo no mercado produtivo, se houver emprego ou se a família o quiser de volta; caso contrário, ele pode prestar inestimáveis serviços à economia hospitalar. A remissão incompleta proporcionada pela malarioterapia transforma um agudo ou crônico imprestável num doente válido para o trabalho, seja no hospital - aumentando o

¹⁸- AMARAL FILHO e CARDOSO (1947, p. 113) fazem um levantamento de 1000 casos consecutivos de PGP tratados pela malária no período de 1933 a 1946, no Hospital de Juqueri. Destes, 20.1% são operários especializados; 12%, comerciários; 11.5% são operários braçais; e, 11.1%, empregados em viação e transporte. Ou seja, 54.75% dos doentes com PGP internados no Juqueri nesse período de 13 anos estão diretamente ligados ao processo produtivo, em seus diversos momentos: produção, distribuição e comercialização de mercadorias. (Note-se que desses 1000 doentes, 170 não têm profissão registrada em prontuário.)

seu contingente de força de trabalho agrícola ou manufatureiro, seja na sociedade.

O novo tratamento da PGP funciona e algumas vezes seus efeitos são bastante contundentes. Tal é o caso de um doente, portador da forma expansiva da paralisia, que vê suas idéias de grandeza desaparecerem gradativamente: "Após cada injeção que tomo fico mais pobre." (SILVA, P.A., 1936, p. 18)

Os resultados dependem fundamentalmente do estágio da moléstia. Quanto menor o tempo de doença, melhores serão as remissões. De tal modo que mais de 80% dos doentes de paralisia em seu período prodrômico apresentam boa remissão (completa ou social). Além disso, a resposta é diferenciada segundo as diversas formas clínicas. A mais vulnerável à terapêutica palúdica é a forma expansiva, seguida pela depressiva. Englobando-se todas as formas e os diferentes tempos de doença, as remissões oscilam na faixa de 40 a 60%. Não são no entanto definitivas. Exigem reinoculações de tempos em tempos.

A reagudização do quadro clínico da PGP, após o tratamento palúdico, é também acompanhada por uma reativação das reações humorais detectável no exame do líquido. SILVA, P.A. (1936, p. 34) recomenda que os doentes submetidos à malarioterapia com remissão total, social ou mesmo incompleta sejam puncionados a cada seis meses e, "se houver reativação humoral e o tratamento específico não der resultados apreciáveis em pouco tempo", devem ser remalarizados.

A malarioterapia provoca mudanças no padrão paralítico do sangue e do líquido dos pacientes. A reação de Wassermann no sangue se mostra fracamente positiva ou mesmo negativa. No líquido, a linfocitose diminui sensivelmente; a taxa de albumina se normaliza; as reações das globulinas "não são mais tão

intensas", as coloidais não mostram mais a "chamada *curva paralítica*". Em seu artigo de 1926 Pacheco e Silva conclui por um "evidente parallelismo entre a redução das reações no liquor e as melhoras psychicas" (SILVA ; PASSOS, 1927a, p. 39).¹⁹ O autor ainda observa que frente à persistência da presença do espiroqueta, mormente em suas formas atípicas, nos cérebros dos paralíticos tratados pela malarioterapia não é possível se falar numa cura definitiva da doença.

Os paralíticos malarizados que recebem alta do hospital passam a ser seguidos no Ambulatório da Clínica Psiquiátrica,²⁰ onde são submetidos ao tratamento específico, complementar à malarioterapia e "mantidos em constante vigilância para oportuna e bem conduzida intervenção, caso haja reincidência dos sintomas da doença" (SILVA, P.A., 1936, p. 35).

O tratamento pela malária se estende a outras psicoses. Passa-se a tentar tratar com esse processo principalmente a esquizofrenia e a mania. Alvim relata suas experiências iniciais:

"O autor obteve exitos interessantes em alguns casos de mania e de esquizofrenia. Para nós, que já vimos remissões de formas diversas de esquizofrenia depois da febre tífica ou da tuberculinoterapia, não nos extranha, em enfermidades tão rebeldes a toda medicação, ver às vezes um demente precoce voltar á vida social. É um caso no qual se duvida si verdadeiramente era um esquizofrenico." (ALVIM, 1929/1930a, p. 6)

Embora a malarioterapia seja o grande trunfo terapêutico da psiquiatria dos anos '20, uma gama variada de medicações inespecíficas é amplamente

¹⁹ - Posteriormente, outros autores não confirmarão estes achados.

²⁰ - Setor ambulatorial do Departamento de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo, localizado na capital, à rua Brigadeiro Luís Antônio.

prescrita. Dentro do modelo da terapêutica do controle, uma vasta série de medicamentos e medidas é utilizada para reduzir as manifestações aberrantes do comportamento dos doentes. Nesse período, os barbitúricos vêm agregar-se aos narcóticos usados como sedativos ou hipnóticos.

"Depois disso (da malarioterapia), nós só tínhamos como terapêutica propriamente psiquiátrica os derivados barbitúricos; era o Gardenal e todos esses tipos de derivados barbitúricos que existiam na época. Eram medicamentos que tinham uma função específica, ou antes, moderadora, sobre os ataques epiléticos. Tinha outros derivados, tinha o sonifeno, tinha uma porção. Eram todos derivados barbitúricos que se usava. Mas era só nesses casos que dava um resultado positivo, porque os doentes agitados não melhoravam. Nós fazíamos, por exemplo, gardenal, fazíamos sonifeno, fazíamos toda essa medicação, uma dose alta, e eles dormiam, mas quando acordavam, acordavam muito pior. Fazíamos nos agitados, independente do quadro, do diagnóstico." (Entrev. I)

As substâncias com atuação primordial sobre o sistema neurovegetativo, como a adrenalina, ergotamina, hiosciamina, hioscina, duboisina, são largamente usadas. Ocorre ainda um aumento nas prescrições de fórmulas compostas, em sua grande maioria, por extratos vegetais.²¹ Aparecem os medicamentos opoterápicos.²² Os tônicos e reconstituintes²³ constituem a regra

²¹- Como, por exemplo, a "poção sedativa", frequentemente prescrita:

Extrato fluido de meimendo 1cc.
Extrato fluido de cratego 5cc.
Extrato fluido de passiflora 15cc.
Extrato fluido de valenciana 30cc.
Glicerina q.s.
Hidrolato de melissa ... q.s.p. 150cc.
Tomar 5cc. 3 vezes ao dia.

²² - Medicamentos à base de extratos de glândulas hormonais.

²³ - Nesse grupo se incluem: vários compostos fosfatados com cálcio e sódio; kola; adrenalina; estricnina; óleo de fígado de bacalhau; cacodilato de sódio e outros arsenicais; ferro; quina; canela; cascas de laranjas amargas.

das prescrições. A insulina é muito usada para abrir o apetite, melhorando as condições do estado geral dos pacientes. A farmácia do hospital trabalha em ritmo frenético.

"Durante o anno passado, (1926) aviámos nada menos de 13.248 receitas; por aqui pode-se calcular o cuidado que tributamos aos nossos doentes. Nesse mesmo período, preparamos 3.120 ampollas de óleo canphorado, 1837 de serum Hirsh n. 2, 1.534 de serum neuro-tonico, 700 de sulfato de esparteina, e consideravel quantidade de diversas outras espécies, perfazendo tudo um total de 9.485 ampollas. De agua ingleza preparámos 55 litros. Em 1923 aviámos 15.271 receitas, preparámos 11.725 ampollas." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p.18)

A água científica contribui para a manutenção da ordem asilar, acalmando aqueles doentes mais excitados com os banhos mornos que, à diferença da época de Franco da Rocha, não são mais tão prolongados. Os banhos muito prolongados, 8 a 12 horas de imersão, provocam maceração da pele. Indica-se a permanência de 2 a 3 horas no banho. O invólucro úmido passa a ser mais freqüentemente indicado. No Juqueri, a hidroterapia continua sendo aplicada, com as duchas e banheiras instaladas numa câmara especial tanto na seção feminina quanto na masculina. As duchas são a aplicação terapêutica mais aconselhável aos pacientes agitados.

Para a melancolia, ROXO (1929/1930) recomenda basicamente duas substâncias: o cacodilato de sódio e o extrato fluido de damiana. Observa o autor que, apesar de ainda muito recomendado nestes casos, o ópio é um remédio perigosíssimo e deve ser evitado uma vez que, além de provocar crise urêmica nos pacientes portadores de insuficiência renal, aumenta a insuficiência hepática, esta última tão comumente encontrada nos melancólicos. Ademais, é

freqüente que o ópio cause uma sensação de peso na cabeça, torpor e sonolência, sintomas que só fazem agravar os sofrimentos do deprimido.

Roxo sugere ainda a opoterapia, particularmente a hipofisária, suprarrenal e sexual, que "póde ser empregada com grandes vantagens" na melancolia. Também muito receitados por ele são os extratos fluidos de cereja da Virginia, coca e aromático americano. As injeções de soro isotônico, as duchas progressivas, as massagens, os raios ultra-violeta são "recursos de grande valor". Se houver ansiedade, ela deve ser explicada pela presença de um certo grau de acidose e tratada com bicarbonato de sódio em doses fortes ou com luminal ou gardenal em pequenas doses. A estriquinina e a kola devem ser evitadas neste caso (de melancolia com ansiedade), pois agravarão a ansiedade. Se há emagrecimento importante, dez unidades de insulina antes das refeições produzirão notável efeito. Além disso são muito úteis os fosfatos.

O tratamento profilático da melancolia, conforme recomendado por Roxo, consiste na administração de adrenalina (30 gotas diárias) caso surja qualquer sintoma que faça temer uma recaída. Se surgir ansiedade, 3 a 5 centgrs. diárias de luminal ou gardenal podem ser administradas. É possível observar aqui a retórica da prescrição, uma vez que no cotidiano do trabalho os resultados não se mostram tão estimulantes.

"Havia uns casos que saravam espontaneamente, mas eram as psicose maníaco-depressiva. Certas formas saravam, mas eram raras, porque geralmente o indivíduo caminhava para um estado muito mais grave. Na depressão, por exemplo, ele terminava no suicídio a maior parte das vezes. Então os doentes ficavam sempre amarrados, e não se alimentavam de jeito nenhum. Então nós éramos obrigados a sondar diariamente - duas vezes por dia - o doente depressivo até acabar, até morrer. Porque realmente eles iam se definhando, caíam numa pneumonia, uma coisa qualquer, e acabavam... e se não fossem amarrados, se não fossem cuidados especialmente eles se destruíam. O doente com idéia depressiva ia à

destruição. E não havia medicação que conseguisse modificar isso. Então, vamos dizer, a gente atendia os doentes assim, dando medicações gerais, para o estado geral; e esses calmantes derivados todos do ácido barbitúrico nós fazíamos." (Entrev. 1)

A teoria da convivência da loucura com alterações orgânicas diversas constrói conexões múltiplas para as relações entre o psiquismo, o sistema nervoso e os órgãos corporais, fornecendo novas possibilidades terapêuticas.

"à medida que vão sendo desvendados os mysterios da endocrinologia, os experimentadores vão assignalando a subordinação do systema nervoso às glandulas de secreção interna que, por intermedio do grande sympathico, presidem ao equilibrio das funções, inclusive da psychica, que não escapa á sua acção." (CESAR, 1928/1929, p. 119)

"Grande numero de perturbações psychicas pairam sobre a influencia directa das desordens funcçionaes e anatomicas das glandulas de secreção interna." (CESAR, 1928/1929, p. 120)

Assim, a tireóide se apresenta alterada nos delírios crônicos sistematizados, na demência precoce, em muitos casos de mania e melancolia, na epilepsia. A hipófise apresenta alterações histológicas na demência precoce, na epilepsia e na paralisia geral. As supra-renais mostram lesões nos casos de epilepsia e demência precoce. Os ovários e os testículos aparecem frequentemente anormais nos casos de idiotia, epilepsia e paralisia geral.

Os extratos glandulares são largamente utilizados neste período. A conclusão de Osorio Cesar, após o estudo anatomopatológico de 11 cadáveres de doentes com demência precoce, aponta para a confirmação da importância da utilização dos medicamentos opoterápicos no tratamento dessa moléstia.

"Os resultados das nossas observações sobre as lesões anatomo-pathologicas das glandulas de secreção interna (thyreoide, suprarenal, testiculo, ovario), vieram demonstrar que ellas são frequentes em todos os casos de demencia precoce

examinados. Também o accumulo de gorduras em quantidade mais ou menos apreciavel foi verificado na intimidade dessas glandulas, ao lado das alterações anatomicas apresentadas. (...) A natureza das lesões consignadas se resume, pois, em: escleroses, adenomas e bocios colloides, tratando-se da thireoide; por esclerose, diminuição das cellulas intersticiaes, pigmentos de natureza hematica, ausencia de espermatozoides, com relação ao testiculo. Na suprarenal, as lesões histologicas não foram encontradas systematicamente." (CESAR, 1928/1929, p. 143)

A falta de resposta clínica à opoterapia não é um indicativo para a sua suspensão. Sendo a disendocrinia apenas uma dentre as múltiplas alterações orgânicas que acompanham a doença mental, não é de se esperar que a terapêutica endócrina, como na verdade nenhuma outra, possa dar conta da cura do doente.

Essa inespecificidade permite estranhas conexões de sentido entre a racionalidade que orienta a utilização da opoterapia e a sua prescrição na prática do trabalho. Assim, em 1930, na Casa de Saúde Homem de Mello uma doente é internada com diagnóstico de "demência precoce - forma catatônica" tendo começado a apresentar a catatonia após o nascimento de seu segundo filho. Recebe um "tratamento endocrinico" inicial e um mês após sua entrada é submetida à injeção de terebentina, participando de um ensaio sobre abcesso de fixação. Um mês depois do abcesso continua apresentando o quadro que motivou sua internação. "Em vista de apresentar a doente predominancia do estado catatonico, continuamos o tratamento endocrinico." (MELLO, 1930/1931, p. 5) A opoterapia não está indicada neste caso em função de o início do quadro da paciente ter-se dado no puerpério. De fato, neste caso, os hormônios estão indicados em função da forma clínica de demência precoce que a doente apresenta: a catatônica.

A teoria das múltiplas alterações orgânicas associada à inespecificidade das modalidades terapêuticas e à necessidade de curar, a qualquer custo, imprimem ao trabalho psiquiátrico essa característica a que os psiquiatras chamam de "empirismo" e da qual tentarão tenazmente livrar-se.

Para a psicose de involução, Roxo recomenda um "tratamento básico" que consiste na administração de extrato de ovário ou de testículo "conforme o sexo" (ROXO, 1934a, p. 219). No climatério é preciso evitar o extrato de hipófise pois este excita muito a doente. Orienta o uso da foliculina associado aos cuidados para "evitar choques emotivos que facilitam a menopausa moral." (ROXO, 1934a, p. 221)

"A quem ler a receita de um medico que indique extrato de testículo para uma mulher, poderá parecer que labôra em erro. No entanto é perfeitamente ciêntífico. Malherbe, (...) refere duas observações que veram confirmar a hipótese de necessidade de impregnação masculina para realizar o equilibrio fisiológico da mulher. Em ambos os casos o tratamento ovariano e outros remedios nada haviam conseguido e, no entanto, o extrato orquíutico fez com que se modificasse o estado de excitação, a ansiedade e as modificações do humor. Malherbe diz que os efeitos benéficos do extrato testicular se devem á espermina. Indaga êle se no homem não seria util o uso de extrato de ovario para acalmar um excessivo eretismo de seus nervos. Observa êle, porém, que si é normal que a mulher seja completada fisiologicamente pelo homem, seria anormal e anti-fisiológico que o organismo masculino ficasse feminilizado pelos hormonios ovaricos." (ROXO, 1934a, p. 220)

Novamente, é curiosa a racionalidade que orienta os procedimentos: o eretismo psíquico é aplacado num "coito endócrino", no êxtase da completude fisiológica, perfeitamente científica. Trata-se da "opoterapia cruzada".

A terceira e a quarta décadas deste século se caracterizam pela introdução de diversas "novas modalidades" de tratamento da loucura,

baseadas em teorizações menos ou mais "científicas" e "ensaiadas" prodigamente com maior ou menor cuidado. O critério de escolha dos pacientes a serem submetidos à aplicação dessas novas terapêuticas, novamente, não parece ser o seu estado de curabilidade. É o comportamento dos doentes o critério que os indica ou contraindica para o tratamento. Curiosamente os mais calmos e dóceis são os indicados.

Ao ensaiar a diatermia no tratamento da PGP, conforme descrito mais adiante, os autores escolhem um paciente cujas condições psíquicas "já eram boas antes do tratamento pela diatermia". Se as boas condições do doente previamente ao tratamento criam uma dificuldade para o momento de avaliação da eficácia terapêutica do método em apreço, elas resolvem um outro problema que se afigura mais importante para a realização do trabalho: "recorremos a este paciente para o início dos nossos estudos, por se tratar de um doente calmo, docil, consciente, capaz de obedecer às nossas solicitações." (SILVA, A.C.P. et. al., 1930/1931)

O sujeito é tornado objeto do trabalho em função de um projeto que está orientado muito mais pela necessidade da experimentação do que pela necessidade de cura. Perfeita adequação entre uma necessidade e um objeto de trabalho. Parece ser mais importante a prática do ensaio, na qual está inscrito um certo cunho de cientificidade, do que necessidade de tratamento deste ou daquele doente em específico. O imperativo do experimento, tomado *a priori* como "bom em si mesmo", nubla a visão ético-crítica do agente. Muitas vezes as escolhas se dão em função de finalidades insuspeitadas.

Outra característica de muitos doentes eleitos para os ensaios de novos tratamentos é a cronicidade. Dadas as condições desoladoras do grande contingente de internados que vai passando da categoria de "agudo" para a de

"crônico", qualquer intervenção, mesmo com a menor esperança de cura ou o maior risco de complicação ou agravamento do quadro, parece justificar-se. Assim é que Almeida PRADO (1937a, p. 148), em seu ensaio com a soroterapia, aplica-a "justamente nos casos em que toda a terapêutica fôra baldada". O doente crônico, ao se tornar a própria expressão da condição sub-humana, se oferece como alvo preferencial de intervenções de mesma qualidade.

O tratamento exitoso da PGP pela malária artificial dá ênfase a uma série de tentativas, as mais variadas, de piretoterapias.²⁴ A idéia é elevar subitamente a temperatura do doente para a obtenção de uma série de picos térmicos. As substâncias piretogênicas são ensaiadas usualmente em injeções endovenosas ou intramusculares pela manhã, com intervalos de 3 dias, completando-se séries de 20 aplicações,²⁵ mimetizando uma terça. Algumas horas após a injeção, os doentes apresentam um pico febril que varia entre 37,5°C e 41°C. Duas a quatro horas depois retornam à sua temperatura basal.

Quando a malarioterapia resulta ineficaz ou se aparece uma contra-indicação, é possível empregar um método de piretoterapia química. AMARAL FILHO ; CARDOSO (1947) utilizam-se da sulfopiretoterapia para tratar 63 doentes que, submetidos à malarioterapia, não obtiveram resultados satisfatórios e mais 7 doentes que a tiveram contra-indicada. O tratamento consiste na injeção intramuscular de óleo sulfurado²⁶ duas vezes por semana.

²⁴ - As substâncias mais usadas são as proteínas (peptona, leite), as vacinas (Dmelcos), o enxofre, a cânfora, o iodo, o nucleinato de sódio.

²⁵ - Esse modelo de várias séries intervaladas será seguido, posteriormente, para as novas terapias biológicas.

²⁶ - A fórmula do óleo sulfurado contém os seguintes ingredientes:

Enxofre sublimado		0.008	grs.
Anestesina		0.01	grs.
Cânfora		0.04	grs.
Óleo de amendoim	q.s.p.	1.0	cc.

"Iniciávamos com 3 ou 5 cc., aumentando posteriormente a dose de 1 em 1 cc., conforme a intensidade da reação febril produzida pela última injeção, repetindo-a, entretanto, sempre que a temperatura atingisse ou ultrapassasse 40°. Nunca foi superada a dose máxima de 12 cc. Além da primeira reação febril, que sobrevinha em média 8 a 14 horas depois da aplicação do medicamento, podia observar-se no dia seguinte, não raras vezes, uma nova ascensão térmica denominada secundária, em geral menos elevada que a primeira. As injeções eram repetidas em série de 10, com repouso de um mês entre uma série e outra. O tratamento completo constou de um total de 20 crises febris úteis, isto é, acima de 39°." (AMARAL FILHO ; CARDOSO, 1947, P. 153)

Os inconvenientes apresentados pelo método piretoterápico são a dor local intensa, muitas vezes impedindo a deambulação, e a longa duração do tratamento. O autor obtem 35.7% de remissões.

Todas essas medicações, opiáceos, tônicos, reconstituintes, sedativos, extratos glandulares, piretogênicos, fazem parte do arsenal terapêutico da medicina em geral. Não há nelas nenhuma especificidade psiquiátrica. No entanto, dada a multiplicidade de disfunções orgânicas, emprestadas à clínica médica para compor os quadros mentais - sejam elas causais ou adjuvantes - a utilização dessas drogas médicas reveste-se de especificidade psiquiátrica no nível do saber retórico. "Tônicos", "estimulantes" e "sedativos" são herança de uma outra medicina, a dos humores, transportadas para o começo do século XX pela própria força de seu nome. Aquelas substâncias que podem proporcionar sedação, diminuição da agitação, tonicidade cerebral e geral são mais comumente prescritas. Ainda assim, se esses remédios não carregam consigo a nobreza da especificidade, garantem a prática de um modelo terapêutico de controle.

É interessante observar aqui que a medicalidade e cientificidade que a psiquiatria busca não podem ser obtidas a partir daquilo que é a própria medicina, ou seja, na repetição de suas drogas e de seu saber, mas sim de seu método. O que se torna necessário é buscar, além da eficácia terapêutica, uma especificidade psiquiátrica. É preciso, utilizando o método clínico, buscar tratamentos correspondentes aos diagnósticos. As "medidas gerais" não garantem à psiquiatria um estatuto de legitimidade científica. É possível observar isso, quando se verifica que o entusiasmo provocado entre os psiquiatras pelo advento da malarioterapia foi incomparavelmente maior do que quando apareceram os barbitúricos. A paludização é um tratamento para um quadro clínico eminentemente psiquiátrico. Os barbitúricos, apesar de na época já serem prescritos para a epilepsia, são considerados como sedativos, agregando-se ao ópio, aos brometos, ao cloral. Ademais, a própria epilepsia é objeto de disputa entre psiquiatras e neurologistas.²⁷

²⁷ - A neurologia e a psiquiatria permaneceram ligadas por bastante tempo. Em 1961, cria-se na Associação Paulista de Medicina o Departamento de Psiquiatria. Durante o período que esta pesquisa abrange, ambas as "especialidades" encontram grandes áreas de intersecção. "Quando eu comecei, (década de '40), o número de epiléticos era grande. Porque quando a gente começa, e começava naquela época, a gente fazia também um pouquinho de neurologia. Tanto que tinha muitos colegas que colocavam no receituário: "Especialista em doenças mentais e nervosas". Assim como os neurologistas também acrescentavam: "Especialista em doenças nervosas e mentais". O prof. Paulino Longo era um exemplo. Ele era neurologista, professor de neurologia da Escola Paulista de Medicina mas a maioria da clientela dele era de psiquiatria. Todo mundo passava primeiro pelo Longo. Primeiro porque ele tinha sido assistente de outro grande neuropsiquiatra: Prof. Vampré, que foi psiquiatra do Juquery e neurologista também do Juquery. Mas ele era mais neurologista do que psiquiatra, enfim, no fundo era neuropsiquiatra, um homem de alta capacidade e de grande renome, não é? E... mas nós brincávamos, porque teve muito médico que era assim. Então trabalhavam nos serviços... eram neurologistas aqui em São Paulo e faziam psiquiatria no Juquery e a gente então maldosamente chamava de "giletes", porque eles faziam neurologia aqui e faziam psiquiatria lá. E no fim a gente não entendia bem o que é que faziam. Mas eram todos eles de filiação do Paulino Longo e do Prof. Tolosa. Quer dizer, a turma do Prof. Tolosa da USP já seguia mais... eram neurologistas e quase todos faziam neurologia. A turma do Longo é que como neurologista, também faziam psiquiatria. Mas eram tudo ótimos colegas e boa gente, não é? Mas a gente se defendia em parte fazendo também um pouquinho de neurologia. E à medida em que passava o tempo ficava só com psiquiatria ou só com neurologia." (Entrev. VII)

Além das substâncias piretógenas, outras maneiras de fazer febre são ensaiadas. Uma delas, a diatermia, é um meio físico para a obtenção da hiperpirexia. Pacheco e Silva, Fajardo e Marques de Carvalho utilizam-se dessa técnica para doentes com paralisia geral, em 1931. Tal técnica, adaptada pelos autores, consiste na aplicação de eletrodos fenestrados de cobre, sobre grandes superfícies do tórax e dorso, pelos quais passam correntes de 4000 mA. Para manter a temperatura elevada durante a aplicação é necessário envolver o paciente com 7 a 8 cobertores e um lençol de borracha para o isolamento. Para evitar que o doente arranque a placa de cobre aposta ao seu corpo, são utilizados coletes de pano impermeável com amarras posteriores. "A elevação da temperatura depende do peso do paciente, da intensidade da corrente e da eficiência do isolamento." (SILVA, A.C.P. et. al., 1930/1931, p. 114)

Cinco paráliticos gerais são submetidos a esse tratamento recebendo, cada um, entre dez e quinze aplicações intervaladas por períodos de três dias. A diatermia segue o mesmo modelo das séries e dos intervalos. Cada aplicação dura 6 horas, sendo 4 delas, com o aparelho diatérmico ligado. Além da sudorese profusa, diminuição da pressão arterial e perda rápida de peso (até 5 quilos em cada aplicação),

"para o lado mental, notámos em alguns doentes crises de excitação psicomotora, exteriorização de idéas delirantes, durante as quais os pacientes reagem energeticamente, procurando se desvencilhar dos eletródos. (...) Verificámos também, (...) que os doentes se mantêm agitados até o fim da aplicação, o que muito dificulta o emprêgo deste método." (SILVA, A.C.P. et. al., 1930/1931, p. 116)

Um dos pacientes suportou bem as primeiras aplicações, "mas foi enfraquecendo aos poucos", tendo se tornado necessária a administração de tônicos. "Não obstante, as condições físicas permaneceram precárias por longo

tempo". No que se refere ao quadro mental do doente, "a forma expansiva por êle apresentada se transformou em apatica, com acentuada depressão. Assim permanece até hoje." (SILVA, A.C.P. et. al., 1930/1931, p. 118) O segundo paciente apresentou rebeldia ao tratamento. Suas dez aplicações foram realizadas com grande dificuldade e "para o lado mental não se registrou remissão alguma, observando-se o mesmo quadro mental anterior ao tratamento." (SILVA, A.C.P. et. al., 1930/1931, p. 119) Os outros três casos não diferiram muito. Constatam os autores: "não colhemos, das nossas aplicações, resultados apreciáveis; julgamos portanto, por ora, inferior á malarioterapia." Não obstante, comunicam que já estão sendo submetidos ao tratamento diatérmico seis outros doentes.

Se, para as propostas de intervenção na população, os preceitos higiênicos se revestem de um caráter preventivo em relação às doenças mentais, dentro do hospício eles se confundem com a própria terapêutica e são aplicados com vistas à recuperação dos doentes, quer como coadjuvantes, quer como tratamento específico. O uso terapêutico de um desses preceitos higiênicos, implantado por Pacheco e Silva, é particularmente curioso:

"Temos contratado um dentista que diariamente atende aos internados. (...) deixe que lhe eu relate um facto interessante: em 1918, o dr. Catton, director do Asylo de Alienados de Trenton, Estado de Nova Jersey, nos Estados Unidos, inaugurou um novo methodo de tratamento da alienação mental, que consistia em limpar os dentes cariados dos doentes, retirar-lhes as amygdalas inflammadas e entreter uma desinfeção do tubo digestivo. As estatisticas do autor demonstram que de 1919 a 1922, 1.400 doentes reputados incuraveis obtiveram alta saindo todos do hospicio na mais perfeita saude phisica e mental. Taes estatisticas não foram confirmadas em outros lugares; mas todos que têm experimentado esse tratamento são unanimes em proclamarem as suas vantagens. Quando não bastassem essas razões invocadas sob o ponto de vista scientifico, o simples facto da Penitenciaria

possuir um profissional para os presos, já seria um precedente suficiente para que o exigissemos também." (SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 18)

A eletricidade é usada para os casos de dor e como medida fisioterapêutica de reabilitação. Num caso de síndrome de Korsakoff tífica, James ALVIM (1929/1930b), dada a condição hipotrófica da musculatura do doente, acamado há bastante tempo, indica a aplicação de correntes farádicas. Para combater a síndrome utiliza a estriquinina.

A eletricidade fornece também a possibilidade de tratar com sais ionizados. Na Secção de Eletrotetrapia do Juqueri, Mario Yahn estuda os efeitos da ionização transcerebral em 8 pacientes epiléticas. O autor se baseia nas "propriedades esclerolíticas" dos íons iodo e cálcio, para lisar diretamente o "fóco cortical" do cérebro epilético, ou para "dissolver prováveis aderências meníngeas" nos casos em que o exame neurológico não mostra uma localização do foco. De posse de uma racionalidade que norteia a ação terapêutica da medida proposta, é preciso ainda justificar o seu emprego:

"Pensamos não ser inoportuna a nossa tentativa de tratamento (...) dada a sua inocuidade ainda quando fracasse a cura e nem ao menos haja melhora. Pela simplicidade do método, pela segurança com que podemos dosar a corrente elétrica que veicula o íon medicamentoso e pela impossibilidade de provocar fenômenos de intoxicação, dada a quantidade mínima de medicamento que é introduzida, tal tentativa só tem a desvantagem, no caso de resultar nula, o fator tempo." (YAHN ; SILVA, 1936, p. 153-4)

As doentes escolhidas são seis epiléticas oligofrênicas com evolução de 9 a 30 anos de doença, que se acham em tratamento com "Luminal na dose de 0,grs.10 ao dia", do qual deverão abster-se pelo período de um ano, tempo de

duração do tratamento iônico. Descreve-se a seguir o método utilizado pelos autores.

"Usámos em nossos tratamentos, electrodios constituídos por lâminas de estanho recobertas de pano, sendo o ativo binocular e o indiferente de formato quadrangular com as dimensões de 10 X 12 cms. A corrente galvânica era fornecida por pantostato "Siemens" com retificação à válvula de 120 e 220 volts. Paciente sentado, electródio negativo embebido em solução a 1% de iodeto de potássio; electrodio positivo com solução saturada de Cloreto de sódio colocado na nuca, ao nível do buraco occipital. Intensidade variando de 3 a 5 mA, o que era atingido lentamente ao fim de cinco minutos de aplicação. Duração do ensaio de 20 minutos na primeira aplicação, 25 na segunda e 30 minutos de então por diante." (YAHN ; SILVA, 1936, p. 156)

As conclusões são pouco animadoras: à "simplicidade e inocuidade" do método vem associar-se a ausência de resposta clínica, sem melhoria da epilepsia e sem alteração no quadro mental das doentes. Ao contrário, as pacientes têm a frequência de suas crises convulsivas elevada em quase todos os casos. "Em consequência dos resultados negativos obtidos, não quizemos retardar o início de outra terapêutica mais profícua." (YAHN ; SILVA, 1936, p. 156)

Nessa mesma publicação, os autores relatam sua experiência com a pneumoencefaloterapia na epilepsia. A prática da pneumoencefalografia vem sendo realizada no Juqueri, há algum tempo, com a finalidade de evidenciar a lesão cerebral que se relaciona com a doença diagnosticada. Seu emprego "quasi rotineiro" nos epiléticos leva à observação de que muitos doentes melhoram após serem submetidos à radiografia cerebral contrastada com ar. De tal maneira que se resolve utilizar esse procedimento com finalidades terapêuticas.

Os autores observam, ao submeter à pneumoencefaloterapia as oito doentes ionizadas, "lesões cerebrais mais ou menos extensas" em todos os casos. Mesmo tendo em vista o fato de que "a sucessão repetida das crises convulsivas determina leves hemorragias" que podem ter sido a causa de muitas dessas alterações observadas na radiografia, os autores concluem que nenhuma das doentes era portadora de epilepsia essencial.

Terapêutica, diagnóstico anatomopatológico, prognóstico: fundem-se os diversos momentos do trabalho numa síntese radiográfica. "A vantagem da pneumoencefaloterapia é permitir também uma radiografia do cérebro que porá o clínico bem ao par das circunstâncias presentes em cada caso." (YAHN ; SILVA, 1936, p. 174) A ação do ar na intimidade dos espaços cerebrais é incisiva. Ele age tanto aumentando como diminuindo o número de crises convulsivas, a depender do caso. Para as pacientes estudadas por esses autores o ar foi bastante nefasto.

"Infelizmente, devido ao aumento das crises, persistindo até dois meses após a insuflação do ar, não pudemos levar além desse tempo a observação e reconduzimos logo os doentes ao tratamento barbitúrico. Mas a agravação imediata ficou bem positivada." (YAHN ; SILVA, 1936, p. 159)

O soro glicosado, a par de suas características desintoxicantes, vai se revestindo de novas propriedades terapêuticas que agora se colocam em função de sua atuação na regulação pressórica dos fluidos orgânicos e de seu efeito "coloidoclásico". Assim, Almeida Prado,

"meditando sobre o papel da pressão endocraniana e sua contribuição direta ou indireta nos vários desequilíbrios bio-psíquicos (e) pensando na idéia plausível do hidrocéfalo externo permanente da região fronto-parietal, com alterações paquionianas e bloqueio compensatório do espaço subdural da

fôssa posterior, a condicionar, a princípio uma perturbação funcional da cortex e ao depois anatômica, em correspondente expressão super-estrutural nos processos esquizofrênicos, quiçá em outros síndromos" (PRADO, 1937a, p. 147-8)

resolve instituir o sôro hipertônico em vários "epiléticos de ataques próximos" (6 doentes), "excitados maníacos" (5 doentes) e "deprimidos" (2 doentes), "de vária etiologia". Todos os doentes são submetidos a uma injeção diária de soro glicosado hipertônico a 30%, 10 cc., por 11 dias, à qual se seguem "curvas magníficas de pressão arterial, temperatura e pulso". A usual queda de temperatura que aparece nos seus doentes, após a injeção de soro hipertônico, leva o autor a algumas cogitações acerca da fisiopatologia da epilepsia. Ele arrisca uma teorização:

"(...) com a repetição dos acessos convulsivos, vai havendo um estado de hipertensão endocraniana que mantém ou facilita a excitação não só de um provável centro convulsiogeno, como direta ou indiretamente condiciona alteração no centro termogênico (...) o sôro glicosado hipertônico, de algum modo tenderia a normalisar a circulação encefálica sanguínea e líquórica, e diminuir ou anular este estado anormal." (PRADO, 1937a, p. 155, grifo nosso)

Se a possibilidade terapêutica do método proposto é brevemente desmentida pelos resultados nulos, o interesse no método se mantém na medida em que ele pode gerar conhecimentos "plausíveis" acerca de alguns fenômenos que coabitam o estado mórbido. Assim, a terapêutica exerce sua função propiciadora de elaboração de um saber sobre a doença. Mesmo que à custa de um experimentalismo com poucas fronteiras.

"E como não apresentassem os doentes, nem durante, nem após 45 dias do tratamento o menor sinal de melhora, isto é, os doentes de convulsões continuando com as suas convulsões da

mesmíssima forma, os agitados permanecendo em agitação psicomotora como dantes e os deprimidos quasi sem alteração, instituímos nos mesmos doentes, já a título de tratamento (...), já para se apanharem as modificações tensionais - sobretudo os números a serem acusados pelo registro de pressão, temperatura e pulso, que haveriam de ser interessantes -, o sôro glicosado isotônico, a 5%, ampolas de 125 cc. via venosa, diariamente." (PRADO, 1937a, p. 154, grifo nosso)

Os abcessos de fixação começam a ser utilizados em 1930. Oscar Homem de MELLO (1930/1931) se coloca como "o iniciador desse methodo therapeutico entre nós, como já o fôra para a Malariotherapia". O método consiste na injeção sub-cutânea de 4 c.c. de terebentina, usualmente na face lateral externa da coxa, com o intuito de provocar um abcesso. Cinco a oito dias após a injeção, é realizada a incisão do mesmo. A ferida necessita de curativos com hipoclorina, soro seco e solução iodada, a princípio diários e, posteriormente, em dias intercalados. Ao cabo de mais ou menos 40 dias está cicatrizada. Homem de Mello ensaia essa nova terapêutica em três doentes de sua clínica (as únicas para as quais consegue a devida autorização da família). Divide-as, cientificamente, em dois grupos: o primeiro constituído por duas dementes precoces catatônicas e o segundo, por uma demente precoce hebefrênica. Seus resultados não são muito animadores.

"Da injeção de Terebentina até a completa cicatrização da ferida, numa unica doente observamos modificação do estado mental, aliás curta, pois durou 3 dias. E consistiu em: desaparecimento da catatonia e do mutismo; diminuição pronunciada do negativismo; boa associação de idéias. Foi tudo. No 4º dia tudo voltou atraz e a doente achava-se como anteriormente ao abcesso. (...) O tratamento pelo abcesso de fixação em nada modificou o estado mental dessas 3 doentes." (MELLO, 1930/1931, pp. 4 e 7)

Posteriormente, com a continuação da aplicação do método, outros autores obterão resultados mais favoráveis.

Também as crianças se tornam alvo do espírito "cientificador". Nesse período, os "pequenos psicopatas", ganham melhores instalações. O pavilhão que lhes havia sido providenciado por Franco da Rocha, em 1922, começa a mostrar, neste novo momento terapêutico, inadequação exatamente em relação às mesmas características que antes haviam sido exaltadas pelos moldes do "hospício saudável". Assim, o velho 5º pavilhão masculino, que abriga 20 a 30 meninos, "de construção antiga, com instalações sanitárias primitivas, anti-higiênicas" (BAPTISTA, 1938, p. 251) sofre uma reforma executada pela seção de Ergoterapia da Assistência Geral a Psicopatas, para se tornar o Pavilhão Asilo, para onde são enviados todos os menores entrados e onde permanecem aqueles diagnosticados como "ineducáveis". Em 1929 é construído um novo prédio para os menores "educáveis": a Escola Pacheco e Silva.

A arquitetura asilar cria novas categorias de doentes. A partir da existência do prédio da escola e do pavilhão asilo, é possível e pertinente que os instrumentos que permitem a discriminação com respeito à "educabilidade" dos pequenos doentes (testes psico-pedagógicos) sejam incorporados ao arsenal diagnóstico dos menores entrados. Assim, o processo diagnóstico para os menores constará de "ficha biográfica, exames de entrada, somático, neurológico, mental, psicopedagógico e "testes" variados." De rotina são realizados os exames de sangue, urina e fezes, além de inspeção dos ouvidos, nariz, garganta e dos dentes.

Para os ineducáveis - "idiotas de todos os gêneros, imbecis, epiléticos em marcha para o estado demencial, post-encefalíticos graves, etc." (BAPTISTA, 1938, p. 254) - os cuidados médico-higiênicos. Para os educáveis -

"débeis mentais e anômalos com perturbações da moral e do caráter" - a "pedagogia corretiva". Tomando por base que "a adaptação está em razão inversa ao grau de evolução pubertária", que "a pedagogia corretiva só é eficaz se precocemente iniciada" (BAPTISTA, 1938) e que a puberdade dos anormais é cronologicamente atrasada, as idades fixadas para inclusão e exclusão na escola são respectivamente 6 e 15 anos.

A terapêutica pedagógica especial impõe, além dos métodos que visam mormente à "educação dos sentidos, da atenção, da vontade", algumas normas: são proibidas licenças e férias, pois estas "prejudicam o plano educativo"; as visitas restringem-se aos "terceiros domingos de cada mês" e os presentes trazidos aos pequenos devem ser entregues às guardas, que procederão a uma triagem antes de entregá-los.

Para os anormais a educação é mais importante que a instrução. Embora os procedimentos estejam orientados para a finalidade de "aumentar o mais possível o valor social do educando" e "aos mais prendados ensina-se como ganhar a própria vida".

O fato é que grande parte dessas crianças passarão a vida dentro do hospício. Sairão da Escola Pacheco e Silva para o Pavilhão Asilo, deste para os pavilhões de adultos caso sejam agitados ou para as colônias caso sejam tranqüilos. Dai, por alguma intercorrência clínica, irão para as Clínicas Especializadas e finalmente destas para a sala de necrópsia. Entregues à própria sorte, muitos falecem ainda nos primeiros estágios da sua carreira de vida no Juqueri. O hospital fracassa também na sua "problemática assistencial", malgrado todo o devotamento de seus agentes.

"Aqui, (...) estamos todos, a começar pelo mais modesto dos empregados e a terminar por mim, inteiramente isolados do

mundo, inteiramente consagrados á sorte destes infelizes. A vida de qualquer um delles, esteja ella ameaçada de molestia curavel ou não, merece de cada um de nós o mesmo zelo e o mesmo carinho. É isso que exijo dos meus auxiliares, e felizmente, digo-o com satisfação, elles têm correspondido aos meus desejos."
(SILVA, A.C.P. apud RIBEIRO, 1928, p. 25)

CAPÍTULO 4

UM MÉDICO COMO OS OUTROS (1936-1954)

Cada novo tratamento que surge desloca os anteriores do seu lugar de "moderno e científico" para o lugar de "empírico" ou "assistencial". Marca-se este período pela introdução de três métodos terapêuticos que conseguem um importante grau de especificidade em relação às psicoses: a insulinoterapia, o choque cardiazólico e o eletrochoque, além das cirurgias cerebrais mutilantes.

"Mas então era um milagre. O hospital transformou-se completamente no seu modo de atender. (O eletrochoque) tornou-se uma coisa comum nos hospitais psiquiátricos e milagrosamente modificou o hospital psiquiátrico." (Entrev. I)

O tratamento eficiente retira a psiquiatria da esfera administrativa para colocá-la na ordem da ciência.

"Temos a impressão de que, antes, dávamos assistência médica aos doentes mentais, e hoje, lhes damos, além disso, tratamento eficiente." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 359)

Sobre a terapêutica de choque, Pacheco e Silva observa que, apesar de algumas delas já existirem há bastante tempo, "só nesses últimos anos o seu emprego passou a ser feito de forma menos empírica, baseado em princípios científicos mais rigorosos" (SILVA, A.C.P., 1942, P. 1073).

O Estado Novo vai imprimir às condições de trabalho no Juqueri características bastante peculiares. O problema da superlotação, até então relativamente suave, passará a se constituir em uma questão aguda e grave, em função do aumento drástico do número de internados que a instituição sofre em 1939. Esse fato tem repercussão imediata nas condições da prática do trabalho.

A aplicação do cardiazol e da insulina, ensaiados a partir de 1936, dá uma nova conformação ao hospital psiquiátrico. Permite uma outra arquitetura.

"Os hospitais psiquiátricos, até essa época de '30 e poucos, todos eles tinham seus pavilhões, alguns tinham uma casa isolada para pessoa de posse, mas no fundo eles tinham dois compartimentos, dois prédios à parte que eram para doentes agitados. Mesmo o hospital Pinel, que era um hospital modelo em 1930¹, tinha um pavilhão para doentes agitados. Esses doentes ficavam gritando e tomando remédio e fazendo isso e ... amarrados porque não tinha outro jeito. Se se deixasse um doente desse sem essa proteção acabava morrendo. Eu vou lhe dizer por exemplo, exemplos de suicídio. Uma ocasião, um doente lá que nós sabíamos que ia se suicidar, mas deixamos no pavilhão e avisamos o enfermeiro: "não descuide", o enfermeiro passava toda hora. Quando chegou de manhã cedo, o enfermeiro foi acordar o doente, o doente estava morto. O doente pegou o lençol, deu um nó na garganta e amarrou apertado e enforcou-se. Tinha um - um padre até - que se a gente deixasse ele corria para bater a cabeça no chão. Mas bater e abrir a testa. Uma depressão que ele estava ... nas formas depressivas. De modo que com o advento da cunvulsoterapia e da insulino-terapia modificou-se tanto que em 1936 quando nós iniciamos o hospital aqui, a Casa de Saúde X, foi o primeiro hospital que não teve quarto forte." (Entrev. I)

As terapias biológicas dão origem à Seção de Esquizofrenia do Hospital Central de Juqueri. Instalada em 1937 no 1º Pavilhão de Homens e contando com poucos recursos materiais e de pessoal, a Seção consiste num amplo aposento com 20 leitos "ao em vez de quartos isolados, devido as facilidades de vigilância com pessoal reduzido" (CARVALHO, 1939a, p. 282). Os doentes são

¹- "Esse Pinel de São Paulo, Sanatório Pinel em Piratuba, esse foi um hospital particular, modelo, criado em 1930. Eu fui o primeiro estudante interno desse hospital. Foi criado nos moldes mais ... melhor possíveis, mas não havia terapêutica ainda como eu estou lhe dizendo ... mas haviam cuidados especiais, por exemplo tinham doentes que ficava a família, todos aí, enfermeiro particular acompanhando." Entrevista I.

encaminhados para a Seção, diretamente do Pavilhão de Recepção ou, a pedido do médico da Seção, de qualquer das dependências do hospital. Os doentes, após serem submetidos aos tratamentos, são reencaminhados aos pavilhões de origem.

Yahn e Oliveira Neto publicam em 1942 um artigo sobre a utilização da terapia cardiazólica em 400 doentes do 5º Pavilhão de Mulheres. Neste, os autores relatam as condições asilares e sua influência na aplicação da terapêutica.

"O 5º Pavilhão de Mulheres do Hospital do Juquerí, teve a lotação de 100 a 120 leitos até o ano de 1938. A partir de 1939, em consequência da orientação adotada pela Diretoria do Serviço, que determinou a abertura ampla das portas do Serviço de Assistência a Psicopatas a todos os pedidos de internação, a lotação foi elevada para 180, 200 ou 220 leitos, sem que tivesse havido um aumento proporcional do pessoal de enfermagem e do corpo clínico." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 334)

A intensa rotatividade dos pavilhões passa a contrastar com a antiga longa permanência dos doentes internados. As vagas que se formam com as remoções para as colônias, altas e falecimentos são logo preenchidas com novos doentes "em verdadeiro regime de pressão" (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 334). Em 1939 passam pelo 5º pavilhão de mulheres 546 doentes, em 1940 o movimento é de 576, e em 1941 de 465. A terapêutica é empregada na tentativa de acompanhar esse novo ritmo. Mas, se por um lado, o ritmo acelerado exige a aplicação rápida dos tratamentos indicados para que se possa decidir o destino institucional do doente, por outro, esse mesmo ritmo se torna um obstáculo à adequada eleição da intervenção.

"(...) a única maneira graças à qual conseguimos ampliar desse modo as possibilidades do movimento da Secção para

atender à constante solicitação de vagas que nos era feita, foi a intensificação dos tratamentos, com perseverança e energia, visando sempre obter os máximos resultados. Compreende-se que num tal ritmo de trabalho, imperioso, porque precisávamos dar a todos os pacientes um tratamento adequado, para decidir sobre a conveniência de sua alta ou de sua remoção para as Colônias, nem sempre nos foi possível conseguir uma seleção ideal, tanto sob o ponto de vista físico como psíquico para aplicação de uma terapêutica adequada aos nossos doentes." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 335)

Reiterada em seu segundo governo, a política ademarista de colocar os doentes mentais das cadeias no Juqueri imprime uma determinada rotina ao hospital que, se a princípio parece se constituir numa situação de excepcionalidade, aos poucos se tornará usual, uma vez que a superlotação tenderá a aumentar.²

"E a superlotação continuava, era o governo do Ademar de Barros, que mandou recolher os mendigos de São Paulo no Juqueri pros jornalistas não começarem a falar muito. Então, superlotou o Juqueri, não houve condições. Eu, por exemplo, trabalhava num pavilhão que cabia uma lotação de 120 doentes oficialmente, mas eu tinha 576 doentes naquele pavilhão, sendo 76 menores de idade, crianças. Eu sozinho era o responsável. _ noite, os doentes se recolhiam e dormiam nos degraus da escada, assim, como se fossem prateleiras. Era assim. Não era raro cair lá de cima no chão. Era assim o Juqueri... não é? E os outros hospitais não ficavam nada mais barato. Nada, nada." (Entrev. II)

²- Incluindo-se o hospital central, as colônias e as clínicas especializadas, o Juqueri apresenta a seguinte população internada:

1927	1842 doentes.
1938	1847 doentes.
1939	3325 doentes.
1945	4627 doentes.
1950	6328 doentes.
1957	7099 doentes.
1958	11009 doentes.

Dados obtidos in SÁ, 1983, p. 157 (à exceção do dado referente a 1927).

Na admissão ao 5º pavilhão, adota-se como critério geral a realização do exame psíquico e físico; se necessário, é pedida uma radiografia de tórax.

"Feito isto, passava-se para o 1º tratamento de rotina adotado na Secção, que em certo tempo foi a iodopectona endovenosa, ou a Convulsoterapia cardiazólica. Vinha a seguir, se necessário, o 2º tratamento, que seria então um dos dois anteriores que não fora ainda aplicado. O 3º tratamento foi, em regra, a Insulinoterapia e o 4º a Leucotomia cerebral ou a Convulsoterapia pelo método de Cerlette e Bini." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 335)

Num regime de tal intensidade, as condições orgânicas dos recém internados, muitas vezes bastante depauperadas, não são convenientemente tratadas antes de dar início aos tratamentos psiquiátricos. Se, desde a época de Franco da Rocha, o discurso acerca da curabilidade vincula-a à necessidade de uma intervenção o mais precoce possível, essa "premência terapêutica" só é de fato posta em prática no momento em que as determinações sociais externas imprimem novas condições de operação para o trabalho psiquiátrico.

"Seria difícil melhorar as condições gerais de todos eles antes de iniciarmos o tratamento da psicose, porque havia carência de tempo e de vagas para os novos pretendentes à internação no hospital. Aplicávamos então o tratamento desde que não houvesse uma contra-indicação formal, porque desse modo não criávamos dificuldades à orientação geral do serviço e contribuíamos para a não cronificação de casos agudos." (YAHN; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 336)

Embora a intervenção terapêutica deva ter como objeto os casos agudos, os novos tratamentos são largamente aplicados também aos doentes crônicos, particularmente àqueles que, por serem agitados, agressivos, delirantes ou insones, demandam trabalho de enfermagem constante e ocupam as instalações do hospital central. As remissões sociais ou incompletas obtidas pelas terapias

biológicas transformam um doente "trabalhoso" num doente "trabalhador", o que se configura de extrema utilidade para a instituição. Mesmo que essa transformação não permita a alta do doente, a sua mão de obra torna-se utilizável em proveito do hospital e também do próprio doente, o qual passa a ser considerado alvo de privilégio.

"Então nós verificávamos que esses doentes com os quais nós convivíamos melhoravam. Tem um exemplo até que era um doente lá do Hospital de Juqueri que morava no mesmo quarto que o Dr. Passos, que era o diretor do Juqueri. Morava no mesmo quarto, que lá era primitivo os quartos mesmo. E o Dr. Passos era o diretor e morava com esse doente dentro do quarto dele. E esse doente era um esquizofrênico, mas era serviçal, uma porção de coisa ele podia fazer, prestar serviços muito bons." (Entrev. I)

"(...) muitos pacientes (...) no momento que eles ficavam melhor, era quase um privilégio eles ... trabalharem lá. Então eles faziam a parte de limpeza, a parte de buscar comida, eles saíam do pavilhão, a parte de ajudar na insulinoterapia. Parece incrível, mas muitos pacientes ajudavam. Aliás, eu vou dizer, se a gente não tivesse os pacientes pra ajudar, a gente não sobreviveria porque ... tinha meia dúzia de funcionários e aquele monte de paciente. E elas ajudavam mesmo. Limpavam e faziam todo esse tipo de serviço doméstico e inclusive serviço de enfermagem mesmo, cuidavam dos pacientes com insulina, pacientes de eletrochoque, de dar banho nos pacientes, de contar os pacientes.

"Aliás esse é um fato pitoresco: eu nunca entendi como eles contavam os pacientes; e se um paciente fugia, sumia ou qualquer coisa ... eles sabiam. Um dia eu perguntei: "Como é que conta os pacientes?" Então o jeito de contar os pacientes era muito engraçado. Tinha, suponhamos, eu não me lembro quantas eram, mas vamos fazer de conta que eram 150 camas; então elas faziam o seguinte: pegavam os pacientes e mandavam deitar. Então as camas ocupadas são 150 pacientes. Então esses saíam e iam pro pátio, e os outros vinham, e pelo número de camas era uma contagem rápida e prática. Eu não sei se em todo o lugar se fazia isso, mas no meu pavilhão era assim que fazia, não é?" (Entrev. IV)

Se nos períodos de Franco da Rocha e Pacheco e Silva tratava-se, respectivamente, de construir o hospício e alimentá-lo com o trabalho dos doentes, agora esse trabalho se aplicará primordialmente à gerência da desordem, da precariedade, do caos.

Nessas condições, a incidência de intercorrências é bastante grande. Em 1939, 18% das doentes do 5º pavilhão têm "síndrome disenteriforme", 12,8% "infecção gripal" e 2,9% tuberculose pulmonar. Se a própria convulsoterapia pode ser responsabilizada, em parte, pelas mortes havidas durante a sua aplicação, "as condições de condensação do material em estudo (as pacientes) no ambiente hospitalar, favorecendo a promiscuidade e reduzindo o conforto" certamente contribuem "para a insistente freqüência com que surgiram as intercorrências nos casos tratados" (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 337).

Segundo CESAR ; D'ALAMBERT (1942) a taxa de mortalidade sobe de 4,9% em 1938, para 8% em 1939. Esse aumento é explicado pelos autores, de maneira superlativa,

"pelas condições precaríssimas em que ingressaram numerosíssimos doentes naquele ano, provenientes dos presídios do Estado onde muitos permaneciam há longos anos por falta de vagas neste hospital." (CESAR ; D'ALAMBERT, 1942, p. 117)

O final do ano de 1940 surpreende os psiquiatras com uma taxa de mortalidade de 15,66%. Ao examinar o caso, CESAR ; D'ALAMBERT (1942) estudam a água do hospital, a alimentação dos doentes e as condições de superpopulação. Verificam que a mortalidade está concentrada na "divisão feminina", onde uma nova colônia chega a apresentar a taxa de 25,2%. Acabam descobrindo o "fator morbígeno" decorrente do adensamento populacional: a ação do sol nos pátios nus.

"As doentes, mórmente as catatônicas e as que se achavam em estado demencial, não se defendendo espontaneamente, ficavam expostas durante horas seguidas a uma intensíssima insolação direta, cujos nocivos efeitos mais facilmente se manifestavam pelo fato de conservarem uma imobilidade muito característica desses estados mórbidos (...) A maior parte das doentes que acusavam moléstias intercorrentes com rápida evolução para um estado caquético e morte consecutiva, apresentava esse aspecto bronzeado que lembrava um "adsonismo". (CESAR ; D'ALAMBERT, 1942, p. 122)

Além do advento das terapias biológicas e da hiperpopulação hospitalar, uma terceira característica modifica o quadro da psiquiatria paulista nesse período. A ciência psiquiátrica deposita suas mais frutíferas esperanças, não mais à beira da Estação de Trem de Juqueri, mas na capital. Trata-se da criação da cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP que, até então estava amalgamada à de Neurologia. Em 1938, os alunos do sexto ano da Escola Paulista de Medicina terão seu primeiro curso de Psiquiatria. As duas escolas não possuem serviço próprio e vão utilizar-se do material clínico da Assistência, frequentando o seu ambulatório na capital.

Além da criação do ambulatório da Assistência a atração pela capital é aumentada também pela aquisição do Hospital Pinel em '44. Assim, ser transferido do Juqueri para trabalhar numa das unidades da assistência em São Paulo é uma espécie de "prêmio" para os psiquiatras da rede pública. Obedece-se, usualmente, ao critério de tempo de serviço, apesar de haverem, ainda, outras maneiras de "furar a fila" e se livrar do Juqueri.

"Lá era assim: quando abria uma vaga em São Paulo, vinha o mais antigo, que estava à espera. (...) quando a pessoa estava doente, ela dava um jeito de ficar aqui em São Paulo algum tempo, no Pronto Socorro Psiquiátrico, e acabava não voltando." (Entrev. IV)

"Porque era difícil a gente ir todo dia pra lá, infelizmente a gente tinha que se socorrer do Juquery apesar da distância, porque arrumar emprego na psiquiatria, local para trabalhar ganhando, remuneradamente era difícil, eram poucos os hospitais, não é? Um, dois, três psiquiatras satisfazia uma casa de saúde psiquiátrica. Eram pequenas, enquanto que o estado era bastante grande, mas havia a distância. O fato é que os que já existiam preenchiam a necessidade. A sorte, se se pode falar em sorte, é que os psiquiatras e os médicos não tinham muita resistência para ficar no Juquery, então, aprendiam e vinham embora. Pediam transferência pros setores aqui de São Paulo ou pra outros serviços médicos do estado, então ficava a vaga. E por outro lado o serviço do Juquery sempre foi aumentando, então abria um pouco de vaga também, não é? Então era a sorte da gente." (Entrev. VII)

Em 1937, o decreto que veda a acumulação de cargos públicos obriga Pacheco e Silva a abrir mão da Diretoria Geral da Assistência a Psicopatas para manter-se na cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina. Perde, com isso, o ensino prático de psiquiatria da Faculdade de Medicina, uma vez que o titular da cadeira não pode mais dispor do "vasto material clínico e anatômico dos diversos hospitais da Assistência, para ilustrar o ensino da cátedra, além de meios de transporte dos doentes para a Clínica Psiquiátrica, onde são dadas as aulas".

Apesar dos esforços em integrar a psiquiatria dentro da Medicina, conforme esclarece aos alunos na aula inaugural da Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP,

"Meus senhores, dentre os ramos da medicina se destaca a Neuropatologia. Esta, por sua vez, se divide em dois ramos:- a Neurologia e a Psiquiatria. A Psiquiatria trata dos distúrbios mentais e das modificações orgânicas que lhe são inerentes. (...) A patologia do espírito se integra cada vez mais dentro da medicina geral." (SILVA, A.C.P., 1937a, pp. 6 e 8)

Pacheco e Silva reconhece que há uma certa unilateralidade nesse movimento. Afinal de contas, à cadeira de Psiquiatria não é destinado "um só real no orçamento da Faculdade de Medicina" e, adiantadas as obras do Hospital de Clínicas, "na atual construção não se cogitou da instalação da Clínica Psiquiátrica, que, pela natureza dos doentes a assistir, deverá ser colocada em edifício à parte" (SILVA, A.C.P., 1945b, pp. 5-6).

Em 1939, ele propõe aos membros do Conselho Técnico-Administrativo da Faculdade de Medicina da USP a construção de um grande Hospital Psiquiátrico anexo ao Hospital de Clínicas: o Instituto de Psiquiatria.³

"Preocupado com a assistência aos psicopatas e com o ensino de Psiquiatria aos alunos da Casa de Arnaldo, Pacheco e Silva empenhou-se, desde logo, em implantar um hospital de Psiquiatria universitário, moderno, para casos agudos, no Campus do Hospital das Clínicas. ... Parcialmente construído o edifício, em abril de 1952 começou a funcionar o ambulatório e, em outubro de 1953, iniciaram-se as atividades da primeira enfermaria." (FORTES, 1986)

A psiquiatria sai do hospício para entrar na universidade. O psiquiatra ganha novos espaços e uma tecnologia alternativa ao hospital tradicional a partir da crescente ambulatorização da assistência e da introdução da clínica psiquiátrica na universidade. Novamente a promessa de maior cientificidade o anima. No meio dos médicos comuns, o psiquiatra passa a ser "um médico como os outros".⁴

³ - A partir de 1990, o Instituto de Psiquiatria passa a ser denominado "Instituto de Psiquiatria Prof. Dr. A. C. Pacheco e Silva".

⁴ - A Cadeira de Clínica Psiquiátrica, desde 1915, tem a sua parte prática realizada no Hospital do Juqueri, no Recolhimento das Perdizes e no Laboratório anátomo-patológico da Santa Casa. A partir de 1936, os alunos passam a frequentar o antigo casarão do Departamento de Assistência aos Psicopatas, na avenida Brigadeiro Luiz Antônio. "A partir

Os doentes agudos, os alunos e a ciência serão também beneficiados com a construção do Instituto.

"São Paulo terá dentro em breve um magnífico hospital psiquiátrico, onde os doentes mentais agudos terão assistência pronta e adequada, beneficiando-se de todas as conquistas modernas da terapêutica das moléstias mentais, que permite hoje libertar das garras da alienação mental um grande número de pessoas, fadadas, ainda há pouco tempo, a mergulhar inexoravelmente nas trevas da demência.

" Os estudantes da nossa Faculdade de Medicina, por sua vez, terão ao seu alcance todos os elementos indispensáveis a ilustrar o seu espírito, numa especialidade que dia a dia exige do médico, qualquer que seja o ramo de sua predileção, conhecimentos que lhe permitam exercer a sua profissão sem perder de vista as relações do corpo e do espírito, numa perfeita e integral compreensão da personalidade humana.

"Ciência e benemerência, ensino e assistência, higiene do corpo e do espírito, serviços sociais, tudo aqui se confunde numa bela e imperecível obra de solidariedade humana, digna de São Paulo e da nossa gente." (SILVA, A.C.P., 1945b, pp. 3-4)

A passagem do 'lugar de Ciência' do grande hospital público para a universidade coincide com o que Mario Yahn identifica como a crise da psiquiatria paulista.

Para essa crise, que se desenrola a partir da década de '30, YAHN (1946b) aponta três ordens de causalidade. Uma diz respeito à já referida política de internação massiva, adotada pelos governos Getulistas em São Paulo. Outra se refere à rotatividade na direção do Hospital do Juqueri, imprimindo-lhe

de 1951, começou a ser definitivamente instalada em prédio próprio no campus do Hospital das Clínicas, como fruto da árdua luta desenvolvida pela equipe do Professor Pacheco e Silva na construção do atual edifício do atual Instituto de Psiquiatria." (FORTES, 1986. p. 1.)

administrações com orientações diversas, em curtos períodos de tempo.⁵ A terceira, segundo o autor, se deve ao período excessivamente prolongado em que se trabalhou sob as concepções nosológicas kraepelineanas.⁶ o atraso na adoção das idéias reformuladoras de Bleuler responde por essa defasagem da escola psiquiátrica paulista em relação aos centros internacionais mais adiantados. De tal maneira que, vencida a "resistência dos conservadores", quando a conceituação bleuleriana vem se estabelecer no Juqueri, já se encontram as práticas psiquiátricas em plena "fase moderna, que é a da terapêutica ativa e direta" (YAHN, 1946b, pp.92 e 94).

O cenário teórico da psiquiatria paulista se divide, nesse período, entre as teorias localizacionistas (particularmente as de Kleist) ou organicistas, de maneira geral, e a orientação psicanalítica, com grande predominância das primeiras. Aníbal Silveira, o representante mais famoso do localizacionismo de Kleist em São Paulo, desenvolve teorizações acerca das possíveis correlações entre a patologia mental e as alterações morfo-funcionais de regiões do cérebro.

⁵- Um de nossos entrevistados tem opinião diversa, no que se refere aos problemas administrativos do Juqueri na segunda metade da década de '40: "Então havia também os que derrotavam as tentativas pioneiras no Juqueri. (...) um diretor do então Departamento de Assistência ao Psicopata, que não entendia nada de Psiquiatria, proteção política, um ginecologista, mas que era nem ginecologista, era um especialista em fazer caçadas. E esse idiota, ganhador de dinheiro e sujo, farrista, usava as chácaras do Juqueri para suas bacanais de fim de semana. Ele acabou com essa comunidade terapêutica que foi criada por um médico chamado Eurípedes Miguel. (...) Ele acabou com aquilo, proibiu essa terapia ocupacional. (...) E a superlotação continuava (...) Mas o Juqueri era muito relaxado, faltava muita medicação, faltava verba, faltava uma porção de coisa. Então o grande período em que eu trabalhei lá, não se podia fazer nada. Por isso que eu fui pra patologia. (...) porque assim eu já pegava morto, não ajudava a matar." (Entrev. II)

⁶- "A psiquiatria foi sempre dominada pela sintomatologia e até hoje ainda é (...) Descreve-se síndromos psiquiátricos (...) E por aí é que se norteou toda a psiquiatria. Desde o tempo de Kraepelin, quando ele dividiu justamente a psiquiatria em demência precoce e coisas assim. Desde esse tempo isso continuou, e até hoje ainda não se pode afastar inteiramente." Entrevista I.

Como os achados histo-anatomopatológicos dos cérebros de esquizofrênicos levam, usualmente, a conclusões contraditórias e confusas, Silveira defende que a chave da lei geral que orienta essa correlação não está na mera associação da forma clínica à lesão histológica. As terapias cardiazólica e insulínica ocupam papel preponderante ao "evidenciar quanto são insuficientes aqueles diversos critérios para a demarcação das formas de esquizofrenia" (SILVEIRA, 1937 p. 395). A terapêutica ajuda a confirmar a teoria de que os distúrbios mentais não podem ser correlacionados às alterações histológicas, mas sim, àquelas anatômico-regionais do cérebro.

Primeiramente é preciso discriminar as esquizofrenias - desordens que "resultam de afecção primitiva do encéfalo" - das "ocorrências patológicas superponíveis" à ela, as quais "traduzem o modo de reagir ante condições mórbidas inicialmente extra-cerebrais" (SILVEIRA, 1937 p. 394). A predisposição hereditária, o tipo de personalidade e a incidência de fatores extrínsecos (quer "exógenos", quer de "ordem moral"), não servem como elemento diferencial. Para tanto, é necessário um procedimento mais metuculoso.

"Colhemos pessoalmente, junto à família do observando, os dados anamnésticos remotos e próximos; na documentação psiquiátrica recorremos ao test psicológico de Rorschach, sempre que aplicável; mediante o tratamento desintoxicante e a piretoterapia excluímos prèviamente não só a possibilidade de remissão espontânea como a viabilidade de métodos terapêuticos de rotina; finalmente, para obtermos dados comparáveis, investigamos em cada paciente o quadro pneumoencefalográfico, o hematológico, além das reações biológicas completas no líquido." (SILVEIRA, 1937 p. 393)

Segundo o localizacionismo, a patologia mental se expressa clinicamente por alterações em três áreas de comportamento que são fundamentais: a

atividade⁷, o intelecto e o afeto (os instintos). É preciso identificar a alteração primitiva para se proceder às localizações das áreas. Na maioria dos casos de esquizofrenia, é um distúrbio primário da atividade o responsável pelo quadro clínico. A alteração do intelecto e dos instintos é secundária. Neste caso, o plano anatômico alterado é o *parieto-temporal*. Em alguns casos, o distúrbio primário é intelectual, assumindo "os característicos do lobo *frontal*" (SILVEIRA, 1937, p. 399). Nos casos em que ocorre alteração primária dos instintos, a zona cortical implicada é a *parieto-occipital*.

Os achados histo-anatomopatológicos mostrarão que a alteração anatômica estrutural - alteração arquitetônica - se encontrará naquela área cerebral onde se deu o distúrbio primitivo. As lesões histológicas correspondem às áreas cujas funções se mostram perturbadas secundariamente.

É preciso perscrutar, na história do doente, nos testes psicológicos e nos exames complementares, qual dessas áreas foi primariamente afetada para localizar, no cérebro, a lesão original. É notável nesse discurso a pretensão de cientificidade. O autor imita o modelo clínico da etiologia anatômica da doença construindo um estranho objeto híbrido, onde se amalgamam nebulosamente comportamentos, afetos, emoções, terapias biológicas e áreas cerebrais. É patente que se trata de uma ideologia científica. O cérebro, regionalizado, empresta sua condição de visibilidade aos sentimentos, conferindo-lhes a necessária concretude anatômica.

Além de poder explicar a etiologia da doença mental, Silveira defende que a teoria localizacionista contribui para uma aplicação mais "racional" dos

⁷- A atividade, entendida como "o conjunto de disposições subjetivas que levam o homem a atuar sobre o mundo exterior", tem na sua forma positiva, a *coragem*, na sua forma negativa, a *prudência*, e na sua manutenção, a *perseverança*. Essas formas compõem os três órgãos cerebrais da atividade. (SILVEIRA, 1937, p. 396)

métodos terapêuticos disponíveis. Assim, uma discriminação entre as especificidades da prescrição cardiazólica ou insulínica é "plenamente defensável à luz da patologia cerebral" (SILVEIRA, 1937, p. 391).

"Estabelecido no caso clínico o diagnóstico de esquizofrenia genuína", isto é, afastada toda hipótese de reação psicogênica ou de qualquer modo sintomática, estava o psiquiatra desprovido de meios para intervenção ativa sobre os distúrbios intrínsecos. Justamente por consistir em doença primariamente cerebral os recursos terapêuticos aí utilizáveis se mostravam aleatórios (...)" (SILVEIRA, 1937, p. 407)

A nova terapêutica cardiazólica e insulínica dará a Silveira a possibilidade de ratificar a teoria localizacionista e lhe permitirá dotar essa mesma terapêutica de nova racionalidade. O tratamento promove a restauração das regiões cerebrais que se encontram apenas funcionalmente alteradas. A insulina "age primariamente sobre o instinto de conservação pessoal mediante o choque visceral" e o cardiazol atua "primariamente sobre a atividade prática", estimulando diretamente "a zona correspondente na córtex cerebral" (SILVEIRA, 1938, p. 60).

Os "excessos" das manifestações humanas serão corrigidos através de uma intervenção que respeita uma dada geografia cerebral. Assim, o coma insulínico está indicado para aqueles doentes que apresentam desordens primariamente afetivas ou que apresentam declínio da atividade prática causado por uma "exaltação anormal da prudência". No que se refere às formas clínicas, o método de Sakel (insulinoterapia) é indicado para os "esquizofrênicos em que predominam desordens de afetividade", nos "de tipo paranóide em que predominam os sintomas hipercinéticos, a incoordenação motora, a instabilidade intelectual" e nos casos com grave tendência à forma demencial. O choque cardiazólico favorecerá particularmente os esquizofrênicos "de tipo

paranóide predominante", "de tipo catatônico" e aqueles "acentuadamente hebefrênicos".

Se as causas da loucura são, *grosso modo*, de natureza orgânica, a psiquiatria pode resgatar sua medicalidade pela via da patologia geral.

*"Era a patologia mental, ainda há bem pouco tempo, relegada a um plano inferior (...) Poucas eram as suas relações com a patologia geral; os psiquiatras viviam totalmente afastados das clínicas e dos laboratórios, insulados nos hospícios, (...) aos olhos dos colegas das outras especialidades, eram apontados como os poetas da medicina, que se distraíam elaborando verdadeiros romances(...)" (SILVA, A.C.P., 1937a, p. 6)*⁸

A teoria localizacionista torna visíveis as relações de causalidade entre os erros do corpo e os da mente.

"Se passarmos em revista os fatores essenciais, se buscarmos apurar a etiologia das psicoses mais freqüentes, veremos perpassar diante de nós toda a patologia geral: órgãos depuradores lesados, emunctórios afetados, metabolismo alterado, desordens endócrinas, doenças infecciosas e caquetizantes, intoxicações várias, umas provocadas por venenos engendrados no próprio organismo, outras oriundas do mundo exterior." (SILVA, A.C.P., 1937a, pp. 8-9)

Mas é primordialmente a ancoragem dos distúrbios mentais no substrato cerebral a via pela qual a psiquiatria poderá ser médica, nesse período.

"Tanto o psiquismo como os desvios do seu funcionamento se fazem em consequência da existência do cérebro e de alterações que se processam na sua fisiologia. Foi esse ponto de vista que permitiu à Psiquiatria participar ativamente dos

⁸- "quando julgam terminados os seus estudos fazem os retóricos uma tragédia e os alienistas uma classificação." (BOUCHER apud SILVA, A.C.P., 1937a)

progressos da Medicina e sair dos conceitos caóticos em que se encontrava." (YAHN, 1950a)

O final da década de '40 vem fornecer aos psiquiatras uma nova classificação nacional de moléstias mentais, a qual segue primordialmente um critério etiológico: causas exógenas, endógenas e psicológicas.

"A subdivisão dos grupos obedeceu ao estado atual do desenvolvimento da psiquiatria, à freqüência, à importância terapêutica e assistencial das formas clínicas." (CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS, 1948/1949, p. 85)

A terapêutica se presta, aí, à sua preciosa função de conferir medicalidade à produção psiquiátrica, na medida em que auxilia a construção teórica e resulta numa prática clínica. Cria racionalidades.

No começo do ano de 1936 são publicados, em revistas alemãs, os artigos de von Meduna comunicando seus resultados com a utilização do choque cardiazólico em esquizofrênicos. Baseia-se o autor na existência de um "antagonismo biológico" entre a epilepsia e a esquizofrenia, explicando-a por uma provável ação da primeira sobre a constituição química do organismo, modificando-a de modo tal a favorecer a cura da última. O autor tenta, inicialmente, a cânfora para a produção da convulsão mas as doses têm que ser muito altas e há que se esperar algumas horas entre a injeção e o acesso convulsivo, este, nem sempre garantido.

Em setembro desse mesmo ano, o método começa a ser aplicado no Juqueri. Em março do ano seguinte, os resultados de um ensaio com quatro doentes são apresentados à Seção de Neurologia e Psiquiatria da Sociedade de Medicina da São Paulo.

Os experimentadores do novo método escolhem, "por razões que facilmente se compreendem", quatro esquizofrênicos que "já eram antigos no

hospital e nos quais haviam fracassado outros métodos de tratamento conhecidos", "cujo prognóstico era fatal e nos quais já não se poderia esperar grandes sucessos, fosse qual fosse o meio de cura tentado" (CARVALHO ; SILVA, P.A., 1937, PP. 539-44). Os autores obtêm remissão parcial em dois casos e uma leve mitigação da agitação psicomotora num terceiro. Tais resultados se lhes afiguram bastante animadores.

"Não podemos estimar esse método em seu verdadeiro valor, mas podemos de aqui em diante, sem medo algum de perda de tempo e prejuízo para os pacientes que nos procurarem, aplicar essa terapêutica, que tantas esperanças encerra. Não podemos ainda afirmar uma vitória da psiquiatria no campo da terapêutica com êsse novo processo, mas, colocando-o ao lado do método preconizado por Sakel, podemos entrever, cheios de otimismo e esperanças, uma breve solução para o problema máximo da psiquiatria aplicada, se podemos assim nos expressar, que vem a ser a cura da esquizofrenia." (CARVALHO ; SILVA, P.A., 1937, PP. 547)

O método de von Meduna consiste na injeção endovenosa rápida, "em bolo", de 3 cc. de solução de metrazol a 10%. A preparação do paciente, conforme preconizada por von Meduna, consiste em deitar o paciente em maca firme, envolvê-lo com dois lençóis úmidos, um à altura do tórax e braços e outro ao redor das coxas.⁹ Além dessa providência, é importante a presença de cinco enfermeiros: dois "ficarão encarregados de impedir a flexão forçada da coxa sobre a bacia", outros dois "devem procurar evitar a flexão do braço sobre a articulação escápulo-humeral" e o último deve ficar de prontidão para

⁹- Na sua prática cotidiana, a maioria dos psiquiatras paulistas acaba dispensando a utilização desses lençóis, preferindo somente a presença dos enfermeiros (que não será tão numerosa assim) para realizar a prevenção dos acidentes mecânicos da convulsoterapia.

introduzir uma toalha dobrada na boca do doente, no momento propício.¹⁰ Assim, é possível prevenir alguns dos acidentes decorrentes do método como luxações, em especial da articulação têmporo-mandibular, fraturas, particularmente a de colo de fêmur, distensões de tendões, mordedura de língua.¹¹

Outras complicações de prevenção mais complicada podem ocorrer, particularmente aquelas da esfera cardíaca e respiratória. Assim, é possível a ocorrência de "síncope fatal, fibrilação auricular e hipertensão", além de infartos pulmonares, "embolias, abscessos e pleurisas" (SILVA, A.C.P., 1940, pp. 153-4).

Entre o momento da aplicação da injeção e o aparecimento da crise convulsiva passam-se 5 a 40 segundos. Esse intervalo em consciência lúcida produz sensações as mais variadas aos pacientes. Bastante desagradáveis, vivenciá-las significa não querer receber outra injeção de cardiazol. A resistência ao tratamento, por parte dos pacientes, cresce a cada injeção. Os psiquiatras interpretam esse intervalo como sendo o de uma aura pré convulsiva, comparada à dos epiléticos.

"Então nós fazíamos injeção de cardiazol de 5 centímetros mais ou menos, com agulha grossa e rápida na veia. Provocava um ataque epilético violentíssimo. E entre a injeção rápida e a perda da consciência, tinha sempre um meio minuto e isso deixava o doente horrorizado. De modo que depois de feito, pra fazer outras vezes era difícil, eles não queriam. Mas o resultado era milagroso, principalmente nos estados depressivos e muitas formas de esquizofrenia." (Entrev. I)

¹⁰ - Por volta do final da década de '40, esses expeditos "enfermeiros" estarão procedendo à aplicação dos métodos biológicos, "supervisionados" pelo psiquiatra.

¹¹ - Os acidentes ortopédicos da terapêutica convulsiva encontram-se detalhados em SILVA ; BARROS, 1944.

"A crise se inicia pela fase tônica, que dura em média de 10 segundos a um minuto. Nesse período, além da hipertonia generalizada e violenta, muitas vezes se observa um desvio conjugado da cabeça e dos olhos. Prepondera, na fase tônica, a contração dos músculos que determinam a abertura da boca, o que facilita a introdução do coxim protetor da língua antes que sobrevenha o seu brusco fechamento.

"Passada a fase tônica, segue-se a clônica, caracterizada a princípio por violentos abalos musculares, que vão desaparecendo, tornando-se pouco a pouco menos violentos e mais espaçados.

"à fase clônica segue-se a estertorosa, durante a qual a respiração se torna difícil, donde cianose e depois palidez da face, acompanhada de bradicardia.

"Passados alguns minutos o doente recobra a consciência. Em regra, o despertar é penoso, a fisionomia do paciente exprime pavor e, não raro, uma grande angústia". (SILVA, A.C.P., 1940, p. 154)

Não se deve dar por terminado o tratamento antes que 20 a 30 crises convulsivas "ótimas" sejam obtidas. Como as injeções são ministradas a cada três dias, respeitando-se os domingos, e algumas crises resultam "frustras", o tratamento tem a duração média de 3 a 4 meses.

Para alguns pacientes mais debilitados convém aplicar inicialmente 6 a 8 injeções e, após um intervalo de 30 a 40 dias, proceder às restantes. A mesma medida é recomendável quando há intercorrências clínicas ou quando não há cardiazol na farmácia da Assistência.

As crises "frustras" são aquelas nas quais a dose de cardiazol é insuficiente para provocar a convulsão, permanecendo o doente num estado prolongado daquela condição que os psiquiatras chamam de "aura". Nesse estado os doentes são presas de vivências internas e sensações corporais as mais variadas e, em sua grossa maioria, extremamente desagradáveis e aterrorizantes. Se a maior parte dos terapeutas indica uma segunda injeção de

cardiazol, imediatamente, para provocar a convulsão e retirar o paciente desse lastimável e impressionante estado, outros têm proposta distinta.

Tentando explicar o mecanismo de atuação do cardiazol na cura das psicoses, alguns arriscam a hipótese de que o poder curativo do método se deveria menos à crise convulsiva - conforme a observação do antagonismo epilepsia/esquizofrenia - do que à própria "descarga intensa" de ansiedade que se verifica nos pródromos e na finalização da crise. Tal idéia leva esses autores a tentar a provocação sistemática de crises frustras, utilizando-se de doses subconvulsivantes de cardiazol. Os resultados, como de costume, são contraditórios.

UCHÔA (1941) estuda 54 pacientes do Manicômio Judiciário submetidos à convulsoterapia cardiazólica sem a aplicação proposital de subdoses, mas permitindo a permanência de eventuais crises frustras. Divide os pacientes pelo grau de ansiedade e terror que expressam durante o tratamento. O autor descreve as reações dos doentes, algumas delas compreendidas, por ele, através de um sinistro código de inspiração psicanalítica:

"chorava, gritava e ajoelhava-se suplicando a cessação do tratamento. (...) 'eu perco o fôlego e morro'; 'O senhor quer me matar porque eu matei um homem'; Alegou que sentia todo o corpo a tremer, que morreria ao perder os sentidos; 'Eu morro logo que o senhor tira a agulha'; Diz-nos que se sente enfraquecer, que morrerá após as injeções; chora, ajoelha-se, pede-nos para adiar; 'Eu quero lhe pedir perdão Dr., isto é, que o senhor não me dê essa injeção. Eu quero que o senhor perdoe as injeções.'; grita: 'Dr. eu gosto muito do senhor', segura-nos as mãos, como si procurasse proteção com manifestações rápidas, um tanto explosivas, de transferência afetiva positiva para nós." (UCHÔA, 1941, grifo nosso)

Uchôa elabora uma tipologia de resposta que inclui num primeiro grupo aqueles que apresentam "grande angústia e terror impondo a interrupção do

tratamento" (7 pacientes), num segundo, "intensa angústia e medo, sendo todavia o tratamento prosseguido" (10 pacientes), num terceiro, "apreensão mais ou menos normal" (9 pacientes) e num quarto grupo, os indiferentes (28 pacientes). Conclui o autor que a exposição dos doentes a "fortes ataques de angústia" não influi decisivamente no processo terapêutico, além de prejudicar, pelo medo que se instaura, a influência que um concomitante processo psicoterápico possa exercer.

O emprego do cardiazol oferece algumas dificuldades, mormente no que se refere ao preço do produto. Em função da "gravidade dos fenômenos apresentados, com mobilização dantesca das defesas gerais", da necessidade de gradativa elevação das doses convulsiógenas e do preço elevado do cardiazol, Almeida PRADO (1937b) tenta reduzir a quantidade de cardiazol empregada na terapêutica de Meduna aplicando o óleo canforado em altas doses. Ele o utiliza tanto misturado ao cardiazol, o "óleo-cardiazol", quanto puro. Lembra-se ainda o autor, "e com que esperança!", dos sais de amônio "inócuos e baratíssimos" e experimenta-os em cobaias. O resultado é novamente frustrante.

Assim como os outros métodos terapêuticos empregados em psiquiatria, a cardiazolterapia tem a sua indicação bastante estendida. A precariedade dos recursos terapêuticos existentes, aliada à necessidade de eficácia, promove a generalização de intervenções que a princípio se propõem a ser específicas.¹²

"O aparecimento da convulsoterapia cardiazólica, que surgiu com o propósito de influir sobre o curso da esquizofrenia,

¹²- "A não ser a malarioterapia que, proposta inicialmente por Wagner v. Jauregg para o tratamento da paralisia geral, conserva até hoje as suas primeiras indicações, (...) os demais processos são recomendados, ora no tratamento de umas, ora no de outras formas nosográficas. (...) Há presentemente, certo exagero no emprego dos métodos drásticos em psiquiatria. (...) Para muitos especialistas (...) toda a terapêutica psiquiátrica se resume tão somente aos métodos de choque." (SILVA, A.C.P., 1942)

recebeu extensão muito maior do que a que fôra prevista e revelou-se de extrema utilidade em quasi todo o campo da psiquiatria. É mesmo admissível a asserção de que a convulsoterapia é muito mais eficiente em outros grupos nosológicos da psiquiatria do que no da própria esquizofrenia." (YAHN ; BARROS, 1944, p. 203)

O método de Meduna tem a interessante propriedade de promover uma disciplinarização do doente. Num hospital psiquiátrico absolutamente superlotado, com doentes dormindo pelo chão e pelas escadas, com roupas e cobertores insuficientes, um mínimo de ordem só pode ser conseguida com dispositivos mais drásticos que aqueles propostos por Franco da Rocha, com o tratamento moral. Assim, as banheiras e duchas vão se tornando folclore e dando espaço para medidas de contenção de agitação mais enérgicas e econômicas.¹³

A convulsoterapia tem a sua contribuição a fazer também para as situações de rebeldia, de comportamentos que ameaçam a precária ordem asilar. Assim, no caso dos pacientes com personalidade psicopática, a medicação convulsivante

"além da eficiência sobre os surtos, age, pelo que tem de desagradável, de penoso e de agressivo aos instintos de vida, sobre a consciência de tais pacientes, nos seus intervalos lúcidos, forçando-os a aceitar normas de disciplina a que, por temperamento, por instabilidade, por rebeldia, por sadismo se

¹³- "A própria balneoterapia tépida prolongada que, nos grandes hospitais psiquiátricos, fica na dependência de inúmeros fatores que encarecem a assistência aos doentes mentais (água quente, pessoal numeroso e habilitado) é incompatível com a capacidade econômica de muitos centros psiquiátricos. Além disso, a terapêutica moderna, cômoda e eficiente, tem ação indiscutível e imediata sobre a maioria dos estados mentais que, antes, tinham por indicação a balneoterapia, sem os seus inconvenientes, já apontados." (YAHN, 1946b, p. 92)

tenham desabitado." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 349, grifo nosso).

A convulsão pode oferecer ainda outros efeitos terapêuticos. Uma paciente com psicose hetero-tóxica "já estava em remissão completa" quando foi submetida a 12 injeções de cardiazol "porque o nosso fim era exercer uma ação sugestiva e disciplinadora na paciente" (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 356). O tratamento, para além de seu valor curativo na doença, oferece a possibilidade da ortopedia moral dos comportamentos. A recaída nos atos delinquentes, no abuso de substâncias psicoativas pode ser prevenida pelo terrorismo terapêutico.

Para a epilepsia, a observação de que "em regra, a cada ataque se segue um período de incompatibilidade para novas crises" (YAHN ; BARROS, 1944, p. 205) leva os psiquiatras à aplicação mensal de uma crise convulsiva. Chega-se à conclusão de que as crises obtidas nas condições controladas do laboratório terapêutico podem ser benéficas para os doentes. Essa providência, além de diminuir a frequência de seus ataques convulsivos, resguarda os pacientes do fator surpresa que implica em periculosidade para si e para os outros.

Os autores comentam que uma parte do efeito terapêutico do método empregado pode, no entanto, dever-se a outros fatores que não o choque cardiazólico propriamente. Se, por um lado, a terapia pelo cardiazol é carregada de horror, por outro, a vida absolutamente abandonada e desatendida, que os doentes levam dentro do hospital psiquiátrico pode parecer-lhes ainda pior. Tornar-se objeto de uma investigação pode significar um contato com o médico, cuidados especiais, registro em prontuário, enfim, tudo o que se constitui em atividade excepcional num Juqueri abarrotado de doentes, funcionários e problemas.

"(...) as nossas doentes eram epiléticas crônicas¹⁴ asiladas no hospital de Juquerí há muito tempo e submetidos a um tratamento rotineiro, pouco variável, e pouco confortador. Submetê-los a novos tratamentos, enérgicos, voltar para eles insistentemente a nossa atenção por um período de mais de dois anos, isso tudo, sem dúvida, poderia ter exercido alguma influência benéfica sobre as suas crises convulsivas." (YAHN ; BARROS, 1944, p. 211)

"Eu tinha um pavilhão, por exemplo, com 400 doentes, então eu fazia os cuidados especiais para todos assim que precisassem, emergências, e alguns pacientes nós cuidávamos. Então nós verificávamos que esses doentes, com os quais nós convivíamos, melhoravam." (Entrev. I)

Se a terapêutica funciona, se pode ser estendida a outras doenças além da esquizofrenia, se ela proporciona uma certa ordem dentro do asilo¹⁵, se os acidentes mecânicos são facilmente evitáveis ou contornáveis, se a sua ação é benéfica e restauradora das capacidades do funcionamento cerebral, se ela esvazia o hospital¹⁶ (ainda que seja para ser imediatamente preenchido com novas internações); enfim, se ela serve às necessidades "internas" do trabalho

¹⁴- Novamente, o objeto inicial dos ensaios terapêuticos são os doentes crônicos. Se os novos tratamentos e a investigação "científica" proporcionam esperança de cura para os agudos, são os crônicos que superlotam o asilo. Se se consegue para estes últimos uma remissão social, ou mesmo incompleta, é possível dar-lhes alta - desde que alguém se interesse em levá-los embora do asilo - ou removê-los para as colônias, agora calmos e relativamente capazes de executar trabalho produtivo. Observe-se que é ainda a classificação de remissões de Weygandt a utilizada para as avaliações de resultados.

¹⁵- Segundo Mario Yahn, a convulsoterapia, traz "inestimáveis benefícios, não só como tratamento, mas também como recurso que traz em si um caráter quasi disciplinar." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 359)

¹⁶- No 5º pavilhão feminino, "por ano, as altas que atualmente concedemos atingem uma média de 80, o que estabelece uma flagrante oposição com os resultados dos anos anteriores, que precederam a era da terapêutica moderna, quando, as altas que concedíamos eram excessivas se alcançassem o número de 10." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 359)

psiquiátrico e às necessidades "externas" que determinam as suas condições de operação, muito pouco espaço fica reservado para a investigação acerca dos eventuais malefícios que essa modalidade de tratamento possa ocasionar no tecido cerebral dos doentes. Pinto Pupo, em 1943, publica um artigo em que mostra a ocorrência freqüente de "pequenas lesões de natureza circulatória (lesões isquêmicas celulares, áreas acelulares, microcicatriciais, etc.) nos cérebros de pacientes tratados por êstes métodos" (PUPO, 1943, p. 288).

"A questão da periculosidade do tratamento convulsivante vem de há algum tempo para esta data tomando lugar cada vez mais proeminente na literatura psiquiátrica, mercê dos variados casos de acidentes fatais e (...) das alterações neuro-histopatológicas conseqüentes às crises convulsivas. Em nosso meio, com raríssimas exceções, entretanto, tal terapêutica só recebeu elogios e nenhuma restrição." (PUPO, 1943, p. 269)

Ao contrário do que se poderia imaginar, o advento do aparelho de eletrochoque, que proporciona crises convulsivas com menos riscos e menos sofrimento para os doentes (particularmente por não haver, com o eletrochoque, aqueles segundos de extrema ansiedade que precedem a convulsão cardiazólica), não abole a prática do método de von Meduna.¹⁷

"Acreditamos, que, mesmo que outra terapêutica mais simples e tão eficiente seja desvendada - e a título de exemplo lembraríamos, com algum esforço, a Eletrochoqueterapia -, o método de von Meduna pode ser deslocado de sua cotação, mas não perde o valor que lhe é próprio e nem será, com justiça, integralmente substituído. Da mesma forma que em sifiloterapia o descobrimento das virtudes terapêuticas do bismuto ou do vanádio não determinou o abandono do bom e velho mercúrio, também o aparecimento de novos processos de tratamento em Clínica

¹⁷- Também os neuroléticos conviverão por longo tempo com a insulinoterapia, o eletrochoque e mesmo com o cardiazol, conforme se verá mais adiante.

Psiquiátrica não importam no abandono de outros mais antigos e de eficiência comprovada." (YAHN ; OLIVEIRA NETO, 1942, p. 358)

Se o método de Jauregg leva 8 anos para chegar a São Paulo, os de Sakel e Meduna não esperam mais que alguns meses. As primeiras aplicações de insulina para provocar comas são realizadas no Juqueri em 1936. Em 1938, a Seção de Esquizofrenia do Hospital Central do Juqueri já conta com mais de 2000 comas provocados (CARVALHO, 1939a, p. 284).

A insulinoterapia, assim como a terapia pela malária e a cardiazólica, só pode ser administrada em pacientes hospitalizados. No entanto, a relação entre a terapêutica e a internação psiquiátrica não se dá da mesma maneira que em outros tempos. Se o hospício perde as suas propriedades de saneamento moral - como na época de Franco da Rocha, quando o tratamento é o próprio hospício - e perde, em grande parte, a sua função suportiva de isolamento e cuidados especiais, da época de Pacheco e Silva - quando não há tratamento, mas há o hospital; na era das terapias ditas biológicas, o tratamento hospitalar é ainda necessário pelas condições técnicas que essas novas terapêuticas demandam. No que diz respeito às necessidades sociais mais gerais, o hospício se mantém atendendo às demandas externas de higiene da cidade, de ordem urbana, de uma precária recuperação da força de trabalho, de produção de saber, de exercício disciplinar.

A técnica da insulinoterapia consiste na administração diária (os domingos são reservados para o repouso¹⁸) de doses crescentes de insulina, iniciando-se por 10 a 20 unidades e aumentando-se diariamente 10 unidades. O

¹⁸ - Nas mulheres, suspende-se o tratamento também durante o período menstrual.

tratamento se divide em duas fases.¹⁹ Na primeira, a resposta à insulina, a princípio restrita a um aumento no apetite, vai se intensificando. Surge uma série de sintomas e sinais: sudorese cada vez mais intensa, sensação de mal estar, distúrbios cenestésicos, "sensações várias que os doentes traduzem pelas expressões "vazio no estômago", "tonturas", "garganta seca" (SILVA ; FERRAZ, 1937, p. 504), agitação psicomotora leve ou, mais raramente, intensa. Essas manifestações desaparecem após três horas com a administração de café com leite açucarado e pão, "alimentos que os pacientes ingerem com avidez" (SILVA ; FERRAZ, 1937, p. 505).

Segue-se uma etapa intermediária, ainda considerada dentro da primeira fase, na qual o doente passa a apresentar, após a aplicação da insulina, os mais variados fenômenos, tais como: sonolência, movimentos mioclônicos, esboço de convulsões, contraturas, distensão dos membros, torção da boca, trejeitos faciais diversos, salivação abundante, expressões de sofrimento, gemidos.

Ao final dessa primeira fase, que dura entre quinze e vinte dias²⁰, aparece uma diminuição do tônus muscular e dos reflexos tendinosos. Nesse momento é suspensa a aplicação diária de insulina por dez a doze dias para repouso.²¹ Em

¹⁹- Em PUPO, 1942 pode ser encontrada uma descrição bastante detalhada da evolução de um coma insulínico.

²⁰- Essa duração recomendada, é bastante variável. YAHN ; ARRUDA (1937) fazem-na durar 2 a 5 dias. Esses autores descrevem ainda uma terceira fase, com duração de alguns dias e que consiste na gradativa diminuição das doses diárias de insulina, até a completa finalização do tratamento.

²¹- A maioria dos psiquiatras não segue essa indicação do repouso intermediário, como se pode depreender dos registros de evolução do tratamento nos prontuários dos pacientes. Neles, é possível ainda observar que são tomados o pulso, a pressão e a temperatura dos doentes no decorrer dos comas. Além disso são feitas sumárias descrições das reações diárias do doente à aplicação da insulina, da dose de insulina aplicada e da duração dos comas.

seguida, inicia-se a segunda fase. As doses de insulina devem estar por volta de 75 unidades. Elas são em geral suficientes para fazer o doente entrar em coma.²²

Diariamente pela manhã, após a aplicação da insulina, os pacientes vão para o pátio onde ficam aguardando que os primeiros sinais se manifestem. São então recolhidos ao leito e, após o aparecimento dos fenômenos já descritos acima, instala-se o coma hipoglicêmico, com inconsciência, atonia (nos comas calmos), posição de rigidez descerebrada. Pode haver intensa sudorese e salivação. A esse estado, Sakel denomina "coma úmido". Os doentes são deixados em coma entre 15 minutos e 8 horas, em média uma hora. Após esse tempo, recebem uma injeção de soro glicosado hipertônico endo-venoso, o que parece ser suficiente para "acordar" o doente na maioria dos casos. Uma série de 20 a 30 comas é produzida para cada paciente. Alguns pacientes chegam a receber até 72 comas (SILVA ; FERRAZ, 1937, p. 508).²³

O papel do pessoal auxiliar se reveste de grande importância para esse método, da forma como se realiza no Juqueri. Além da "boa vontade", "dedicação" e "esforço", os enfermeiros do serviço - e os pacientes ajudantes - devem conhecer o método e a clínica do coma, uma vez que são eles que acompanham a sua evolução. Responsabilidade e "obediência cega" são os ingredientes necessários para permitir a multiplicação dos atos terapêuticos.

"É necessário que o pessoal tenha aprendido a conhecer o coma, os momentos de alarme e os sinais de perigo; que tenha a completa noção da responsabilidade do tratamento que se está

²² - Há pacientes que entram em coma com 30 unidades de insulina, outros só vão apresentá-lo quando estiverem recebendo até mais de 200 unidades diárias.

²³ - CARVALHO (1939a, p. 285) aconselha que não se deve dar o tratamento por infrutífero antes da provocação de pelo menos 60 comas.

fazendo e que, se submeta com obediência cega às determinações do médico". (YAHN ; ARRUDA, 1937, p. 101)

A insulinoterapia está indicada para agudos e crônicos. Novamente, conquanto o seu aproveitamento possa ser maior para os primeiros, a quantidade de remissões sociais ou mesmo incompletas²⁴ que se obtém para os segundos justifica a sua ampla aplicação. É certo que se trata de desobstruir o hospital ou, pelo menos, de tornar os doentes internos prestáveis para o trabalho ou mais adequados ao cotidiano asilar. Além disso, qualquer resposta positiva acrescenta crédito à casuística.

Num estudo acerca da possibilidade de se estabelecer critérios prognósticos a partir da observação do pneumoencefalograma de doentes tratadas pela insulina, Yahn escolhe dentre as inúmeras doentes colocadas sob seus cuidados uma doente que, por ser de difícil trato, foi deixada esquecida pelo pessoal de enfermagem.

"(...) a nossa atenção foi voltada para a paciente em virtude das dificuldades que havia em se prestar assistência a ela, pois tinha períodos de agitação, com tendências destrutivas e agressivas. (...) O tratamento foi instituído com o intuito de torná-la mais acessível aos cuidados de enfermagem." (YAHN ; SILVA, C.P., 1939, p. 435)

Somente aqueles que apresentam contra-indicação clínica formal não serão submetidos às novas terapêuticas. Aos desnutridos, seja por "desordem metabólica", "sitiofobia" (SILVA, A.C.P. ; FERRAZ, 1937, P.502) ou miséria, deve ser aplicado um tratamento "reconstituente - glicose hipertônica endovenosa

²⁴- As remissões obtidas no primeiro ano de atividades da Seção de Esquizofrenia do Hospital Central do Juqueri, entre completas, sociais e incompletas, giram em torno de 47% para a terapia cardiazólica e 62% para a insulínica. (CARVALHO, 1939a, pp. 286 e 289)

associada ou não a pequenas doses de insulina; hepatoterapia; vitaminoterapia; tônicos gerais - glicerofosfatos, cola, cálcio, etc." (SILVA, A.C.P. ; FERRAZ, 1937, P.502).

O retorno da autocritica é um dos sinais que indicam a recuperação do doente. Ela é percebida pelo psiquiatra nos momentos em que o paciente reconhece o seu desvio. Assim, como numa confissão provida do necessário e sincero arrependimento, o doente observa que "está aqui há muito tempo" mas "reconhece que 'doença nervosa custa muito para sarar'"; se ainda mantém hábitos estranhos, "reconhece 'que é um mau costume, que precisa tirar'"; ou apresenta "notável melhora durante a qual a paciente reconhecia ter estado doente, 'completamente estúpida'" (YAHN ; ARRUDA, 1937, p. 110-2). Outro sinal importante de recuperação é o retorno das afeições dirigidas aos familiares. "Confessa-se melhor, fala da família, da sua vida infantil, das irmãs, do pai" (YAHN ; ARRUDA, 1937, p. 114). O bom comportamento no hospital e a obediência às normas são indícios certos de algum grau de remissão. "Ainda pede para ser levada para casa, mas não pratica as irregularidades de antes" (YAHN ; ARRUDA, 1937, p. 115).

"Antigamente era agitada, e frequentemente necessitávamos mantê-la com manguito; gritava muito e não obedecia de maneira alguma. Levantava a saia e se descompunha toda. Hoje passa o dia todo no salão, comporta-se regularmente, obedece e aceita os convites que lhe fazem para passeiar, etc. (...) A afetividade está insistentemente e até patologicamente demonstrada nas suas perseverantes idéias e desejos "de saúde", "de que passem todos bem", etc. (...) Em resumo, há melhora no comportamento, na conduta e no funcionamento intelectual." (YAHN ; ARRUDA, 1937, p. 108-9)

O período do despertar comatoso engendra, nos doentes, reações de características oniróides, que se traduzem por comportamentos bizarros,

expansivos ou introspectivos: "reações de tipo infantil", "vivência de conflitos", "sonhos estereotipados", "grande facilidade de sugestão e persuasão" (CARVALHO, 1939a, p. 285). Essas estranhas vivências vão servir, proficuamente, de material para as práticas de psicanálise realizadas no hospital, conforme se verá adiante. A terapêutica é extremamente dadivosa nesse período. Além de propiciar curas e remissões e possibilitar ajustes morais, ela faz emergir conteúdos inconscientes caros à psicanálise hospitalar da época.

Nem tudo corre assim tão bem. Dentre os acidentes que podem acontecer durante o tratamento insulínico, o mais temido é o coma irreversível que leva o paciente a óbito usualmente por parada respiratória devida a convulsões repetidas. Um acidente menos dramático, mas ainda bastante grave, é o "coma protraído", situação em que o doente não responde à injeção endovenosa de glicose e mantém-se em estado comatoso. Os doentes podem permanecer comatosos por vários dias, intercalando alguns períodos de consciência clara com outros de coma profundo. Os episódios convulsivos são freqüentes nessas situações. As medidas a serem tomadas nesses casos se restringem a poucos recursos medicamentosos.

"Nos casos de coma protraído ou prolongado, mostra a experiência que após dose tríplice ou quadrupla do comumente usual do sôro glicosado, não mais há conveniência alguma em sua administração, sendo preferível então o óleo canforado, de 4 em 4 horas, toni-cardíacos e pequenas doses de insulina e sôro isotônico afim de alimentar o paciente." (CARVALHO, 1939a, p. 284)

Dentre os possíveis resultados do tratamento de Sakel, um há que se configura como instigante fenômeno. Trata-se da completa modificação do quadro clínico anterior ao tratamento, apresentando-se como se fosse uma nova

psicose. A esses quadros Pacheco e Silva dá o nome de psicoses pós-insulinoterápicas (SILVA, A.C.P., 1937b). A avaliação desse tipo de reação ao tratamento, supondo a ação do coma nos mecanismos de funcionamento cerebral, levam Pacheco e Silva a ter grandes esperanças que a observação e estudo dos fenômenos decorrentes das novas terapêuticas - como a total transformação do quadro clínico do doente - possa vir a esclarecer questões acerca da psicologia, da anatomia e da patogenia das doenças mentais.

Triunfalmente, a psicose pós-insulinoterápica não só vem a se constituir a prova viva da natureza biológica dos fenômenos mentais, como ainda demonstra, de maneira cabal, que a psiquiatria é o ramo mais científico da medicina. Como nenhum outro a ciência psicopática segue as leis naturais, positivas, biológicas, da patologia geral. As intervenções terapêuticas, alterando empiricamente os atos e as palavras humanas, fornecem à psiquiatria argumentos para exigir o seu estatuto de medicalidade. E não só isso, tornam a psiquiatria mais genuinamente médica que a própria medicina.

"Que estranha alteração se operará nos centros nervosos, que mecanismo mórbido misterioso determinará, em certos casos, tão radical mutação da constituição psíquica?"

"Agora, são os processos terapêuticos que, ao lado de curas surpreendentes, em doenças inexoráveis, nos proporcionam a observação de casos diante dos quais a nossa curiosidade científica se manifesta intrigada, sem encontrar explicação satisfatória."

"Só recorrendo aos elementos biológicos - anatômicos ou fisiológicos - poderemos chegar, algum dia, a explicar a incógnita do psiquismo humano e a bem conhecer os processos mórbidos que transtornam o seu regular funcionamento."

"A observação clínica aí está nos ensinando, todos os dias, o valor incontestável dos métodos positivos. A medicina mental, dada a extrema diferenciação do sistema nervoso, obedece, muito mais que qualquer outro ramo da ciência de Hipócrates, às

grandes leis fundamentais que regem a patologia geral." (SILVA, A.C.P., 1937b, pp. 269-70)

A terapêutica desvela fenômenos inéditos. A peneumoencefalografia, realizada posteriormente à aplicação dos tratamentos, produz uma nova visibilidade, abrindo outras possibilidades de conexões. De tal modo a terapêutica proporciona um olhar distinto sobre a loucura que se chega, inclusive, à proposta de modificação dos próprios critérios diagnósticos empregados até então.

"A insulinoterapia e a convulsoterapia abriram novo campo de observação e permitem que sob outro prisma sejam revistos os casos de esquizofrenia processual." (YAHN ; SILVA, C.P., 1939)

A prática dos métodos cardiazólico e insulínico enseja novas possibilidades terapêuticas, na medida em que algumas combinações entre eles podem ser realizadas. Assim, o método misto consiste em aplicar alternadamente, a cada três ou quatro dias, um coma insulínico e um choque cardiazólico. O método de Georgi orienta a administração endo-venosa de cardiazol para provocar uma convulsão na vigência do início da instalação de um coma insulínico. Baseiam-se os defensores deste método, conhecido como "profundo", em resultados de algumas observações que mostram que quando ocorrem convulsões espontâneas, como complicação do coma insulínico, os resultados terapêuticos são melhores. Apesar dos resultados inconclusivos que apresenta, alguns psiquiatras apontam para uma grande vantagem que esse método teria em relação ao choque cardiazólico puro: por estar inconsciente, o doente não experimenta as vivências aterrorizantes que o cardiazol proporciona.

"Mas da forma brutal como era feito, por exemplo, dar eletrochoque em cima do coma insulínico, ou cardiazol em cima do coma insulínico, que eles chamavam de tratamentos profundos, aí era tudo pra experimentar se dava certo, mas era ... uma verdadeira punição. O médico ficava irritado com o doente e dava um tratamento verdadeiramente punitivo." (Entrev. II)

Além das aparatosas terapias biológicas, outras há, prescritas em larga escala no hospital. A injeção endovenosa de drogas, visando uma elevação térmica transitória e repetida, é aplicada amplamente nesse período. Na Seção de Esquizofrenia a substância utilizada é a peptona iodada. Sua administração é sempre endovenosa, devido à dor intensa que qualquer outra via de aplicação ocasiona. Apesar de não ser constatada uma relação positiva entre a temperatura alcançada nos picos febris e as melhoras clínicas obtidas, as doses de peptona são gradativamente elevadas particularmente nos casos mais resistentes à resposta febril.

"As injeções são feitas duas vezes por semana, iniciando-se com 1/2 c.c. e elevando-se progressivamente a dosagem até um máximo de 5 c.c. Os aumentos de dosagem dependem das reações apresentadas. Fazemos em geral duas séries, sendo de 12 o número máximo de injeções em cada série. Os pacientes suportam perfeitamente o método e nunca houve acidente sério a receiar." (CARVALHO, 1939a, p. 290)

As remissões obtidas com esse método são da ordem de 35%, no entanto, "ao menos sobre determinada sintomatologia - a agitação - traz sempre resultados benéficos" (CARVALHO, 1939a, p. 290).

Além dos tratamentos "específicos" para os distúrbios mentais são utilizados amplamente, "como complemento", as medicações desintoxicantes, tônicas e opoterápicas, e os remédios anti-luéticos.

"Usamos o cálcio, por via endovenosa (gluconato de cálcio a 10%, ampolas de 10 c.c.); o salicilato de sódio (ampolas de 10 c.c., solução a 10%); a urotropina (ampolas de 10 c.c., solução a 10%); suco hepático e colagogos; produtos opoterápicos; vitaminas injetáveis, etc., etc." (CARVALHO, 1939a, p. 292)

Além da cura, obtida pelas mais diversas tentativas terapêuticas, interessa habilitar os pacientes para um retorno à sociedade. Como o "único método realmente de valor para a readaptação e reeducação dos doentes e para o preparo para sua volta à sociedade" (CARVALHO, 1939a, p. 290) é prescrito o trabalho. O trabalho produtivo - agrícola, manufatureiro, de suporte para a administração e para a enfermagem e de manutenção (limpeza, jardinagem, lavanderia, consertos gerais) - é realizado em grande parte pelos próprios doentes. As iniciativas dirigidas para a terapia ocupacional ou a arte-terapia são pontuais.

"Isto teria sido de '45 em diante, eu ainda fui ajudar nesse pavilhão, lá por '51, mas sem ordem de trabalhar no pavilhão. Fui como voluntário, às escondidas, para participar. (...) As doentes todas, era um pavilhão feminino, onde as doentes faziam trabalhos de renda, de frivolitê, de renda de bilro, crochê, tricô, tapeçaria, e outros trabalhos assim, tipo macramê. Mas lindos, lindos, lindos. Tinha uma mulher lá que trabalhava com 7 bilros fazendo renda e o olho da gente não acompanhava os bilros, eles voavam assim, rapidamente, não dava o tempo psíquico da percepção visual. Era uma coisa linda ver aquela velhinha trabalhar, magrinha, magrinha. Trabalhava com os dedos todos, sete bilros trabalhando, fazendo redes. E ele acabou com aquilo, proibiu essa terapia ocupacional. Então havia também os que derrotavam as tentativas pioneiras no Juqueri." (Entrev. II)

Sete anos após o início do uso do cardiazol, o eletrochoque começa a ser usado no Juqueri. Em 1938, Cerletti e Bini apresentam na real academia de Roma seus resultados com a substituição da injeção cardiazólica pelo choque

elétrico para a provocação de crises convulsivas. A partir de março de 1942 Yahn e Oliveira Netto iniciam a aplicação do novo método no 5º Pavilhão de Mulheres (YAHN ; BARROS, 1947). Em 1943 é criada uma Seção de eletrochoqueterapia. Barros, nesse mesmo ano já tem uma casuística de mais de 4000 aplicações feitas (BARROS, 1943).

O aparelho funciona com correntes alternadas de 50-60 ciclos, é dotado de um dispositivo que regula a voltagem. A experiência obtida por Yahn, com mais de 10000 aplicações realizadas de 1942 até 1945, permitem dispensar uma série de cuidados recomendados na literatura. Assim, os doentes recebem o jejum até 2,5 horas antes da aplicação; podem estar sob efeito de sedativos²⁵; o doente pode estar deitado no próprio leito do hospital; os objetos de metal de pequeno volume que os pacientes portam não precisam ser retirados; pode-se tocar no paciente sem se estar usando luvas de borracha; os eletrodos podem ser colocados em qualquer ponto da cabeça; o curare não é necessário; etc. Cria-se uma tecnologia nacional simplificada. São utilizados alguns aparelhos de fabricação nacional, "que não possuem o medidor de tempo,²⁶ basta manter os contatos ligados, deixando passar a corrente até que se verifique o início da crise" (YAHN ; BARROS, 1947, p. 240).

A orientação geral seguida no Juqueri compreende dois métodos: o método simples, que consta de uma série de 20 choques aplicados um a cada 3 ou 4 dias; e o método especial, em que se dobra o número de crises provocando 2 a cada vez com intervalo de alguns minutos entre uma e outra. Esse segundo

²⁵- Se os sedativos aumentam o limiar convulsiógeno, basta, "aumentar a dosagem da corrente". (YAHN ; BARROS, 1947, p. 239)

²⁶- Esses aparelhos nacionais, segundo Yahn, foram fabricados sem o medidor de tempo porque a experiência do Juqueri mostrou que ele era desnecessário.

método, indicado para aqueles doentes resistentes ao primeiro ou com mais de dois anos de evolução de doença, acaba sendo abandonado por não se mostrar vantajoso. O método simples pode ser interrompido antes do término da série completa de 20 crises caso ocorra uma rápida remissão. Alguns casos de estupor histérico, formas maníacas de PMD e confusão mental respondem rapidamente. Um critério muito usado, o mesmo que se obedece para o cardiazol, é o de provocar mais 4 ou 5 convulsões após verificada a remissão, com o intuito de consolidá-la mesmo que com isso não se complete a série.

Novamente, a grande maioria das 414 pacientes tratadas por Yahn durante três anos no Juqueri é de doentes crônicas, com duração média de doença de 9 anos. "No nosso material clínico de Juqueri prevalece o número de casos crônicos" (YAHN ; BARROS, 1947, p. 243).

Se muitas vezes não se obtém resultados muito satisfatórios, é possível indicar o eletrochoque "visando apenas o melhor ajustamento no meio hospitalar" (YAHN ; BARROS, 1947, p. 244).

Após a passagem da corrente pode ocorrer uma crise frustra (somente há a perda da consciência), uma crise incompleta (além da perda da consciência, verificam-se leves abalos musculares) ou uma crise completa. Esta última se inicia com a perda da consciência (não há latência), seguida de um período tônico (10 a 15 segundos) que se transforma em clônico (20 a 30 segundos) e termina por um período estertoroso (1,5 a 10 segundos). A queixa pós-convulsiva mais freqüente é a de perda de memória, seguida pela de dor de cabeça. A primeira se mantém ao longo do tempo, sendo aconselhável "maior prudência" se se trata de um paciente "intelectual" ou "estudante" (YAHN ; BARROS, 1947, p. 247).

A convulsão elétrica oferece vantagens em relação à cardiazólica, principalmente no que se refere ao manejo operatório mais simples e à maior aceitação por parte dos doentes. Com a eletrochoqueterapia não há aura ansiosa e a amnésia em relação à crise é absoluta. Além disso, o custo "é praticamente nulo", a aplicação é simples e ocupa menos tempo.

"(...) com pessoal suficiente e treinado, e dispondo de três leitos é possível fazer-se cerca de 70 aplicações no espaço de uma hora." (YAHN ; BARROS, 1947, p. 252)

Durante o período da crise é de se esperar, embora sejam raros, os acidentes mecânicos e a apnéia prolongada. Após a crise é possível observarem-se convulsões espontâneas, vômitos, agitação psicomotora e morte, também raramente. No caso de se apresentarem estados de agitação psicomotora após a convulsão, convém aplicar outro choque imediatamente.

Como qualquer tratamento de choque (insulina, cardiazol), o eletrochoque favorece o aparecimento de abscessos pulmonares e aumenta a incidência de síndromes disenteriformes.

O eletrochoque propicia possibilidade terapêutica para uma ampla gama de condições clínicas. É possível a indicação dessa terapêutica para esquizofrenia, personalidade psicopática, psicose maníaco-depressiva, oligofrenia, neurose, confusão mental, síndrome perversa pós-encefalítica, psicose epilética, neuro-lues, psicose involutiva, delírio alucinatório crônico, epilepsia.

"As quatro grandes armas, vou repetir: malarioterapia, insulino-terapia, cardiazol-terapia (convulsoterapia pelo cardiazol) e eletrochoque eram os únicos instrumentos em uso na época em que eu comecei o Sanatório Vila Pompéia como hospital psiquiátrico. Nós fazíamos, é ... 25, 30 aplicações de eletrochoque rotineiramente, por dia de aplicação, tinha dois por semana. Eram

120 (pacientes) mais ou menos, você vê, um terço da população tomava ... era submetido ao eletrochoque. Era uma terapia assim, uma panacéia, não é? A gente aplicava eletrochoque pra tudo, não é? Pra qualquer tipo de quadro. Isso nessa fase." (Entrev. VI)

Yahn e Barros verificam que, apesar de bastante bons, os resultados do eletrochoque na esquizofrenia²⁷ são inferiores àqueles obtidos com a insulinoterapia. Essa constatação, no entanto, não é suficiente para modificar a rotina psiquiátrica que determina que o primeiro tratamento a ser realizado em cada paciente seja o choque elétrico. Seu custo mais baixo, menor exigência de pessoal auxiliar e rapidez de aplicação respondem às necessidades de viabilização do hospital. O localizacionismo perde terreno para o gerenciamento da superlotação. Os ditames da ciência se subjugam às necessidades concretas, geradas no processo de organização do próprio trabalho. A tecnologia realizada é aquela criada pelas condições em que o trabalho opera.

Além da convulsão brusca, o aparelho de eletrochoque oferece outras possibilidades. Uma delas, a eletronarcose, que consiste em submeter o doente à passagem de corrente elétrica por dez minutos ocasionando perda da consciência, crise convulsiva atenuada e, em seguida, coma. Se para o eletrochoque, regula-se o aparelho em relação à sua voltagem, na eletronarcose é a amperagem que deve ser controlada. MATHIAS (1953) ensaia o método em 1952 e conclui que em muitos aspectos ele é vantajoso em relação ao eletrochoque. A convulsão é mais branda, a crise mnésico-confusional que se segue à narcose é mais acentuada, não ocorre a excitação psicomotora pós-

²⁷ - "31,61% de remissão nas pacientes com tempo de doença não superior a 6 meses e 3,67% quando a doença ultrapassa 18 meses de duração". (YAHN ; BARROS, 1947, p. 271)

crítica e é possível controlar a apnéia, reduzindo-se a intensidade da corrente. A eletronarcolese proporciona resultados mais animadores que o eletrochoque na melancolia involutiva, nos estágios iniciais da esquizofrenia, nas depressões idiopáticas ou reativas e nos estados psicastênicos. Além disso, as síndromes paranóides, que raramente respondem à insulina e nunca ao eletrochoque, podem ser beneficiadas pelo método de choque abrandado.

O cérebro, alvo direto da terapia convulsivante, também se constitui no órgão de eleição para outras práticas terapêuticas invasivas. Em 1936, os metais coloidais passam a ser utilizados intra-raquí, pela via suboccipital, para o tratamento da esquizofrenia. Visa-se "exercer uma ação mais direta sobre os centros nervosos encefálicos na esperança de assim obter resultados benéficos" (CESAR ; REIS, 1940, p. 5), conseguidos, aliás, em vários casos. O estudo do líquido, imediatamente após as injeções e alguns dias depois delas, mostra que as suas alterações são intensas porém de curtíssima duração (em 7 a 10 dias, normalizam-se as alterações citológicas). Essa constatação leva os patologistas a levantarem a importância da detecção imediata das reações líquóricas no início dos quadros psiquiátricos de intoxicação exógena ou de toxi-infecção. Essa medida no entanto deve ser tomada a partir dos ambulatórios, dos hospitais psiquiátricos privados e, certamente, do Instituto de Psiquiatria, uma vez que ao Juqueri já está sendo relegada a fatia menos nobre dos doentes psiquiátricos: os pobres e crônicos.

"Nos hospitais psiquiátricos particulares e nos ambulatórios de psiquiatria certamente esses estudos poderiam ser melhor controlados que no hospital Central de Juqueri, onde raramente recebemos doentes no início das manifestações mórbidas, na fase em que as alterações líquóricas poderiam persistir." (CESAR ; REIS, 1940, p. 13)

Para a epilepsia, várias substâncias ensaiadas e relatadas na literatura internacional são utilizadas pela via raquiana. O carbonato de cálcio, o fenobarbital, o próprio soro do doente, a fenolsulfotaleína, o ar (pneumoencefaloterapia). BOTIGLIERI (1943, p. 381) lembra-se da prata coloidal quando resolve "experimentar alguma substância ainda não utilizada por via raqueana, na epilepsia." A prata coloidal²⁸ foi administrado aos 12 casos mais graves de epilepsia dentre as 200 epiléticas dos pavilhões femininos.

"dessas 12 doentes 2 não puderam ser utilizadas devido à insubmissão (...) Todas eram doentes crônicas: no caso mais recente a doença datava de 6 anos e no mais antigo, de 35 anos. Todas sem exceção apresentavam baixo nível mental e algumas delas apresentavam também agitação psicomotora mais ou menos freqüente." (BOTIGLIERI, 1943, p. 382)

Seguindo o modelo geral do choque, as aplicações são feitas em séries de 20, uma vez por semana, com doses crescentes de 1 ou 2 cc. a 8 ou 10 cc. Se não há resultados satisfatórios o tratamento é interrompido ao final do segundo mês. Após cada injeção sobrevem hipertermia, dor de cabeça e raquialgia. Ainda a ocorrência de convulsões nesse momento é freqüente.

As condições de insubordinação dos doentes pode determinar alterações na técnica experimental. Assim, a via raquiana alta é escolhida ao invés da suboccipital, apesar de esta última ser mais eficiente e econômica (injeta-se menor quantidade de prata), devido à "pouca prática" do experimentador e "ao fato de as pacientes serem indóceis movimentando-se enquanto se fazia a penetração da agulha, ou durante a injeção" BOTIGLIERI (1943, p. 389).

²⁸ - Ionargol ou Eletrargol.

BOTTIGLIERI ; SIMIONI (1943, p. 368) tentarão também a histamina intradérmica "como medicação vaso-motora e de choque" no tratamento da epilepsia. Aderidos ao modelo do choque, os psiquiatras experimentam substâncias não usuais.

"Fora aqueles médicos que se davam o direito de inventar tratamentos não universais, por exemplo, um médico do Juqueri uma vez inventou de injetar tungstênio na veia do doente, e os doentes subiam pela parede até, porque dava uma agitação desgrçada e ninguém sabia como curar, não é?" (Entrev. II)

Um outro método de choque utilizado é a borrasca vascular de Fiamberti. Consiste, a princípio na administração endo-venosa rápida de acetilcolina, posteriormente tenta-se sua substituição pelo Dilvasene (2.249 F) (ALMEIDA ; FESSEL, 1953).

"Isso provocava, como o nome diz, uma borrasca vascular: sensações monumentais, não só de índices tensionais com também, na circulação periférica havia vaso-dilatação, o sujeito ficava rubro, ele sentia uma sensação horrorosa. Isso eu vi fazer umas duas, três vezes ... A indicação também era meio ... quando não se tinha muito o que fazer se fazia esse tipo de coisa. Ou então em quadros histéricos graves, uma histeria de conversão muito ... porque a reação era imediata, o indivíduo não perde a consciência, então seria assim uma espécie de "terapia estilo analista de Bagé", só que armada, não é?" (Entrev. VI)

Curiosas motivações podem ensejar novos ensaios terapêuticos, numa época em que continua "valendo tudo". Um exemplo disso é o pêndulo mágico.

"Aproximadamente no meio do ano de 1935, tivemos oportunidade de conhecer a principal tendência extraprofissional de um engenheiro residente em São Paulo. Há largo tempo dedicava-se ele ao exame de doentes por meio de um pêndulo (...) A esse tempo suas observações já tinham penetrado o domínio

psiquiátrico e alguns psicóticos foram submetidos ao exame com o pêndulo. Pediu-nos, por obséquio, as gotas de sangue de alguns doentes, aspiradas por mata-borrão, sem que conhecesse os indivíduos a quem pertenciam e os respectivos diagnósticos. Mais em respeito ao seu fervor do que por crença no novo processo semiológico acedemos ao seu pedido. (...) Os doentes de quem colhemos o sangue eram esquizofrênicos. Decorridos algumas semanas voltou o nosso amigo entusiasmado com os resultados. A causa da loucura, dizia êle, depende de uma falta de azoto no sangue. O pêndulo, por suas vibrações, assim o demonstrava, tanto era verdade que, juntando à mancha de sangue do mata-borrão uma gotícula de amoníaco e submetendo o material a novo exame com o pêndulo, o número de vibrações alcançava o valor próprio ao sangue normal. Como conclusão prática sugeriu a introdução do azoto na circulação para resolver o problema da cura da loucura." (YAHN, 1939)

Naquela época, Yahn tenta a aplicação de injeções endo-venosas de cloreto de amônio numa doente "esquizofrênica crônica em ótimo estado geral". Observa, com o aumento progressivo das doses, o aparecimento de hiperpnéia, abalos musculares e obnubilação. Em 1937, já em plena utilização da terapia cardiazólica, "o preço elevado do medicamento, que assim se tornava privativo de alguns doentes apenas, despertou em nós a idéia de buscar agente convulsivante mais acessível." Baseando-se em sua pregressa experiência com o amônio e numa provável ação acidificante deste, que provocaria uma hiperpnéia compensatória, Yahn arrisca uma hipótese:

"Existe uma terapêutica pelas infeções, pelos choques protéicos, pelas doses letais de insulina, pelas doses convulsivantes de cardiazol. Não poderá haver também uma terapêutica pela ruptura súbita do equilíbrio ácido-básico?" (YAHN, 1939, p. 65)

O modelo do choque - a idéia de uma mudança abrupta em alguma condição do paciente - é novamente a base da racionalidade terapêutica. Yahn

aplica o seu novo tratamento a 13 doentes esquizofrênicas que já haviam sido submetidas a "diversas terapêuticas",²⁹ sem resultados apreciáveis. No entanto, na época em que escreve o artigo, conta o autor já ter realizado no Juqueri mais de 1000 injeções de cloreto de amônio (YAHN, 1939, p. 66).

O aparecimento das drogas aversivas permite que o alcoolismo passe a ser visto cientificamente. A possibilidade de encarar-se o alcoólatra como doente e fornecer-lhe tratamento adequado e eficaz torna científica a intervenção psiquiátrica nesses casos. "Até há dez anos atrás não se tinha uma concepção exata médico-científica do problema do alcoolismo" (SZTERLING, 1954, p. 191).

Em 1950, no Instituto Aché, SZTERLING (1950) experimenta as novas drogas que aparecem para o tratamento do alcoolismo: o *antabuse*, o *antietanol* e o *abstenil*. O autor submete os doentes a algumas "provas" que consistem na administração de um cálice de aguardente, uma vez por semana, na vigência da terapêutica com a medicação sulfídica. Essas "provas" têm por finalidade calibrar a dose da medicação antialcoólica de tal forma a que ela produza uma crise branda, quando da eventual ingestão alcoólica. Além disso, elas servem para criar no doente o "reflexo condicionado" aversivo.

A crise se dá com sintomatologia variada. Pode-se observar vermelhidão, calor, lacrimejamento, sensação de asfixia na garganta, angústia intensa, afonia, tosse, dor constritiva pré-cordial, sensação de morte próxima, pavor,

²⁹- Essas "diversas terapêuticas" são basicamente a piretoterapia (com injeções EV de substâncias piretogênicas em doses crescentes, 2 vezes por semana, até completar uma série de 20), opoterapia, sedativos, tônicos e reconstituintes. Assim, nos prontuários dos doentes, nesse período, são comuns as prescrições (quando existem) de: protinjetol, venocalcium, iodinjetol, ovolécitina, iodureto de sódio, cacodilato de sódio, urotropina, hiosciamina, esparteina, cafeína, duboisina, óleo canforado, cloridrato de heroína, suco hepático, opocerebrina, hipossulfito de magnésio, sonifene, luminal, etc., além das fórmulas compostas de substâncias ativas e extratos vegetais.

palpitação, batimentos na cabeça, ouvido e pescoço, palidez posterior à vermelhidão, suores e tremores. Pode ocorrer a morte por choque alérgico. Para abrandar ou abortar essa sintomatologia, a medicação mais eficaz é a adrenalina; a vitamina B1 pode auxiliar. Se há queda importante da pressão arterial devem ser administrados o hipossulfito de sódio ou magnésio e, às vezes, a coramina-efedrina. A administração de eméticos (apomorfina e emetina) pode ser útil para criar o reflexo condicionado do vômito. Para submeter o doente às provas é necessário que ele esteja internado. Inicia-se um tratamento tônico e desintoxicante preparatório para o tratamento anti-alcoólico. Durante o período de provas, o doente é submetido a preleções do médico.

"Estas preleções, verdadeiras psicoterapias coletivas, consistiam em esclarecimentos dados com toda a franqueza sobre seus motivos e vantagens: eram assinalados os prejuízos individuais, familiares e sociais do alcoolismo, e justificado o sacrifício em face das vantagens obtidas com o abandono do vício. Sempre os considerávamos como vítimas, escravos do álcool, incapazes de se libertarem por si sós: o medicamento era uma verdadeira sentinela que impedia o indivíduo de ingerir bebidas alcoólicas". (SZTERLING, 1950, p. 204, grifo nosso)

O processo de vitimização do sujeito torna-o objeto de intervenções necessárias. A apreciação moral também é utilizada para avaliar a melhora. Os resultados obtidos são animadores: além da "maior adaptabilidade ao meio hospitalar" (que antes se constituía em grande problema), os pacientes mais antigos ajudam a convencer os novos das vantagens do método e não mais insistem na sua "pronta saída do hospital". Para os pacientes ambulatoriais, mudanças radicais se operam: os doentes "tornam-se mais caseiros, passam a preocupar-se com os pequenos problemas do lar, a sentir prazer na companhia

da família" (SZTERLING, 1950, p. 205). Os resultados são superiores nos neuróticos e menores nas personalidades psicopáticas.

O abscesso de fixação continua sendo utilizado nesse período. Se a sua propriedade inicial, como piretogênio e estimulador de reações inflamatórias defensivas no organismo, pode ser obtida por meios menos violentos, ele se mantém em função de novas propriedades. O abscesso de fixação "fixa" no leito o doente agitado.

"(...) peguei, por exemplo, um tratamento bárbaro, que eram os abscessos de fixação para os agitados. Com terebentina, com ... como chama aquilo ... esqueci o nome. E os famosos sulfúrio, que eram uma mistura do enxofre, da flor de enxofre, não o enxofre em pó. Que nos hospitais, mesmo particulares, numa sala assim mais ou menos de 4 por 4, eles enchiam um ... faziam uma montainha assim de flor de enxofre e depois despejavam óleo em cima, latas de óleo e iam mexendo. Faziam uma pasta daquilo e davam nas nádegas dos pacientes aquela injeção, daquele jeito que tivesse. O doente não podia se mover de tanta dor e, não raro, aquilo fazia um abscesso, era um abscesso de fixação. Chamado sulfúrio." (Entrev. II)

"(...) o fito era provocar abscesso e febre. Quer dizer, era uma terapia um pouco assim punitiva. Nos doentes agitados não era com o fito de punir, era de agarrar o doente, acalmar o doente, mas como não tinha outro recurso ... era pra acalmar." (Entrev. III)

O abscesso de fixação, assim como a piretoterapia é, também utilizado para pacientes neuróticos. Nestes, por um estranho caminho, ele tem o efeito de aliviar a ansiedade.

"O Prof. Paulino Longo receitava injeção de piretoterapia pra neurótico. Porque a febre produzida aliviava a angústia. O indivíduo com aquelas crises de angústia, uma angústia mais ou menos prolongada e disfarçando depressão, ah, era uma beleza! O indivíduo ficava naquela quebradeira de febre na cama e desviava a angústia. Era a mesma finalidade do abscesso de fixação. (...) É como a gente tendo uma preocupação que nos dá angústia, dá

sofrimento, a senhora cria uma outra preocupação: uma disfarça a outra." (Entrev. VII)

A gerência da superlotação produz um amplo uso de medidas violentas.

"E os tratamentos, como eu disse a você, eram fortes, o doente ficava até amarrado, porque não se tinha os recursos de hoje. Amarrado mesmo. Quando eles se agitavam, amarrava. Se agitava e ficava agressivo, uma crise passageira violenta, eles ... não, não se sabia como era, não? Então o tratamento básico da psiquiatria inicial era em defesa da sociedade. O doente era secundário. Então, se precisava amarrar, amarravam mesmo." (Entrev. III)

As lobotomias podem ser outro instrumento a dar conta das manifestações de violência no hospital. A leucotomia de Egas Moniz começa a ser realizada no Juqueri em 1936³⁰, no mesmo ano do lançamento de seu livro "Tentativas operatórias no tratamento de certas psicoses". Baseia-se o autor na suposição da existência de "complexos grupos célulaconectivos" no cérebro, os quais seriam responsáveis pelas manifestações psíquicas. Na doença mental ocorreria uma "fixidez mórbida" dessas conexões, particularmente as relacionadas ao lobo frontal. Daí a necessidade de destruir essas conexões celulares de tal forma a permitir que novas conexões, mais saudáveis, se realizem. A princípio Moniz usava injeções de álcool no centro oval da região frontal, posteriormente passa a usar o leucótomo.

Mattos Pimenta, sob a orientação de Pacheco e Silva opera dois casos de "melancolia ansiosa". Após proceder à demarcação e à anestesia local, faz a trepanação, introduz o leucótomo diversas vezes em diversas direções para

³⁰ - "a primeira leucotomia da história da medicina brasileira", conta, orgulhoso, Anibal Silveira em entrevista jornalística. (SILVEIRA apud FAERMAN, 1974)

proceder à desconexão celular. O pós operatório é simples, os resultados são animadores. Sobre os inconvenientes da operação, Pimenta assinala que os cirúrgicos são nulos e que os psíquicos não oferecem objeções aos incuráveis e crônicos. Nota somente que o número de cortes é insuficiente para a perturbação psíquica evidente e permanente. O autor ainda arrola as vantagens que percebe no método:

"1) suprimir o sofrimento íntimo dos anciosos, melancólicos. 2) diminuir a agitação psicomotora. 3) diminuir certos complexos psíquicos. 4) diminuir os inúteis da sociedade. 5) diminuir e tornar mais úteis os doentes nos hospitais psicopatas. 6) estudo fisiológico psiquiátrico." (PIMENTA, 1936, p. 262)

Nesta fabulosa síntese, Mattos Pimenta mostra (certamente à revelia de si próprio) as possibilidades de articulação da terapêutica em relação à cientificidade, à moral burguesa do trabalho como valor de utilidade, à ordem hospitalar e à organização social.

Após o trabalho de Pimenta segue-se um longo intervalo. Somente em 1942 as leucotomias serão retomadas. Nesta época, já está à disposição dos cirurgiões psiquiatras o método de Freeman e Watts. Baseados na localização cortico-hipotalâmica dos distúrbios do comportamento, esses autores propõem uma secção mais ampla que a de Moniz. Devem ser seccionados os quatro quadrantes frontais.

"Tinha mais coisa que usavam ... na psicocirurgia, a partir do Egas Muniz, que eram as operações mutilantes, irreversíveis, as leucotomias ... vários tipos de leucotomias ou lobotomias também. E existia também a lobectomia, tiravam um lobo inteiro do cérebro, e a topectomia, que tiravam a área cortical fora. A topectomia decorticava uma parte do cérebro. E não raro, havia, parece que uns 30 a 40% de mortes por causa dessas operações, porque dava abscesso cerebral, não raro, ou hemorragia mesmo. Porque a

operação era feita às cegas, não é?, numa área aparentemente branca, sem vascularização. O leucótomo passava assim e cortava as ligações tálamo-corticais." (Entrev. II)

Os acidentes mais graves que podem ocorrer são hemorragia por secção cega da artéria cerebral anterior (sempre fatal) e hemiplegia (muitas vezes temporária). Ocorrem mais comumente no período pós-operatório incontinência urinária, entorpecimento da consciência, vômitos, dores, constipação. Epilepsia e estados de enfraquecimento mental são seqüelas possíveis.

As indicações são variáveis. O desconhecimento acerca dos mecanismos cerebrais envolvidos tanto na doença mental como na leucotomia ou na lobotomia faz com que os psiquiatras tenham que se "guiar exclusivamente pelos conhecimentos recolhidos na prática clínica, com atitude predominantemente empírica" (YAHN, 1946, p. 226). Estão indicados para a cirurgia os casos crônicos; os casos que não responderam a outros tratamentos, ou que têm contra-indicação para recebê-los e aqueles que apresentam sintomatologia que pode ter algum tipo de repercussão, para si ou para os outros: "agitação muito intensa", "sitiofobia", "automutilação", "tendência ao suicídio", "hábitos de sordície inveterados", "conduta anti-social intra ou extra-hospitalar", ou "enfraquecimento moral com séria repercussão no meio ambiente" (YAHN, 1946, p. 227). De qualquer maneira, a superlotação é novamente o critério maior para a eleição da terapêutica.

Yahn observa 161 pacientes operadas no Juqueriaté 1945. Para os casos de esquizofrênicos, pacientes crônicos e aqueles já tratados por outros métodos com resultados desfavoráveis obtém 14% de remissões e 65% de melhoras apreciáveis. Para a avaliação desses resultados Yahn não considera os casos em que houve apenas acalmia ou outras modificações de conduta.

"Sendo a leucotomia um tratamento simples, econômico e quase destituído de perigos, pode, sem dúvida, contribuir para melhorar a situação dos doentes mentais crônicos, que superlotam os frenocômios. Foi esse um dos motivos que nos levaram a prosseguir indicando o tratamento cirúrgico das psicoses."
(YAHN, 1946, p. 234)

Não somente à lobotomia é facultada a possibilidade de "suprimir o sofrimento íntimo" e "diminuir certos complexos psíquicos". Outro método, bastante distinto da cirurgia cerebral pode ser utilizado. Os "complexos psíquicos" podem ser aliviados ao serem descobertos seus nexos de sentido, no âmbito da produção mental.

Uma famosa carta escrita por Freud e endereçada a Franco da Rocha (cuja cópia se encontra no Museu Osório César, no Juqueri) pretende marcar o início das relações da psicanálise com o alienismo paulista. No entanto, os termos afáveis e elogiosos da referida missiva não são exemplares para caracterizar o que vai ser, de fato, essa convivência. A psicanálise, pelo que propõe a teoria freudiana, choca-se frontalmente com o caminho que a psiquiatria percorre - buscando sua medicalidade, do hospício à universidade. Se para alcançar cientificidade é preciso atrelar os distúrbios dos atos e das palavras a um chão sólido e concreto: o cérebro, as teorias psicanalíticas aparecem "na contramão" dessa finalidade.³¹

Por outro lado, a psicanálise toma corpo e gradativamente ganha as ruas. Não é possível não levar em conta as suas pregações. Além do mais, ela

³¹ - "Ora, se a psicanálise postula um Aparelho Psíquico com um funcionamento específico capaz de explicar que possamos ser possuídos por impulsos inconscientes, se esses impulsos podem produzir conflitos entre as diferentes instâncias psíquicas causando sintomas, não existe lugar para que se continue falando de degeneração e hereditariedade. É uma outra lógica que rege a psicanálise e que a tira do campo da patologia psiquiátrica e da medicina." NUNES, S. A. "Da Medicina Social à Psicanálise in: BIRMAN, 1988. p. 74.

oferece utilíssimos instrumentos para as propostas pedagógicas de higiene, particularmente aquelas que têm como objeto a infância. De tal modo que a psiquiatria acaba fazendo um uso todo particular das teorias psicanalíticas, assim como de sua técnica. E mesmo essa possibilidade de uma adequação da psicanálise à psiquiatria organicista não é suficiente para apaziguar divergências entre os próprios psiquiatras dentro do asilo.

"E logo que eu cheguei lá, a Rachel me perguntou: 'Olha, aqui tem duas ... duas correntes, vamos dizer ... duas linhas: o Dr. Aníbal Silveira é uma pessoa que busca muito o orgânico, ele é positivista, ele é uma pessoa que busca o orgânico, as localizações cerebrais e aquelas coisas todas. E o Dr. Mário Yahn é psicanalista e ele busca muito a compreensão do paciente numa linha mais psicológica.'" (Entrev. IV)

Psicoterapia, psicanálise, pedagogia, sócio-terapia, laborterapia, higiene, profilaxia são termos que se misturam, um tanto indistintamente, quando a psiquiatria da época fala dos fenômenos que são o "complemento" dos distúrbios orgânicos. A psiquiatria "ajeita" a psicanálise para torná-la seu acessório, recobrando o que esta traz de mais antagônico em relação aos seus próprios conceitos. A psicanálise dentro do hospital torna-se "um ramo" da psiquiatria, assim como a psicologia, adicionando-lhe algum saber. Secundário, mas enriquecedor.

"E fazíamos psicoterapia, isso que hoje falam por exemplo de psicoterapia e análise e coisa, nós fazíamos, nós tínhamos muitos doentes sob nosso cuidado, mas a gente pegava alguns, porque eram muitos." (Entrev. I)

Se, dentro dos domínios da psiquiatria, a psicanálise é incorporada de forma subordinada, no campo aberto das discussões inter-institucionais as coisas se passam de maneira bastante distintas.

"Havia esses grupos e bem marcados, não é?, o grupo de psicanalistas era liderado por Durval Marcondes e Lucy Adelaide Kohr e o grupo dos organicistas tinha vários outros, o Aníbal Silveira, por exemplo, era considerado predominantemente organicista, Pacheco e Silva. Agora, aonde a luta era maior era do Grupo do Pacheco e Silva com o grupo psicanalítico. ... Me lembro também de uma outra reunião em que o Dr. Durval Marcondes assinalava que a Faculdade de Medicina tinha sido omissa no desenvolvimento psicanalítico e que ele tinha desenvolvido a Sociedade de Psicanálise. O Prof. Pacheco e Silva, em resposta, declarou-se um homem emancipado e citou faculdades da Europa em que o desenvolvimento da psicanálise não era tomado a peito, não é? então havia essa nítida separação entre os dois grupos." (Entrev. V)

O sentido da técnica psicanalítica como uma investigação transforma o psiquiatra num verdadeiro detetive. A idéia é tentar desvendar os conflitos mais escondidos, particularmente aqueles de ordem sexual. A teoria freudiana do desenvolvimento da libido é tomada no seu sentido mais concreto e qualquer desvio de uma sexualidade genitalizada praticada com moderação é entendido como perversão. Toda perversão pode se articular, em nexos de sentido, à doença mental. O onanismo renitente enfraquece o sujeito, torna-o vulnerável à instalação da doença mental. E assim se anulam contradições e se estabelecem relações ambíguas de somação entre a psiquiatria e a psicanálise.

Para os psiquiatras, a técnica psicanalítica proporciona um espaço para a confissão. Ali, o doente se vê impossibilitado de esconder-se. Qualquer ato é revelador de morbidade. Não é incomum ler-se nos prontuários do Juqueri, nessa época, expressões como: "vou submetê-lo a algumas sessões de psicanálise para saber se não há fatores sexuais que estão contribuindo para os maus resultados terapêuticos obtidos", etc. A técnica psicanalítica é utilizada como uma estratégia de fazer aparecer informações, as mais renitentemente

escondidas pelo doente. Assim, alguns psiquiatras orientam os enfermeiros a anotarem na ficha do paciente qualquer ato falho que ele cometa durante o dia. Esses atos podem se constituir no fio da meada que serve para descobrir sentimentos ocultos.

A resolução terapêutica que a psicanálise pode proporcionar aos doentes do hospital psiquiátrico, após submetê-los a algumas sessões com divã e enfermeiro ao lado, são, segundo Henrique Roxo, basicamente de três tipos: a condenação, a sublimação e a prática sexual.

"A condenação, que visa fazer com que o próprio indivíduo, reconhecendo as suas tendências mórbidas ou os seus propósitos absurdos, reaja contra os seus impulsos, depois de ter deles perfeito conhecimento, combatendo-os mercê de um esforço perfeito, inteligente e continuado." (SILVA, A.C.P., 1951, p. 195)

A condenação é o método psicanalítico mais difícil de ser aplicado ao esquizofrênico e consiste em fazer "vir à tona o complexo recalcado e demonstrar ao doente que elle deve reagir, deve afastar o complexo" (ROXO, 1934b, p. 64). O esquizofrênico, por viver "em antagonismo com o meio", dificilmente acatará sugestões que emanem dele.

"A sublimação, que tem por fim orientar o indivíduo num plano superior, buscando derivativos na realização de uma obra social, na satisfação de uma vocação artística, no consólo de fazer o bem aos seus semelhantes, etc." (SILVA, A.C.P., 1940, p. 195)

Para Roxo, a sublimação consiste em proporcionar ao doente um trabalho, para desviar o seu pensamento do "complexo torturante", ou fazê-lo distrair-se "em práticas esportivas, folguedos diversos etc." (ROXO, 1934b, p. 64)

"O methodo da pratica sexual que busca normalizar a vida sexual, é muito útil, mas nem sempre é facilmente exequível. Si houver impotencia psychica e o doente viver preocupado com isto,

o esclarecimento e a interpretação lógica e científica disto muito poderão aproveitar." (ROXO, 1934b, pp. 64-5)

Além dessa "não psicanálise" que é praticada ou recomendada pelos psiquiatras, há outros tipos de prática dentro do hospital psiquiátrico que se aproximam mais daquela criada por Freud. O hospital acolhe não só psiquiatras que "entendem" de psicanálise, mas também psiquiatras psicanalistas do Instituto de Psicanálise e de fora dele. Tal é o caso de Paulo Lentino no Hospital de Juqueri.

"Pois então, o Lentino era uma espécie de dissidente. Você chegou a ouvir falar no Lentino, não é? O Paulo Lentino, ele não era um Freudiano ortodoxo, ele era de uma fase em que de fato não havia como fazer formação aqui, embora fosse mais moço do que o Durval. Durval não tem formação, ele não foi analisado nem nada. Ele é que nem Freud. Mas logo em seguida, chegaram aqui psicanalistas de formação profissional, Adelaide Kohr por exemplo. Então a geração que se seguiu ao Durval foi toda psicanalisada. Só que esse grupo que o Paulo Lentino orientava que durou mais ou menos uns seis, oito anos, era de psiquiatras que não aceitavam aquela formação ortodoxa, principalmente pelo Instituto de São Paulo, que nós julgávamos incompetentes. Não tinha nível para fazer formação de ninguém. E é por aí que nós fomos fazer um grupo com orientação do Paulo Lentino, autodidata." (Entrev. VI)

Lentino, psicanalista auto-didata, a par de sua prática psiquiátrica comum, elege alguns internados para tratar psicanaliticamente. Entre 1935 e 1944, ele submete a tratamento psicanalítico dez pacientes internados.

"10 casos bem caracterizados de esquizofrenia, todos de aspecto grave, em cronicidade, sendo 5 de forma paranóide, 2 de forma hebefreno-paranóide, 1 de forma hebefrênica, 1 de forma simples, 1 de forma hebefreno-catatônica." (LENTINO, 1944, p. 235)

"Antes de realizar todos esses tratamentos, o A. empreendeu vários estudos psicanalíticos (sem finalidade terapêutica) em diversos esquizofrênicos crônicos, para se familiarizar com os

mecanismos dos sintomas, conseguindo resultados parciais apreciáveis no que se refere à compreensão e mesmo resolução de alguns sintomas." (LENTINO, 1944, p. 234)

A psicanálise não poderá ser indicada em todos os casos de esquizofrenia. As limitações são dadas pela cronicidade, pela forma clínica e pela organicidade. A cronicidade só contra-indica o tratamento nas esquizofrenias orgânicas. Se nas esquizofrenias psicogenéticas a psicanálise deve ser o tratamento de fundo, nas de causa orgânica, ela será empregada como "tratamento acessório". Ela se amolda aos critérios psiquiátricos, conformando regiões de competência específica dadas pela própria natureza das doenças. Organiza-se assim o que se poderia chamar de uma "psicanálise psiquiátrica".

"Deve-se admitir, de acordo com os progressos atuais da Psiquiatria, a existência de formas predominantemente orgânicas ou predominantemente psicogênicas." (LENTINO, 1944, p. 234)

Além disso, algumas formas clínicas respondem mais satisfatoriamente que outras. Assim, nas formas simples, catatônica e hebefrênica é necessária uma adaptação do método de Freud ou então os doentes devem ser previamente submetidos a um dos tratamentos de choque "visando torná-los mais acessíveis à análise". A psicanálise psiquiátrica está também indicada em todas as esquizofrenias incipientes, "pois que assim não só se estudará e compreenderá melhor a moléstia, como também poder-se-á evitar a internação de muitos doentes" (LENTINO, 1944, p. 232).

Lentino utiliza a técnica psicanalítica "ativa" de Stekel e outras desenvolvidas por ele próprio, como a "técnica da acareação" ou do "desmascaramento direto" e a "técnica dos diálogos simbólicos". Além da fala

espontânea do doente durante a seção, o psicanalista solicita o relato de sonhos e das vivências do paciente durante os períodos oniróides dos tratamentos de choque (caso o doente tenha se submetido a algum).

"Não posso me exprimir com exatidão porque as palavras que usamos para nos exprimir, não dão o sentimento exato que se tem naquele estado; as palavras sempre nos fazem o compreender no modo normal, mas não naquele estado de realce da gravidade das cousas. Quem imaginar o sonho é só compará-lo com o coma, porém de uma maneira mais forte, mais grave, ainda mais que o pesadêlo." (CARVALHO ; LENTINO, 1939. p. 271)³²

Os tratamentos variam de três meses e meio a dois anos. Alguns doentes começam a sua psicanálise no hospital, recebem alta psiquiátrica e a continuam ambulatorialmente.

De maneira geral o discurso psicanalítico permeia o hospital psiquiátrico. Tenta-se uma compreensão do doente segundo os conceitos da psicanálise sem que essa compreensão, assim obtida, possa redundar em alguma intervenção mais específica. As concepções dinâmicas aplicadas a um entendimento sobre o paciente fornecem conteúdo para as discussões de caso e as conversas no trem (GRÜNSPUN, 1980) mas não modificam a prática do trabalho. Comparados os pavilhões dirigidos por psiquiatras de linha mais organicista ou mais psicanalítica, os tratamentos não apresentam muitas diferenças.

"(...) de trabalhar, a gente não pode dizer que havia (diferença) viu, porque a gente tinha uma média de trezentos pacientes em cada pavilhão, onde caberiam (...) uns 180, 200. Então a concepção era mais teórica (...) Porque a gente fazia aquelas reuniões clínicas e discutia os casos, tentava uma compreensão psicodinâmica, etc. e tal. Naquele tempo estava muito

³² - Trata-se de um trecho do relato de um paciente em psicanálise sobre sua vivência nos estados pós-comatosos da insulino-terapia.

na moda estudar o Heidegger e a gente queria entender a teoria da Gestalt e não sei o que lá mais, (...) tudo muito bonito, mas ficava muito na teoria. Era muito uma maneira de encarar o paciente sob o ponto de vista de compreensão psicológica, mas na hora de tratar, o tratamento numa linha psicológica era impossível de ser feito ... aquele monte de doentes. E no fim a gente caía no lugar comum mesmo: era o cardiazol, o eletrochoque, era a insulina, etc. e tal. (...) 'Vamos compreender o paciente, vamos compreender o caso, vamos compreender as doenças', mas na realidade, eu sou honesta em dizer, a gente não se diferenciava muito." (Entrev. IV)

Nos hospitais particulares a técnica psicanalítica e melhores condições de hotelaria estão à disposição daqueles que podem pagar por elas. A natureza privada ou pública, ambulatorial ou hospitalar, imprime especificidades aos tratamentos realizados.

"A clientela no Instituto Ache era em sua maioria de recursos não muito grandes, mas havia os que tinham recursos abundantes. Isso permitia que o paciente tivesse mais espaço, tivesse um quarto pra ele ou um quarto com dois pacientes, ao passo que os outros, que eram clientes previdenciários, eles tinham um espaço menor. Eram alojados vários em cada quarto. Os pacientes de maiores recursos eles tinham também um tratamento por via psíquica individual freqüentemente. Pacientes de menores recursos não tinham. No Instituto Ache não sei se essa diferença era tão grande assim no exame inicial ou no exame relacionado à farmacoterapia. Talvez não fosse. Mas alguns pacientes eram tratados por meio de psicoterapia, então recebiam atenção de várias horas por semana. E estes tinham algum recurso. O custeio da psicoterapia exigia que a família tivesse algum recurso." (Entrev. V)

O Departamento de Assistência aos Psicopatas, na capital, oferece atendimento ambulatorial, recebe os doentes "catados na rua" pela radiopatrulha (muitos deles drenados para o Juqueri) e tem um pronto-socorro para

internações rápidas. Além dele existem também alguns ambulatórios dos institutos de aposentadoria e pensão.

"O trabalho no antigo IAPI era (...) um gigantesco desperdício de esforço do cliente e dos médicos. Porque o tempo para fazer aquilo que se queria de nós era de todo insuficiente pra isso. Resultado: não se tinha gosto de trabalhar, tinha-se a noção exata do desperdício e o melhor que se poderia fazer era diminuir esse desperdício. Então piorava-se ainda mais o padrão de atendimento e abreviava-se ainda mais o atendimento de cada paciente. (...) Havia muita demanda, digamos, para auxílio pecuniário por doença, não é?, ou aposentadoria. Inicialmente era só isso. Depois veio a parte de tratamento também. (...) aquela farmacoterapia que precedeu as grandes inovações do início da década de '50. Havia possibilidade de sedar os pacientes com preparados que tivessem bromo, usava-se por exemplo muito Bromural. Preparados que tivessem barbitúricos. Sustentava-se por exemplo que um dos barbitúricos recomendados nos casos de depressão seria o amital sódico. E naquela ocasião começaram a surgir anfetaminas, me recordo por exemplo de um preparado que se usava chamado Dexamil, era contra as depressões. Os estados de agitação eram frequentemente tratados com uma combinação de barbitúricos, um dos preparados mais utilizados era o Sonifene. Estricnina e ioimbina costumavam ser administradas nos casos de impotência *coeundi*, também como os hormônios." (Entrev. V)

Ao ambulatório está reservada a função da prevenção de novos surtos. Mas a higiene exige mais do que isso: é preciso identificar, entre as pessoas comuns, aquelas que podem vir a adoecer.

"A psiquiatria foi, assim, pouco a pouco, ampliando o seu raio de ação. Continuou a se ocupar dos psicopatas hospitalizados, mas alargou os seus horizontes para exercer uma ação profilática, de incalculável alcance social, desvendando os distúrbios neuro-psíquicos incipientes observados nos indivíduos integrados no meio social, mas fadados a uma psicose num futuro próximo ou remoto. Daí nasceu a higiene mental, que ganhou logo

terreno, para constituir uma das mais lúdimas conquistas da medicina moderna." (SILVA, A.C.P., 1945b, p. 10)

Os doentes psicóticos fora de surto, os egressos dos hospitais psiquiátricos, os alcoolistas, os neuróticos podem ser seguidos ambulatorialmente. Para esses últimos, o tratamento medicamentoso receitado no ambulatório não se diferencia muito daquele prescrito aos doentes psicóticos não internados.

"Eu me lembro muito de alguns barbitúricos e do Bromural. Usavam-se complementos alimentares, remédios que tivessem vitaminas do grupo B, (...) sais minerais. Admitia-se que melhorando a saúde física, isso teria repercussão também na saúde psíquica. Já se usava em número relativamente grande, ainda que com certo cuidado, pequenas doses de insulina antes das refeições, 10 a 20 unidades (...). E isso contribuía para melhorar muitos neuróticos. Eles se aliviavam. Eles comiam bem, engordavam, ficavam sedados, então era uma das formas de tratar bem recebida, não é?, pelos clientes. Também sais de magnésio se usava. Havia um preparado chamado Magnosedans, injetava-se sais de magnésio na veia. Havia ... piretoterapia, também pra acalmar. Piretogênio ... que se usava até mesmo no ambulatório em alguns casos. Explicava-se ao cliente, se ele queria, ele tomava. Aplicava em casa mesmo." (Entrev. V)

Se parece certo que essa medicação coadjuvante será rapidamente abandonada - tanto nos hospitais quanto nos ambulatórios - em função do advento dos psicofármacos, as terapias biológicas permanecerão ainda por um longo tempo no cenário terapêutico da psiquiatria.

CAPÍTULO 5

UM REMÉDIO COMO OS OUTROS (1954-1959)

A cada novo período que aparece, o imediatamente anterior que era até então glorificado como tendo alcançado os píncaros da ciência, provendo à psiquiatria a necessária medicalidade, torna-se imediatamente desqualificado em suas propriedades de cientificidade. A psiquiatria se torna, a cada nova aquisição de seu arsenal terapêutico, "enfim científica", "enfim médica", "enfim não mais empírica". O progresso científico fica demonstrado na medida em que a terapêutica passa a ser eficiente. "Dominar" doenças significa a possibilidade do exercício da clínica, significa ser médico.

"Eu posso lhe dizer que a psiquiatria era muito primitiva nesse tempo. (1930) (...) O que houve foi um progresso científico muito grande que então foi mostrando que muitas doenças podiam ser dominadas." (Entrev. I)

No plano discursivo as qualidades de "científico", "revolucionário", "positivo", "médico" são instantaneamente transportadas dos velhos substantivos - ópio, hospício, clinoterapia, banho, bromo, laborterapia, malarioterapia, cardiazol, insulina, eletrochoque, lobotomia - para os novos, emergentes - clorpromazina, reserpina. Na prática do trabalho, no entanto, novos e velhos métodos convivem por longo tempo, num ritmo oscilante, complexo e contraditório de eterna passagem.

No que se refere às práticas asilares, a prescrição corriqueira de eletrochoque e insulinoterapia ao longo de toda a década de '50¹, a crescente

¹- O que pode ser fartamente verificado nos prontuários do Juqueri.

superlotação dos hospitais psiquiátricos durante esse período² e a permanência do efeito cronificador do asilamento, multiplicando-se o número de "removidos para as colônias", vêm embaçar o brilho revolucionário que os primeiros remédios específicos para a loucura prometem trazer.

Assim, no âmbito das palavras, é possível descrever uma "revolução" psiquiátrica com o advento dos neuroléticos, mas no nível das práticas concretas, esse impacto é bastante amortecido em face das reais condições em que se realiza o trabalho e da configuração social que o determina. Além disso, o novo tratamento será utilizado segundo uma velha racionalidade terapêutica, conforme se verá mais adiante.

As terapias biológicas que, segundo os psiquiatras da década de '40, deixam de ser empíricas para tornarem-se científicas a partir de 1936, voltam a ser adjetivadas de empíricas pelos psiquiatras do meio da década de 50, ainda que continuem a ser consideradas eficientes.

"As chamadas técnicas biológicas, sem dúvida as mais eficientes no tratamento das doenças mentais, de aplicação empírica e mecanismos de ação ainda obscuros se valem das modificações gerais que provocam no equilíbrio orgânico, mas seu efeito terapêutico terá aplicação em mecanismos muito complexos e indiretos que parecem não depender da natureza do agente que os provoca." (MARTINS, 1956, p. 198)

Com Franco da Rocha, a ciência buscada pelo alienismo está no "hospício científico", com suas intervenções morais (o trabalho, o saneamento). Com Pacheco e Silva, a cientificidade será alcançada através de processos de esquadrinhamento do corpo biológico individual. A causa da doença mental pode estar escondida no cérebro, nas glândulas, nas vísceras. O exame

²- Os quase 7000 doentes internados no Juqueri, em 1954, serão 11000 quatro anos depois.

minucioso dos líquidos que habitam esses órgãos - a urina, o sangue, o líquor, os hormônios - pode desvelar as alterações, fazer aparecer os venenos. Na era das terapias biológicas, o cérebro, com suas circunvoluções anatômicas ou suas conexões funcionais, guarda a verdade sobre a loucura.

Neste período, os neuroléticos atraem o olhar psiquiátrico para a intimidade das células cerebrais. Justamente ali, onde elas se comunicam umas com as outras passando mensagens em códigos bioquímicos especialíssimos, está a chave do entendimento sobre a doença mental. Se é por sua ação nas sinapses neuronais que os neuroléticos produzem efeitos na modificação dos quadros mentais, deve ser também ali, nessa obscura interação de secretas substâncias, que as alterações do psiquismo são engendradas. Os novos remédios permitem à psiquiatria utilizar a ciência neurofisiológica, incorporando-a como sua própria, para tornar-se definitivamente científica.

"O aparecimento da Reserpina e de outras drogas de ação central sobre certas estruturas do sistema nervoso, sem sombra de dúvida, constitui uma importante conquista da medicina contemporânea, tanto por suas inegáveis qualidades terapêuticas, como porque abrem novas e mais amplas perspectivas para a própria compreensão dos fenômenos neurofisiológicos, psicofisiológicos, psicopatológicos e, conseqüentemente, para o estudo da personalidade humana." (MARTINS, 1956, p. 249)

Se, no período anterior, o acesso medicamentoso ao cérebro se dava através de truculentas intervenções operatórias diretas, como a pneumoencefaloterapia, a injeção de substâncias na medula alta ou no próprio tecido encefálico, ou ainda, através de cirurgias cerebrais; agora, com os neuroléticos, é possível atingi-lo sutilmente, sem nenhuma necessidade de promover uma "solução de continuidade" mecânica. O neuroléptico é um remédio como qualquer outro. Administrado por via oral, tão simples quanto

uma aspirina, faz o seu percurso dentro do organismo a caminho das sinapses neuronais. Ali, ele transforma discretamente os comportamentos e produz a cura.

"O aparecimento (...) de agentes químicos capazes de, por si mesmos, por ação direta sobre determinados campos nervosos, modificarem mecanismos psicopatológicos, conduzindo à cura, constitui a nosso ver, verdadeira revolução na terapia psiquiátrica. (...)" (MARTINS, 1956, p. 198)

As novas drogas recebem divulgação entusiástica nos veículos de comunicação, como jornais e revistas. Elas ganham expansão no conhecimento médico e leigo.

"Como a imprensa deu uma propaganda grande, foi que nem a penicilina. Ia curar tudo, e tal. As doenças mentais iam desaparecer, os hospitais iam esvaziar, e tal. Primeiro foi a Reserpina, depois foi o Amplictil, Largactil, naquele tempo. E ... mas foi uma esperança grande ... Não (para os) médicos, mas a opinião pública, os leigos, os deputados ... Não me lembro, não sei qual foi o deputado³ que chegou na câmara a dizer que breve os hospitais, como o Juqueri, iriam desaparecer." (Entrev. III)

"Títulos como 'Droga milagrosa que dissolve a angústia', 'Derrubados os muros dos hospitais psiquiátricos' e outros pelo estilo, aparecem em revistas de grande penetração popular e que, dedicando-lhes páginas e páginas profusamente ilustradas, através da mais moderna técnica de reportagem, procuram dar como resolvido o problema da loucura pelo uso, sem restrições, dos novos medicamentos." (MARTINS, 1956, p. 199)

³ - A esse respeito, veja-se um trecho de artigo constante no Rhodia-Jornal, publicação voltada para os propagandistas-vendedores (PVs) dos Laboratórios Rhodia. "Projetando-se além das fronteiras da medicina, o Amplictil acaba de invadir o plenário da Assembleia Legislativa de São Paulo, e, através da autorizada palavra de S. Exa. o Deputado Gabriel Quadros, farmacêutico e médico, a nação tomou conhecimento das admiráveis propriedades medicamentosas da clorpromazina na Psiquiatria." (TOMASI, 1955b)

O contato dos psiquiatras com as novas drogas se dá muito rapidamente. Se a princípio recebem com dificuldade amostras vindas da Europa, logo a distribuição maciça da reserpina em doses psiquiátricas e o lançamento do Amplictil, no início de 1954, vão permitir sua larga utilização. Além da assiduidade com que os PVs (propagandistas-vendedores) dos laboratórios farmacêuticos frequentam os consultórios, ambulatórios e hospitais psiquiátricos; as reuniões clínicas nos diversos serviços acadêmicos e as seções psiquiátricas da Associação Paulista de Medicina encarregam-se da sua divulgação.

"Eu estava frequentando a Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Eu me lembro bem porque foi lá que eu me lembro de ter ouvido falar pela primeira vez do aparecimento do Amplictil, a clorpromazina. E eu me lembro bem isso, porque, de quando em quando, surgia alguma novidade. E pensei de mim pra mim mesmo: "É mais um 'não sei quê'". Eu não me recordo o nome do preparado anterior, tinha sido objeto de intensa propaganda, houve uma moda de uso desse preparado." (Entrev. V)

Não só os aparelhos mais formais se encarregam da divulgação dos novos fármacos. O cotidiano institucional proporciona espaços peculiares. O carro restaurante do trem que faz a linha São Paulo - Franco da Rocha se transforma num deles.

"O conhecimento dos remédios advém da vida comum, do entendimento entre os médicos, e principalmente, da apresentação de trabalhos. Um cita uma revista, o outro cita um encarte.⁴ (...) Nós tínhamos uma espécie de ... local de reunião, no Juqueri, que era o trem, o carro restaurante. (...) Depois as reuniões de teor mesmo, marcadas, sessões ordinárias e extraordinárias do Centro

⁴ - "Encarte" é o material de propaganda de laboratório farmacêuticos.

de Estudos Franco da Rocha, em que eram apresentados trabalhos..." (Entrev. VII)

A clorpromazina estudada em 1950 por Charpentier (SILVA, A.C.P. et al., 1957), passa a ser utilizada por Laborit visando a obtenção de uma situação fisiológica de diminuição das reações defensivas do organismo. Contrariamente às teorias de Claude Bernard, segundo as quais a febre e a inflamação seriam reações de defesa do organismo contra as agressões (externas ou internas) tendentes à recuperação de um estado orgânico de homeostasia e, portanto, bem-vindas e necessárias para o retorno orgânico à saúde, Laborit defende que essas reações frequentemente se tornam excessivas, imprimindo um resultado desfavorável para o curso da moléstia (VIZZOTTO et al., 1955, pp. 21-2).

Propõe, então, um método a que denomina "hibernação artificial" e que consiste em manter o doente em um estado de metabolismo basal com temperatura baixa (35 a 36°C) e diminuição das respostas orgânicas de defesa. A hibernação química, processo obtido com a administração associada de derivados fenotiazínicos como a clorpromazina (4560 RP) e a prometazina (3227 RP), começa a ser amplamente usada. Os métodos de narcose prolongada associam essas substâncias aos barbitúricos e à aplicação de bolsas de gelo ao longo do corpo do paciente, o qual permanece vários dias em sono sendo acordado apenas para atividades fisiológicas fundamentais. Muitos são submetidos à alimentação com sonda nasogástrica na vigência do estado de narcose. Alguns psiquiatras submetem os doentes a rigorosa narcose contínua, alimentando-os por via parenteral e por enemas nutritivos. As emissões fecais e urinárias ocorrem espontaneamente, mantendo-se o doente adormecido (SILVA, L.M. et al., 1954).

Enquanto as terapias de choque teriam por efeito "estimular" novas conexões para a recuperação do funcionamento cerebral, paradoxalmente, as terapias de sono prolongado têm por finalidade "desconectar" algumas funções para produzir o efeito de saúde. Nesse sentido, estas últimas se assemelham às técnicas cirúrgicas de leucotomia e lobotomia. 'Estimulantes' ou 'desconectadoras', ambas seguem a racionalidade terapêutica cujo modelo é o choque.

É possível identificar nos tratamentos da psiquiatria paulista da primeira metade deste século três 'modelos'. Note-se que a noção de modelo não diz respeito aos tratamentos concretos, mas à racionalidade que orienta a sua prescrição de tal modo que uma mesma medicação ou intervenção pode ser administrada por referência modelos diferentes. Além disso, esses diversos modelos coexistem, com menor ou maior preponderância, na terapêutica paulista ao longo do período histórico que esta pesquisa abrange.

O conceito de doença prevalente no período de Franco da Rocha⁵ pressupõe a teoria da degeneração aliada à teoria da gênese moral. Os vícios e maus costumes que o caldo de cultura urbano fermenta favorecem o aparecimento da tara. O modelo de tratamento moral, característico desse período, respeita o imperativo do isolamento e do reaprendizado dos bons valores humanos. O trabalho ocupa aí papel preponderante. O hospício pratica ativamente a higiene moral não só eliminando antigos hábitos como cultivando novos e saudáveis valores. A cura deve advir dessa intervenção.

O segundo modelo engloba um conjunto variado de intervenções - medicamentosas, comportamentais ou mecânicas - que não se compromete

⁵ - A respeito do tratamento moral em São Paulo nas duas primeiras décadas do século, cf. URQUIZA, 1991, particularmente o capítulo 3.

propriamente com a cura da doença, mas com o controle de suas manifestações mais aberrantes. Incluem-se neste grupo a clinoterapia⁶, as celas fortes, as medicações sedativas, os tônicos. Entra-se aqui no território das dificuldades imediatas que essas inadequações impõem aos agentes do trabalho, aos seus familiares e à convivência social: a agressão, a sujeira, a expansão afetiva, o definhamento, a sexualidade impudica.

O terceiro modelo é, sem dúvida, o do choque. Ele se caracteriza pela alteração brusca de propriedades do corpo ou do espírito - como o fluxo dos humores (através das antigas cadeiras giratórias), o auto-controle (através dos sustos), a temperatura (através dos banhos e das febres provocadas), a consciência (através dos comas e das crises convulsivas). Esse modelo certamente se encontra presente na maneira pela qual o psiquiatra da década de '50 entende e prescreve o seu novo remédio. O novo remédio será inicialmente utilizado como instrumento de "desconexão".

Em 1954 aparece nos periódicos nacionais uma série de artigos a cerca do uso da clorpromazina como componente de coquetéis líticos, nas técnicas de sono prolongado e nas de hibernação segundo sugere Laborit.

Baseado nessa capacidade "desconectadora" da clorpromazina, Delay⁷ a utiliza, sem associação, para o tratamento de distúrbios mentais mormente aqueles que cursam com ansiedade, depressão e insônia.

Em 1955 aparece o primeiro estudo clínico publicado em São Paulo sobre o uso da clorpromazina. Trata-se do trabalho de Spartaco Vizzotto,

⁶ - Trata-se da contenção mecânica do doente no leito usualmente realizada com a utilização de faixas ou lençóis.

⁷ - Há certa imprecisão na literatura, tanto nacional quanto internacional, no que se refere a quem foi "o pioneiro" na utilização da clorpromazina para uso eminentemente psiquiátrico. Não cabe no escopo deste trabalho elucidar ou mesmo ocupar-se dessa questão.

Roberto B. Tomchinsky, Josaphat F. Góes e Luiz J. Fiore utilizando a clorpromazina como droga única ou associada a outras drogas ou a terapêuticas biológicas em 71 pacientes do Hospital de Juqueri e da Casa de Saúde de Santana (VIZZOTTO et al., 1955).

Os autores usam a droga por vias de administração as mais diversas: oral, intramuscular, endovenosa (gotejada no soro, pois a injeção direta é irritante para a parede dos vasos). Em algumas situações associam um barbitúrico. No caso de não lograrem bons resultados com a clorpromazina, algumas aplicações posteriores de eletrochoque ou de cardiazol usualmente obtém os resultados desejados.

A duração do tratamento varia desde uma única dose, particularmente nos casos de *delirium tremens* e estados confusionais, até vários meses. "Os tratamentos mais prolongados são os das psicoses crônicas" (VIZZOTTO et al., 1955, p. 25). Observa-se ainda um efeito residual da droga, o que permite intervalos na sua administração, mantendo-se o efeito terapêutico. "O tratamento mais longo que efetuamos foi de 340 dias, com intervalos de algumas semanas ou dias" (VIZZOTTO et al., 1955, p. 25).

As indicações vão desde os quadros psicóticos endógenos, passando pelos orgânicos como a PGP, até as neuroses.

"Embora julguemos insuficientes as nossas observações sobre 71 pacientes, parecem as mesmas confirmar os resultados favoráveis, relatados na literatura, nas psicoses confusionais de origem endógena ou toxinfeciosa, nos quadros em que predomina a ansiedade, no estado de mal epilético e no "delirium tremens". Nos quadros de agitação psicomotora, de modo geral, obtivemos acalmia, mas sem remissão dos demais sintomas, mesmo nos de curso episódico. Em pacientes crônicos de sintomatologia produtiva, conseguimos quase sempre uma redução da mesma, ao ponto de tornar a conduta dos referidos pacientes compatível com a vida em família. Empregamos também a medicação em

paralíticos gerais, com intensa agitação, obtendo pronta acalmia. Em dois casos em que o tratamento foi prolongado, houve remissão líquórica final, o que nos permite supor nenhuma influência danosa da clorpromazina sobre o processo infeccioso neurosifilítico." (VIZZOTTO et al., 1955)

Seguindo o padrão das terapias biológicas, a nova droga tem múltiplas indicações.

"(...) uma esperança nova, que ia curar tudo, etc. e tal. Usado a granel, a granel. Aí ... neurótico, todo mundo tomava, era tudo..." (Entrev. III)

A clorpromazina pode ser útil para manter o paciente calmo enquanto aguarda a aplicação das terapias de choque. E mesmo quando o seu efeito é insuficiente para debelar o quadro psicótico totalmente, ela pode ser complementada posteriormente pelos métodos biológicos.

"Usamo-la (...) associada à insulino-terapia, ao método de Meduna, à malarioterapia e à penicilino-terapia. Não objetivamos nenhum inconveniente nessas associações, que, por outro lado, oferecem vantagens excepcionais, especialmente nos pacientes agitados, ansiosos e confusos." (VIZZOTTO et al., 1955, p. 26)

"De um total de catorze pacientes (com quadros de excitação psicomotora episódicos endógenos), obtivemos quatro remissões do episódio; em nove houve acalmia (...) Na maioria dos pacientes, no entanto, o eletrochoque e o cardiazol permitiram remissão em curto prazo, após tentativa inicial com o neuroplégico." (VIZZOTTO et al., 1955, p. 34)

Além do efeito de complementação entre o psicofármaco e as terapêuticas tradicionais, é possível que uma possa ser alternativa à outra no caso de má resposta do paciente.⁸ Nesse sentido, a novidade do remédio não

⁸ - A resposta do paciente se alia às imposições das prementes questões assistenciais que exigem a associação de métodos terapêuticos. Lucena, em artigo apresentado no II Congresso Internacional de Psiquiatria realizado em Zurich em 1957, comenta da

introduz modificação no modo de organizar as estratégias terapêuticas. Longe de liquidar com as terapias de choque, a clorpromazina aparece como companheira solidária.

"Em um caso de melancolia (PMD), empregamos a medicação durante 15 dias, por via intramuscular (75 mg diários), sem resultado. Posteriormente o quadro remitiu com electrochoqueterapia. De outro lado, um paciente apresentando um quadro de melancolia ansiosa, não influenciado pelo eletrochoque, apresentou remissão após cinco dias de clorpromazina por via intramuscular (100 mg por dia)." (VIZZOTTO et al., 1955, p. 39)

A histeria pode ser beneficiada pela clorpromazina. A nova terapêutica, também nesses casos, tem a sua indicação.

"Dois casos de histeria ansiosa grave, um deles associado a conversões sob a forma de tique de torsão da cabeça, foram muito beneficiados, tendo alta hospitalar com desaparecimento da sintomatologia aguda. Em um deles foi feito tratamento de sono, associado à hipnose, esporadicamente, com a duração de quarenta dias. O outro apresentava hipertensão arterial devida a glomérulo-nefrite crônica e não houvera sido beneficiado pelo eletrochoque e comas insulínicos." (VIZZOTTO et al., 1955, p. 39)

universalidade desse fenômeno. "Tendo tratado, com pessoal auxiliar insuficiente, um grande número de doentes, nós somos forçados a colocar em primeiro plano os problemas de assistência e de adaptação nosocomial, a intervir algumas vezes com outras terapêuticas biológicas (sobretudo a insulina e o eletrochoque), a não utilizar grupos controle não submetidos a tratamento. Assim, no material de observação que apresentamos, trata-se muito mais de um grupo de pacientes submetido a um programa de tratamento imposto pelas circunstâncias e no qual o Largactil tem um papel de primeiro plano, mas não exclusivo, do que de uma terapêutica só pelo Largactil. Essas são, aliás, as condições nas quais a terapêutica neurológica é utilizada rotineiramente em quaisquer grandes serviços psiquiátricos com superpopulação." (LUCENA et al. 1957c, trad. da autora)

Alguns efeitos indesejáveis do neurolético exigem a utilização de outras drogas. A cafeína é o medicamento mais usado para "contrabalançar os efeitos da clorpromazina".

"Tivemos três casos de hipotensão aguda, grave (...) Em todos estes casos o tratamento foi interrompido e com o uso de cafeína e coramina normalizou-se a pressão após cinco a sete horas." (VIZZOTTO et al., 1955, p. 29)

Nas suas conclusões, os autores arriscam alguma teorização. Conferem à nova droga propriedades polivalentes, modificando-se sua ação de acordo com a especificidade das diferentes apostas etiológicas para os quadros mentais. Novamente, a terapêutica produz conhecimento médico.

"A nosso ver, em psiquiatria, os efeitos da clorpromazina devem ser encarados de dois modos diversos. Assim, nas psicoses endógenas, em geral, são as suas propriedades "psicoplégicas" que conduzem à redução ou abolição da sintomatologia, ao passo que, nos casos em que há distúrbios vasomotores, de permeabilidade capilar com consequente estase circulatória e edema cerebral, são provavelmente as propriedades "neurolégicas" as que motivam a remissão dos quadros. Em ambos os grupos de doença, o efeito da droga tem-se mostrado, em determinados casos, de grande valor." (VIZZOTTO et al., 1955, p. 39)

Em 1954 Stanislau Krinsky, Cléo Lichtenstein e Aldo Miletto (KRYNSKI et al., 1955) ensaiam o tratamento pela reserpina em 17 pacientes femininas, sendo 9 menores, no Hospital do Juqueri. As doentes escolhidas são doentes crônicas e o efeito desejado é a sua adequação ao cotidiano asilar, ou seja, a diminuição da excitação psicomotora, agressividade, destrutividade e ansiedade. A esperança da obtenção de resultados terapêuticos satisfatórios que legitimem a clínica psiquiátrica se alia a uma outra expectativa.

Ao ensaiar as novas drogas o asilo busca resolver as dificuldades com que se defronta no seu cotidiano⁹. É essa necessidade engendrada na prática do trabalho que determina não só a escolha dos doentes para o tratamento como também os critérios para a avaliação dos resultados. Empreende-se, desse modo, uma farmacoterapia da desordem, cuja finalidade é tornar os doentes "asiláveis". Um tratamento preciso para internos de hospitais psiquiátricos. Novamente o alvo da intervenção são os crônicos imprestáveis. Um tratamento que facilita o trabalho dentro da instituição.¹⁰ Os "problemas de enfermagem" ocupam o lugar dos problemas psiquiátricos. A determinação científica cede espaço para as necessidades imediatas da ordem interna. Além disso, 'esgotados os poderes da ciência', os doentes graves renitentes adquirem um segundo estatuto de sub-humanidade.

"(...) a seleção foi realizada visando mais as dificuldades de ambientação das pacientes (casos graves em sua totalidade, onde havíamos esgotado os recursos terapêuticos usuais, sem resultado). (...) se tratava de pacientes nas quais não tínhamos absolutamente nenhuma idéia de influenciar a moléstia fundamental, mas que se haviam tornado graves problemas de enfermagem." (KRYNSKI et al., 1955, pp. 15 e 17)

⁹- Essas dificuldades devidas à precariedade com que funciona o serviço aparecem claramente nos dois artigos que relatam as experiências com a clorpromazina e a reserpina realizadas no Juqueri: "Em um de nossos casos, por erro de informação, foi aplicada a clorpromazina por via intravenosa, gota a gota, em um paciente ainda sob o efeito do álcool. Poucos minutos após, a pressão arterial caiu a zero (...)" (VIZZOTTO et al., 1955, P. 27) "O segundo grupo de pacientes deveria tomar doses em torno de 1,50 diários (...) No entanto, um equívoco da enfermagem (comprimidos de 0,10 ao invés de 0,25) ocasionou uma dosagem menor do que aquela desejada." (KRYNSKI et al., 1955, p. 15)

¹⁰ - NUNES (1958) justifica o emprego de morfina numa paciente com fratura óssea: "Obtínhamos bons resultados, porém reconhecíamos a superficialidade da terapêutica e a certeza do aparecimento do morfinismo, cuja resolução deixaríamos para uma época de maior estabilidade psíquica. O importante naqueles dias era aliviar as dores, acalmar a paciente e manter a quietude no hospital, permitindo assim o repouso dos outros internados."

"Devemos acentuar que o critério de avaliação baseou-se especialmente na sintomatologia de excitação das pacientes, não levando em conta aquela própria da moléstia fundamental, ou seja, critério exclusivamente sindrômico." (KRYNSKI et al., 1955, p. 16)

"Nos casos crônicos que estudamos, a reserpina melhorou as condições de adaptação dos pacientes, o que permitiu melhor contato com o ambiente e facilitou os cuidados de enfermagem. Pareceu-nos que a medicação exerce influência sobre a sintomatologia por nós visada, justificando uma experimentação em maior escala nos hospitais psiquiátricos." (KRYNSKI et al., 1955, p. 18)

No artigo de Vizzotto é também possível perceber esse mesmo tipo de preocupação. O autor confere utilidade à clorpromazina na medida em que ela acalma os doentes a serem submetidos à terapêutica de choque. Além disso, verifica que o seu efeito "sobre a agitação psicomotora" dos pacientes "é por si só de grande valia, refletindo-se no estado físico dos mesmos e tornando sua conduta menos perigosa para si e para o meio" (VIZZOTTO et al., 1955, p.44).

É visível, a partir desse período, uma diferença qualitativa entre os artigos publicados por psiquiatras de hospitais psiquiátricos e aqueles publicados por psiquiatras da Universidade. Os primeiros, além da busca de cientificidade, continuarão interessados em encontrar métodos terapêuticos tão eficazes que possam promover a desobstrução asilar ou, pelo menos, uma maior adequação do comportamento do doentes internados, sugerindo "experimentação em larga escala". Aos segundos está reservada a tarefa da produção da ciência. Não mais se espera do sucateado Juqueri uma contribuição nesse sentido. Os serviços psiquiátricos das faculdades de medicina, dotados da medicalidade que lhes é conferida pela "comunhão" neurofisiológica, produzem o novo campo empírico para as pesquisas científicas.

As publicações sobre terapêutica psiquiátrica nos dois períodos anteriores - 1924 a 1954 - se caracterizam por uma determinada forma de apresentação. Inicia-se pela exposição dos resultados obtidos com o uso daquela modalidade de tratamento por autores internacionais. Segue-se uma descrição da técnica e suas indicações para, em seguida, serem relatados os resultados da casuística do próprio autor, incluindo um pequeno resumo clínico de cada caso. Finalmente discutem-se os resultados. A grande maioria deles mostra a enorme contribuição que o tratamento em questão pode fornecer à psiquiatria, aos doentes e ao hospital psiquiátrico, propiciando-lhes, respectivamente, maior cientificidade e menor empirismo, abrandamento da sintomatologia ou cura e diminuição da agitação e dos maus comportamentos. Cada novo tratamento é muito promissor ainda que, muitas vezes, os resultados iniciais não possibilitem essa conclusão.

No período inicial dos neuroléticos alguns artigos trazem a novidade da descrição, menos ou mais detalhada, das propriedades farmacodinâmicas e farmacocinéticas das drogas ensaiadas¹¹, enquanto outros mantêm o esquema expositivo anterior. Não parece ser, no entanto, a natureza do objeto dessas publicações (no caso, agora, as drogas) a responsável por tal modificação. Estar no hospital psiquiátrico ou estar na universidade imprime à metodologia dos ensaios clínicos algumas diferenças fundamentais. À ciência, o seu novo e adequado lugar - a academia; aos doentes, a sua antiga morada - o asilo que virou hospício que virou hospital psiquiátrico que virou albergue: o Juqueri.

¹¹- Deve-se notar que os tratados de terapêutica médica, pelo menos a partir da década de 30, trazem essas informações (das propriedades farmacológicas das substâncias ativas das medicações), mesmo para aquelas drogas utilizadas pelos psiquiatras (apesar de nenhuma delas ser específica para as doenças psiquiátricas).

Obviamente não se quer, com essa afirmação, significar que o Juqueri é o único lugar possível para os doentes mentais de São Paulo ou em São Paulo. Às clínicas particulares, existentes desde a época de Homem de Mello e Franco da Rocha, na década de '50 vêm somar-se os serviços das universidades (inicialmente ambulatoriais e posteriormente hospitalares). No entanto, para aqueles doentes aos quais as terapêuticas existentes, a cada período, não eliminam os distúrbios mentais ou ainda para aqueles a quem, apesar de "curados", a sociedade não reserva outro espaço que não o da reclusão, o destino final é certamente o Juqueri (ou seus equivalentes, como os outros hospitais públicos). Os hospitais privados e os serviços universitários, por motivos distintos, não mantêm os doentes crônicos em suas dependências. Nos primeiros, porque as condições econômicas das famílias dificilmente suportam a sua manutenção prolongada; nos últimos, porque interessam os casos novos para finalidades experimentais e pedagógicas. Ao final da pesquisa de Martins acerca da reserpina (MARTINS, 1956) os doentes não melhorados pela nova terapêutica têm basicamente dois destinos: são retirados pela família sem alta clínica ou são encaminhados ao Juqueri.

Contrastando com a orientação predominantemente pragmática - em relação às condições de operação do trabalho asilar - o artigo de Clóvis Martins, do Instituto de Psiquiatria da USP, tem por objetivo estudar o comportamento da droga em pacientes psiquiátricos. Embora a intervenção não tenha como objetivo principal a convivência harmônica dentro do hospital, é compreensível que esse seu efeito "secundário" seja bem-vindo pelos experimentadores. Martins propõe "aplicar a droga em todos os casos que se internassem daquela data em diante desde que não apresentassem contra-indicações" (MARTINS, 1956, p. 211).

As doses de reserpina utilizadas são até 30 vezes maiores do que aquelas empregadas em clínica médica para o tratamento da hipertensão. Inicia com 7 mg por dia, podendo chegar até a 18 mg diários, a depender do caso e termina a série (de um mês) com 5 mg. A dose de manutenção com a qual as doentes recebem alta hospitalar e passam a fazer seguimento ambulatorial é de 2 mgs. diários.

Para avaliar a ação da droga em função dos diferentes quadros clínicos, estes são divididos em quatro grupos. O primeiro inclui aquelas pacientes que apresentam um quadro florido e produtivo, com excitação psíquica, instabilidade motora e agressividade, o que "obrigava ao isolamento onde se mantinham em atitude hostil (...) dificultando o exame clínico metódico ou os cuidados médicos e de higiene" (MARTINS, 1956, p. 240).

"Com as primeiras doses da medicação, sobrevinha sempre sensível agravamento na excitação psíquica e na instabilidade motora; dava-se o caso, porém, que o humor sistematicamente se tornava eufórico, e o que antes era revolta, insulto, coprolalia, agora é canto, riso; o que primitivamente era gesto agressivo e negativismo ativo, agora se transforma em exagerada afabilidade, em efusivas manifestações de entusiasmo à presença do médico, traduzindo alegria pelo exame a que se prontificam e submetem, tornando-se, dentro dessa exuberância, dóceis, obedientes e tratáveis. Dessa forma o trabalho assistencial logo se tornava mais fácil e eficiente.(...) Aos poucos e com o aumento das doses, a excitação ia cedendo. Surgiam então algumas queixas de inquietação, de uma estranha sensação cenestésica, sobretudo nas pernas, que os obrigava a andarem sempre (...) Gradualmente ia surgindo interesse pela cura ou pela alta, passando a doente a participar, através de uma atividade ordenada, dos trabalhos ou das atividades lúdicas. Não raro aquela inquietação parestésica induzia a uma certa depressão, pois que os doentes se impacientavam por senti-la, pedindo ao médico a suspensão do tratamento. Com esta medida estes sintomas tendiam a desaparecer rapidamente." (MARTINS, 1956, p. 241)

Para um segundo grupo, composto por doentes que apresentam mutismo, autismo, negativismo e isolamento, a reserpina demonstra extraordinária eficiência. Às vezes, mesmo após a primeira injeção já é possível observar mudanças.

"O facies se modificava: as que o apresentavam inicialmente fixo, contraído, impenetrável, sombrio, de olhar baço, sem vida e inexpressivo, de testa e sobrolhos vincados, fugindo de encarar o examinador, passavam a apresentar u'a máscara suavizada: o olhar tornado às vezes perquiridor, já acompanhava os movimentos dos circunstantes, buscando como que reconhecer o ambiente, dar-se conta do que ocorria ao redor; a mímica se enriquecia, tornava-se mais expressiva, mais móvel. (...) Nota-se também, progressivamente, o aparecimento de certa distensão interior, (...) já responde, ainda que de maneira tímida e contrafeita, às perguntas do examinador; sobrevem certa sonolência, acompanhada de atitudes e movimentos morosos, o olhar torna-se mortiço, o sorriso fácil e freqüente, emprestando ao facies uma expressão de beatífica serenidade. A introversão hostil é, então, gradativamente substituída por uma atitude mais cooperante, permeável às influências e estímulos ambientais. e ainda que de maneira tímida e retraída, vai a doente aos poucos, se integrando na vida coletiva da enfermaria." (MARTINS, 1956, p. 241-2)

Num terceiro grupo de doentes - queixosas, pessimistas, deprimidas e hipocondríacas - o autor não consegue nenhum resultado satisfatório, ao contrário, quase todas pioram com a reserpina.

"Logo aos primeiros dias de tratamento, feito por doses maciças da droga, o estado desses pacientes, geralmente se agrava muito. De um modo geral somava-se às queixas já por elas apresentadas, o efeito paralelo, secundário, do medicamento, geralmente muito desagradável: extremamente chorosas, irritadas, por vezes desesperadas, as doentes pediam, imploravam

de maneira plangente, a suspensão do tratamento." (MARTINS, 1956, p. 242)

Um quarto grupo, composto de doentes com predominância de distúrbios do pensamento e senso-perceptivos (esquizofrenias, a maioria), produziu resultados não homogêneos e pouco satisfatórios.

"Durante todo o tratamento, as doentes se mantinham mais ou menos indiferentes a êle. Fato notável, que devemos registrar, foi a atitude crítica, assumida em, pelo menos, duas doentes alguns dias depois de iniciado o tratamento, diante de sua atividade delirante; passaram a referir-se a ela sem a carga afetiva anteriormente notada e procurando dentro de esquemas lógicos, explicações para os distúrbios, atribuindo-os mesmo a doença, que passavam a admitir. Em todas elas houve sensível melhora no contato e na atividade produtiva. Outros casos deste grupo, porém, se mantiveram absolutamente inalterados durante todo o tempo do tratamento e nessas condições tiveram alta ou iniciaram nova técnica terapêutica." (MARTINS, 1956, p. 243)

Os resultados obtidos por Martins - 27.8% de remissões totais, 24% de melhoras acentuadas e 31.5% de melhoras discretas - parecem muito animadores. Apesar de observar que as idéias de suicídio e os estados depressivos prévios ao tratamento, agravam-se com a elevação das doses, os dois casos de suicídio poucos dias após a alta não são percebidos pelo autor como devidos à reserpina.

"(...) as pacientes quando intentaram o gesto, estavam já há bastante tempo apenas com as doses de manutenção (2 mlgrs.) e durante o tratamento não referiram idéias de auto-eliminação com as doses máximas do medicamento." (MARTINS, 1956, p. 239)

Dois anos após o seu lançamento no Brasil, a clorpromazina está amplamente difundida, tendo o seu uso em psiquiatria se tornado corriqueiro.

O desejo de seguir o modelo médico da máxima adequação droga/doença faz com que o psiquiatra da década de '50 enxergue um alto grau de especificidade na ação da clorpromazina, mesmo estando ela indicada para uma variada gama de doenças, estados mentais e comportamentos.

"O tratamento das doenças mentais pela clorpromazina já se tornou de rotina em psiquiatria e tem sido empregado em todos os síndromos psiquiátricos, quer isoladamente, quer associado a outras drogas ou aos tratamentos de Sakel, Cerletti, Meduna e outros. Não existem vozes discordantes quanto aos benefícios desse tratamento nas diversas psicoses e neuroses, existindo uma enorme variedade de técnicas propostas para o seu emprêgo. (...) A nossa experiência se justapõe à observação de quase todos os autores consultados. Julgamos que esse tratamento tem perfeita indicação, por assim dizer específica, nas esquizofrenias, nos estados de agitação de qualquer natureza, nos síndromos delirantes agudos e em quase todos os quadros neuróticos." (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 65)

"Sobre o Amplictil ... Eu tenho lembrança do grande sucesso que ele causou e foi ... o sucesso foi muito grande e ... tinha-se muito cuidado porque de início o uso era de doses elevadas, com a finalidade de impregnar. Mais tarde ... e era ... produzia quadros intensos de extrapiramidalismo, não é? O indivíduo ficava com doença de Parkinson, como se fosse uma doença de Parkinson, quer dizer a síndrome parkinsoniana sintomática. E com hipersialorréia, como se tivesse babando mesmo, tremores e a movimentação de parkinson típica, não é?, aquele andar. E depois de uns tempos se chegou à conclusão de que não era a dose intensa que levava à melhora do estado. No começo acreditava-se que era preciso impregnar, não é? Depois então passou-se numa segunda ... há trabalhos do professor Pacheco e Silva sobre isso naquela época, não sei se a senhora conhece. Eu me lembro de um trabalho dele bem feito em que não havia necessidade dessa impregnação. Então ficou a impregnação apenas para aqueles casos em que a agitação intensa ... precisava conter o doente. Prá dispensar o eletrochoque ou qualquer outra terapêutica mais drástica. E aí começou-se a aliviar as doses para os doentes." (Entrev. VII)

Em 1956, Pacheco e Silva resolve aplicar em 46 doentes do seu serviço, na Faculdade de Medicina da USP, o novo método por ele observado na França. Trata-se de administrar doses maciças de clorpromazina, por via oral, até a obtenção de um estado de impregnação medicamentosa. Segundo alguns autores, a permanência em impregnação franca por 15 a 20 dias é a condição necessária que confere ao tratamento pela clorpromazina o seu bom êxito (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 77).

"Inicia-se com 300 miligramas ao dia, tomados em 3 vezes (...). Tal quantidade é progressivamente elevada em 100 miligramas ao dia, até atingir a cifra de 600 miligramas(...). Mantêm-se essa dosagem durante cerca de seis dias, e se não surgirem os primeiros sinais de impregnação (...), eleva-se a dose em 200 miligramas, atingindo-se a cifra de 800 miligramas diários (...). Continua-se a observar o paciente durante cerca de uma semana e, se não houver o aparecimento dos sinais de impregnação, eleva-se a dose em mais 200 miligramas ao dia, fracionando-a em quatro tomadas. (...) Essa prática deverá ser continuada até que apareça o "síndrome de impregnação" ou até que se atinja a dose previamente determinada como a máxima a ser empregada. (...) Uma vez observado o aparecimento dos primeiros sintomas do denominado "síndrome de impregnação", não mais elevamos a dose do medicamento. Em geral, com a manutenção da dosagem capaz de produzir os primeiros sinais de impregnação, o quadro observado vai progressivamente se acentuando, alcançando o doente a fase dita de "franca impregnação".(...) Muitas vezes, o síndrome de impregnação, mesmo depois da diminuição das doses, não desaparece e pode ser mantido com doses bem menores que as anteriores." (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 68)

O síndrome de impregnação se caracteriza por três fases. Na primeira, a de sua instalação, os doentes apresentam sonolência, sensação de fraqueza, cansaço, dores musculares, vertigens, angústia, mal-estar, facies

"largactiliano"¹², sensação de obstrução nasal, sudorese, lacrimejamento e alterações no pulso, na pressão arterial, temperatura, na frequência respiratória e no funcionamento do aparelho digestivo.

"Esses sintomas manifestamente molestos e incômodos agravam o mal-estar, a angústia e a ansiedade, e por vezes causam sérios embaraços pelo fato de o paciente se recusar a prosseguir no tratamento. Torna-se necessário então o emprego de hábil psicoterapia, um árduo e paciente trabalho, tanto do médico como da enfermagem, para fazer com que o doente compreenda a necessidade de continuar a submeter-se à medicação. Felizmente tais estados são rapidamente ultrapassados com a progressiva elevação da dose, o que permitiu sempre fôsse o tratamento prosseguido sem maiores contratemplos." (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 73)

A segunda fase caracteriza-se pelos sinais de franca impregnação neurolética. Os doentes apresentam um síndrome parkinsonóide com facies típico, tremores de extremidades, perda dos movimentos automáticos da marcha, rigidez muscular, sialorréia. Podem ocorrer ainda epistaxe, hipertrofia gengival, crises oculógiras e hipertonia da musculatura mandibular que chega a impedir a mastigação. No que diz respeito à esfera do psiquismo algumas alterações são observadas.

"(...) trata-se de um verdadeiro "bloqueio emocional", um como que "amortecimento" dos estados emocionais, que perdem os concomitantes físicos, a tonalidade e a intensidade peculiares à emotividade. O paciente continua a queixar-se de distímias, de

¹²- "Logo no início do tratamento verifica-se que o facies se vai tornando anímico, fixo, estanhado e imutável, com o olhar inexpressivo. Aparece, concomitantemente, certa infiltração no rosto, que fica levemente edemaciado, seborréico. A pele apresenta-se gordurosa e brilhante, ocorrendo um apagamento dos sulcos nasogeninos, dada a infiltração da face. O doente acusa um aspecto bastante característico, que se vai acentuando progressivamente, para atingir o máximo durante a plena impregnação (...)" (SILVA, A.C.P. et al., 1957, pp. 75-76)

angústia, de inquietação. Acusa as mesmas idéias de ruína, tristeza, com sinais de sofrimento moral, porém sem tonalidade emotiva. As manifestações ocorrem de forma mecânica, automática ou puramente intelectualizada." (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 76)

Com o prosseguir da elevação das doses, começa a aparecer alguma melhora nas condições psíquicas dos doentes.

"Mostra-se então integrado na realidade, consciente, responde com lógica, revela boa compreensão e acusa sensação de bem estar. A resistência que anteriormente oferecia ao tratamento, muitas vezes obstinada por causa dos sintomas molestos dêle decorrentes, desaparece totalmente, e o paciente se submete de boa vontade à terapêutica, não opondo mais embaraços à administração do medicamento. Conquanto bradipsíquico, lerdo, lento, não revela mais qualquer fenômeno de confusão, obnubilação ou estreitamento da consciência. (...) recupera a capacidade de síntese mental (...) é flagrante a disparidade aparente entre a maneira do doente se apresentar e o seu modo de sentir e agir." (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 79)

Na terceira fase, com a diminuição gradativa da medicação, aparecem sinais de inquietação, impulsividade, agressividade, mal-estar, inquietação, inquietação psico-motora, deambulação imperativa, distúrbios cenestésicos e distúrbios de conduta.

"Nessa fase o paciente chega a praticar tentativas de fugas impulsivas, como se quisesse livrar-se da ansiedade e da angústia. Alguns chegam a manifestar idéias de suicídio. (...) Muitas das numerosas queixas que fazem e muitas das suas tendências revelam uma tonalidade pitiática, bem típica, com um comportamento teatral, dramático, infantil, tolo e pueril. (...) Essa sintomatologia, via-de-regra, desaparece após alguns dias, sem deixar vestígios. (...) Nesta altura do tratamento já o paciente se encontra capaz de deixar o hospital e de adaptar à vida social e

familiar, conforme verificamos em vários casos." (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 80)

É interessante observar que a forma da descrição das fases da impregnação neurolética é muito semelhante ao modo como os psiquiatras dos anos '30 descrevem as fases da insulinoterapia. Os pacientes apresentam alterações dramáticas que vão sendo cuidadosamente registradas. Essas modificações nos estados corporais e nas funções mentais constituem, ao mesmo tempo, a melhora e a sua causa.

No início da experimentação são submetidos apenas doentes esquizofrênicos. Posteriormente, "animados pelos resultados obtidos e também para lograr maior experiência" (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 89) outros quadros clínicos passam a ser incluídos.

Os resultados são bastante animadores, com exceção daqueles casos de melancolia ansiosa nos quais ocorre somente mitigação da ansiedade. Na esquizofrenia, retirados aqueles pacientes que "apresentavam um defeito esquizofrênico", todos obtêm notáveis melhoras. Nesses casos é possível observar a "crítica serena, justa e lógica, que o paciente faz dos seus distúrbios anteriores" (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 94).

Nas formas clínicas em que há um síndrome psicótico enxertado em estados constitucionais, como personalidades psicopáticas e oligofrenias, permanecem somente as características de "fundo" anterior.

"Nos neuróticos, com fenômenos de conversão, principalmente na esfera motora, esse processo terapêutico mostrou-se capaz de debelar a sintomatologia apresentada, de maneira rápida e eficaz, sem provocar oposição e reações de medo por parte dos pacientes." (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 95)

A possibilidade de uma atuação mais concreta e objetivável sobre o doente, propiciada pelos neuroléticos, confere medicalidade ao ato psiquiátrico.

"Pela primeira vez temos à nossa disposição uma arma química de efeitos perfeitamente controláveis, por assim dizer mensuráveis, sobre os fenômenos psíquicos que porventura a elas se filiem." (MARTINS, 1956, p. 240)

É curioso que durante os cinco primeiros anos de sua utilização, os neuroléticos não modificaram o ritmo do trabalho hospitalar e nem aumentaram de maneira significativa a demanda ambulatorial. É possível que a explicação possa passar por duas ordens de questão. A primeira se refere ao fato de que na década de '50 não há nenhuma modificação significativa na política de saúde mental ou na orientação de sua gerência institucional. A segunda diz respeito ao modo como a clorpromazina é inicialmente incorporada como tratamento psiquiátrico.

A utilização do novo remédio em narcose prolongada, hibernação, terapias de sono, em séries de doses crescentes, as abruptas modificações fisiológicas que os pacientes apresentam, a produção de fases de impregnação neuroléptica, o uso sistemático por via endovenosa¹³ e a expectativa de cura fazem com que ela possa ser enquadrada dentro da racionalidade terapêutica

¹³ - Em julho de 1955, o Departamento de Especialidades da Rhodia convoca uma reunião com todos os PV do interior de São Paulo para cobrar-lhes maior propaganda para a apresentação do Amplictil comprimidos. Tomasi relata o conteúdo da reunião: "(...) estaríamos, realmente obtendo estimuladores resultados comerciais com a tática de propaganda em ação? Não, não e não! Basta atentar para a comunicação que nos vem da França, onde pelo menos 94,4% das vendas são representadas pelos comprimidos e 5,6% pelas ampolas. (...) De fato, a exploração comercial do Amplictil entre nós está tão afastada dos resultados obtidos pelos franceses e norte-americanos, que não se pode negar razão ao nosso chefe do Departamento de Especialidades, quando afirma que só agora, ao incrementarmos a venda de comprimidos, é que iremos lançá-lo efetivamente." (TOMASI, 1955a)

cujo modelo é o choque. Como tal, a clorpromazina não apresenta a eficácia alardeada.

Além de mergulhar a psiquiatria do pós-guerra no delicado funcionamento da química cerebral, seu grande valor, para a legitimidade científica, no entanto, está em ser "um remédio como os outros". Seus "efeitos prfeitamente controláveis" poupam o psiquiatra do terror com que a aparatosa parafernália das terapias biológicas impregna a sua imagem de médico.

Parece que é a passagem do modelo do choque para o modelo do controle de sintomas e comportamentos, o que vai proporcionar aos neurolético a sua mais adequada utilidade. Embora, já em 1955, o laboratório fabricante do produto anteveja o alastramento de seu uso,¹⁴ essa passagem, no entanto, terá determinações sócio-históricas mais amplas.

Se o neurolético traz virtualmente a possibilidade do surgimento de outras formas de organização da produção de cuidados ao doente mental, essa nova tecnologia de trabalho psiquiátrico - a ambulatorização e a multiplicação de hospitais privados - só será efetivada em função da implantação das políticas de saúde que surgirão na década de '60 com a transformação dos institutos e caixas de pensão no INPS. No industrioso Brasil do "milagre" a seguridade social permite a extensão de cobertura. O neurolético favorece o tratamento ambulatorial na medida em que abranda a sintomatologia agressiva

¹⁴- "Tenhamos em mente que o principal "slogan" do Amplictil é: "fator de calma e tranqüilidade". O que quer dizer isso? Simplesmente que os maiores consumidores de Amplictil comprimidos em perspectiva, os que devemos visar de maneira particular, são os milhares e milhares de indivíduos que perambulam ao nosso lado pelas ruas das cidades, freqüentam as casas de diversões que nós freqüentamos e, quem sabe, trabalham no mesmo recinto em que trabalhamos. São essas criaturas estafadas pela vida moderna que se tornam portadores de manias, psicoses, insônias, ansiedades, fobias, obsessões, e, enfim, desequilíbrios nervosos de tóda a ordem. Atente-se um pouco somente para a venda de barbitúricos e calmantes efetuada diariamente pelos milhares de farmácias espalhadas por todo o território nacional e ficar-se-á espantado com o seu volume. Pois bem: nas mãos de tais consumidores é que devemos colocar o Amplictil comprimidos." (TOMASI, 1955a)

ou aberrante. Se o remédio possibilita abreviar o período de internação promovendo maior rotatividade de doentes no hospital, aumenta, no entanto, o número de reinternações.

Menos que uma ruptura epistemológica ou uma mudança paradigmática, o primeiro psicofármaco permite um ajuste conceitual fino no rastreamento da gênese da doença mental em direção à neurofisiologia. Menos que uma revolução, menos que a cura da doença mental, ele traz a virtualidade de um tratamento mais humanizado - no sentido forte do termo.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Para uma investigação como esta, de natureza qualitativa, em que o material empírico funciona como o substrato sobre o qual o pensamento orientado vai se desenvolvendo, muito pouco resta para ser incluído como "conclusão". De qualquer modo vale a pena retomar, de maneira mais organizada, o que ficou disperso ao longo dos diferentes capítulos.

Nos seus vinte anos de existência (1903 a 1923) o alienismo paulista - encarnado na figura de Franco da Rocha, que fundou e dirigiu o hospício durante esse período - reproduz uma 'síntese eclética' do que foram os primeiros cem anos da medicina mental européia. No hospício exclusivo o alienado passa a ser um doente como os outros. O conceito de degeneração - tara hereditária - alia-se à noção de gênese sócio-cultural para a doença mental. A idéia de erro, vício e maus hábitos está na base da proposta do tratamento moral. A terapêutica segue o modelo da re-educação com finalidade curativa. A retidão moral é o critério de cura. O hospício se oferece como o lugar higienizado onde o doente, longe do caldo de cultura pernicioso que a cidade representa, pode readquirir uma sociabilidade moralmente saudável.

A promoção de hábitos laborais certamente responde às necessidades impostas pelo hospício em construção. Os loucos constroem a sua própria morada e isso é essencialmente terapêutico. A São Paulo da primeira República se vê livre dos "doidos perambulantes" e ganha o prestígio da cientificidade que o moderno edifício representa, ao mesmo tempo em que vislumbra as contribuições normativas que o saber alienista pode fornecer.

No final desse período a legalidade científica se encontra comprometida: as curas são raras; os tratamentos são obscuros e enigmáticos. Administradores da assistência, os alienistas paulistas não conseguem avançar na produção de conhecimento sobre as doenças de seus doentes.

Nos quinze anos em que Pacheco e Silva dirige o hospício - renomeado, ele se torna um hospital como os outros - as esperanças do retorno do estatuto de cientificidade dirigem-se para o laboratório de anatomia patológica. O achado do treponema no cérebro dos sífilíticos com Paralisia Geral Progressiva (em 1912) ganha relevo especial com o aparecimento da malariotepia para os paralíticos, que começa a ser aplicada no Juqueri em 1925. Uma doença mental que tem sede orgânica tissular inquestionável e tratamento específico constitui um avanço significativo para a aproximação da psiquiatria ao modelo médico da época.

Se o conceito de herança e degeneração adquire maior concretude na teoria da constituição, é porque ao desequilíbrio psíquico correspondem debilidades de sistemas, órgãos e tecidos. Essa alteração geral de todo o organismo ganha visibilidade nas mensurações propedêuticas e no esquadrinhamento laboratorial dos cadáveres. A concepção organicista desse período é preponderantemente histológica.

A política pessoal de boas relações, que caracteriza o diretor, leva por um lado ao inchamento do hospital e, por outro, à prática da laborterapia centrada na subsistência hospitalar. Aos doentes crônicos produtivos está reservado o trabalho agro-pecuário, manufatureiro, de manutenção e limpeza. Isso alivia o Estado de Vargas do pesado ônus que a existência dos psicopatas representa.

No período que vai de 1936 a 1954, o hospital psicopático se caracteriza por uma grande rotatividade de diretores - menos ou mais compromissados com a tarefa - e pela introdução das terapias biológicas (cardiazol, insulina e eletrochoque), das cirurgias cerebrais mutilantes e da psicanálise (à moda psiquiátrica). Esta última oferece um modo de compreensão da doença mental que compete com a linha organicista preponderante no período: o localizacionismo de Kleist. Este direciona a esperança de cientificidade médica para as regiões cerebrais. No laboratório de anatomia patológica a orientação é fundamentalmente anatômica.

Embora as terapias biológicas fortaleçam as hipóteses localizacionistas - em função de uma presumível especificidade regional de suas ações - e dêem origem a uma determinada racionalidade terapêutica, não é o diagnóstico kleistiano o orientador da aplicação dos tratamentos. A política ademarista, no Estado Novo, "limpa" a cidade e as cadeias da presença incômoda dos loucos e superlota o Juqueri. Esse fato determina um ritmo alucinado de aplicação maciça dos tratamentos de choque, aumentando a rotatividade dos doentes no hospital.

Subordinada à neurologia, com uma só disciplina e ausente no projeto de construção do Hospital de Clínicas, a psiquiatria recebe um tratamento marginal na Faculdade de Medicina. É no final desse período e após os reiterados esforços de Pacheco e Silva que a psiquiatria ganha novo endereço e renovadas promessas de cientificidade. Seu lugar passa a ser o Instituto de Psiquiatria. Com serviço próprio dentro da faculdade, o psiquiatra passa a ser um médico como os outros.

Embora o Instituto de Psiquiatria - a nova morada dos doentes agudos de São Paulo - inaugure a sua produção experimental com a introdução dos neuroléticos (a partir de 1954), ainda é dentro do Juqueri que se realizam os primeiros ensaios com a utilização da clorpromazina. O lugar da doença mental dentro do corpo ganha agora uma sutileza maior. O neurolético dirige as esperanças de cientificidade para as transformações químicas escondidas nos interstícios celulares do cérebro. A orientação é fisiológica.

Num primeiro momento, o seu uso nos coquetéis líticos, na hibernação, nas terapias de sono prolongado e na produção dos quadros de impregnação, segue a mesma racionalidade terapêutica que orienta as terapias biológicas - o modelo do choque com a finalidade da cura. Num segundo momento, os neuroléticos serão utilizados com a intenção do controle sintomatológico. Ambos, academia e serviço público, acabarão adotando o segundo modelo.

Torna-se perceptível, no entanto, uma diferença na qualidade dos artigos publicados numa e noutra instituição. Os da faculdade perdem aquela ingenuidade franca que caracteriza as publicações do hospital psicopático, revestem-se de maior formalismo acadêmico, esterilizam-se. Ali a experimentação adquire a aparência de neutralidade objetiva que obscurece a realidade concreta e fortalece a ilusão de que o núcleo duro da técnica tem determinação estritamente científica. Ali começa a estruturar-se o que vem a ser o modelo contemporâneo da produção do conhecimento psiquiátrico hegemônico. Perde-se o colorido local. A experiência universalizada por força da subtração das determinações regionais específicas torna-se uma abstração.

É possível constatar, em função das hipóteses formuladas, que a terapêutica psiquiátrica, enquanto atividade técnica de intervenção (como

instrumento do trabalho, portanto) busca imitar o modelo médico e produz um conhecimento organicamente orientado para a patologia do corpo biológico. A aquisição progressiva dessas características de medicalidade vai conferindo à psiquiatria o almejado estatuto de cientificidade. O saber assim gerado pela prática do trabalho psiquiátrico ganha a legitimidade necessária para a produção do discurso higiênico que produz normatividade social. A normalização dos comportamentos facilita a tarefa de governar.

A terapêutica psiquiátrica segue, ao longo de todo o período que a pesquisa abrange, dois 'modelos' básicos. O primeiro é aquele cuja racionalidade é o choque - aqui entendido como a alteração visível e abrupta, provocada por uma intervenção, de um estado orgânico funcional ou mental. Esse modelo se inspira na velha percepção social de que algumas pessoas se transformam, ficam diferentes, após sofrerem um choque. Parece tratar-se aqui da teoria do trauma no seu reverso. O choque pressupõe a possibilidade da cura.

O segundo modelo - menos pretensioso no que diz respeito à cura, mas de aplicação muito mais abrangente - segue a racionalidade da atenuação dos excessos e das faltas. Herdeiro das intervenções tonificantes e sedativas do século XIX, ele visa ao controle de sintomas e comportamentos. Importa observar que não é o tipo de tratamento o que define aquilo que é aqui denominado como 'modelo terapêutico', mas sim a finalidade com que esse tratamento é aplicado, a racionalidade que orienta a sua prescrição. Muito menos do que os "ditames da ciência" psiquiátrica, o que define a escolha de um ou outro modelo num dado momento são determinações engendradas no contexto sócio-histórico mais amplo. Assim, na prática do trabalho cotidiano,

se reproduzem ações que apresentam, para além da aparência técnica, uma natureza ética e política.

Não só as motivações que regem as intervenções apresentam esse caráter 'misto'; também nos critérios de melhora clínica ou cura é possível perceber um forte conteúdo de juízo moral. Às referências psicopatológicas são agregados os valores do trabalho produtivo, do afeto familiar, do decoro, da adequação à sociedade contratual e do reconhecimento do caráter patológico - anormal - de certos comportamentos. A ideologia burguesa de um Estado herdeiro do PRP, batido pela crise do café e tenaz aspirante ao desenvolvimento, se reproduz nas ações aparentemente mais técnicas do trabalho no hospital psicopático. Isso ganha relevo especial na medida em que, por se tratar de uma instituição pública, essas ações são dirigidas a uma classe social específica.

A formação médica tradicional, o pertencimento à elite dominante e a orientação da ciência positivista levam o agente do trabalho psiquiátrico a entender o núcleo técnico de seu labor como essencialmente bom. Essa qualificação apriorística impede-lhe a consciência do conteúdo moral e ideológico que impregna suas intervenções e das determinações político-econômicas de sua prática. Se estas últimas chegam a ser por ele identificadas - os psiquiatras têm consciência das injunções externas que determinam algumas intervenções e que dão conformações peculiares ao trabalho e até explicitam seu desagrado em relação a isso - elas são vistas como fatores de entrave e obstrução ao andamento adequado do bom trabalho e não como constitutivas do trabalho concreto, como fenômeno inerente a ele. A redução da técnica à neutralidade da prescrição científica e a abstração das necessidades e

finalidades sociais a que ela serve - sua função ideológica - correspondem, respectivamente, à alienação no trabalho e à alienação do trabalho.

Se o saber psiquiátrico da primeira metade do século é uma ideologia científica, como a define Canguilhem, isso se deve à constatação *ex-post* da inadequação metodológica que ela apresenta. Os conceitos de doença mental vigentes, a racionalidade dos modelos terapêuticos e o grosseiro esquadrinhamento laboratorial e propedêutico dos corpos dos doentes, vistos com os olhos de hoje, mostram o grau de equívoco da relação entre teoria e objeto. A validade de suas normas de cientificidade é bastante precária.

No que diz respeito ao referencial teórico que esta investigação propõe, conclui-se pela sua pertinência, na medida em que parece ter dado conta de articular o núcleo mais interno do trabalho psiquiátrico - os tratamentos - às necessidades sociais mais amplas. Esta articulação fica mais clara quando se apreende as condições de produção e as finalidades do saber psiquiátrico, dada sua natureza 'mista'(não assepticamente "científica").

Mesmo que possa estar óbvio, é importante ressaltar a visão crítica sobre o objeto desta pesquisa refere-se a um momento histórico de produção de práticas e saberes. Os seus atores principais - autores dos artigos ou entrevistados - não estão focalizados individualmente.

A Saúde Mental brasileira vive momentos importantes neste final de século. A queda dos muros comunistas e a mundialização da economia

capitalista dirigem a intelectualidade de esquerda para questões menos imediatamente revolucionárias. No campo da Saúde Mental, essa inflexão aparece na medida em que noções como "loucura não é doença" e práticas terapêuticas grupais ou comunitárias de orientação imediatamente político-partidária - para ficar em poucos exemplos - vão cedendo lugar a posturas menos radicais. A inspiração democrática de cidadania e direitos humanos propõe novas práticas públicas de organização de cuidados. O movimento de reabilitação psicossocial coloca a psicose como problema central, tornando-a objeto privilegiado de cuidados alternativos à internação em manicômio.

É dentro desse cenário contemporâneo que se inscreve a oportunidade desta investigação. Embora objetivada nas velhas práticas da primeira metade do século, ela fornece alguns instrumentos para o estudo de questões bastante atuais.

A necessidade de ser científico, acompanhando o modelo médico, permanece presente na psiquiatria de hoje, haja vista a recente criação de sociedades de "psiquiatria clínica" e de "psiquiatria biológica" que pretendem redirecionar a produção do saber para sua especificidade mais propriamente médica. Em bases conceituais muito mais refinadas, a "psiquiatria médica" atual continua buscando o remédio que cura, tentando livrar-se de seu caráter marcadamente tutelar e assistencialista e aprofundando suas investigações dirigidas ao código genético, à neuroquímica, aos hormônios, à sofisticação dos exames complementares da neurologia. Talvez haja entre a pneumoencefalografia e o *spec* cerebral uma relação de sentido mais complexa que a simples identidade de precursor e sucessor.

O debate travado entre psicanálise e psicofarmacologia reflete as orientações reducionistas de ambos. A primeira, na tentativa de ser científica,

arroga-se a capacidade de explicar a gênese da doença mental e se oferece como tratamento eficaz para ela. Afortunadamente, essa pretensão ingênua vem se tornando menos hegemônica dentro dos grupos psicanalíticos. Isso tem favorecido o estabelecimento da sua real possibilidade: identificar os nexos de sentido entre os conteúdos específicos da produção mental do sujeito, a sua situação atual e a sua história pessoal. Tem sido observado, por psicanalistas e analisandos, que essa experiência costuma trazer um certo grau de conforto mental na medida em que se alarga a capacidade de continência para as próprias dificuldades e limitações. Isso não significa, no entanto, que psicanálise e remédio tenham funções terapêuticas complementares.

A questão é certamente mais complexa. Particularmente quando entram em cena, por um lado, a ampla gama de terapias - que seguem racionalidades as mais diversas - e, por outro, as determinações culturais e sociais da história dos sujeitos.

Como tratamento para os transtornos mentais, os psicofármacos parecem, de fato, muito mais eficazes no alívio sintomático ou mesmo na supressão do quadro. Isso não significa, no entanto, que se possa esperar da neuroquímica a elucidação de todas as questões relacionadas à doença mental, tal como ela é entendida hoje. Nesse sentido, a polarização de que se trata aqui é, sem dúvida, uma falsa questão.

A abordagem dos conteúdos de ordem técnica, ético-política e epistemológica como 'dimensões' do trabalho psiquiátrico possibilita um grau maior de complexidade na sua compreensão. Acredita-se que o objeto de investigação torna-se um pouco mais parecido com o real na medida em que não se abstrai a sua múltipla natureza. Essa proposta de apreensão das diversas dimensões constitutivas do trabalho pode vir a ser de grande utilidade num

momento em que a preocupação com a qualidade dos serviços multiplica estudos sobre "garantia de qualidade" em saúde mental, "grau de satisfação" de trabalhadores, usuários e seus familiares com os serviços de saúde mental, "qualidade de vida" de doentes mentais, etc. Esses estudos certamente devem levar em conta as implicações éticas das relações assimétricas entre sujeitos, dentro das quais se produzem ações, saberes e prescrições.

Ainda vale ressaltar a pertinência da observância dessa dimensão política do trabalho na medida em que a atual 'Reforma Psiquiátrica', inspirada nos ideais social-democráticos, oferece uma proposta de gerenciamento das diferenças que exige a condição de cidadania para o doente mental. Além disso, estudar o trabalho dentro do hospital psiquiátrico - uma instituição que deve estar com os seus dias contados - pode ser útil para fornecer subsídios para o movimento de desmanicomialização.

O movimento da Reforma Psiquiátrica paulista tem engendrado o aparecimento de práticas tidas com "alternativas" ao modelo hospitalar. Em plena operação, essas práticas se definem pela negação da organização tradicional de cuidados. Elas carecem de uma reflexão mais formalizada que lhes permita formular, de maneira positiva, sua finalidade - enquanto política e enquanto programa - e instrumentar o processo de avaliação de suas ações em função dessa finalidade. Esta investigação espera poder contribuir nessa direção.

SUMMARY

SUMMARY

The alienism of the beginning of the Republican period in the State of São Paulo loses its characteristics of scientific modernity for being entangled by the administrative and assistencial activities of the hospice. We intended, with this investigation, to follow the steps psychiatry takes towards the regaining of that scientific status. We believed that therapeutics had a main role in this direction and studied the history of the treatments, as they were effectively operated.

The articles published in medical magazines from 1923 to 1959, by psychiatrists from São Paulo who describe those treatments, were elected as the empirical data. Also, some psychiatrists who had experienced that period were interviewed. We used, for that matter, the technique of testimony collect which is referred to the theoretical and methodological basis of Oral History.

We organized the apprehension of the object in three basic frames of theoretical reference: psychiatry and the mode of production; the technological organization of the psychiatric work, and the epistemological, practical and technical dimensions in psychiatry.

We tried to identify in which ways therapeutics had favored the regaining of that status of scientific legitimacy. Three periods were discriminated: the first one included the malaria treatment for General Paralysis; the second one was concerned with the biological therapies; and the third one dealt with the introduction of the first neuroleptics (clorpromazine and reserpine).

We have concluded that psychiatry functions as a scientific ideology, since it imitates the medical model by defining its object (mental disease and the mentally ill) in the same terms as Medicine does at the time. The possibility of applying therapeutic methods that can, in one hand, be effective and, in the

other hand, reinforce the hypothesis of an organic causation for mental diseases gives medical characteristics to psychiatry. This legitimacy, acquired by the approximation to the clinical medical model, supports the normative knowledge that feeds social control.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FONTES PRIMÁRIAS

- ALMEIDA, S.A. ; FESSEL, E. Dilvasene (2.249 F) intravenoso. **J. Bras. Psiq.**, II(2):160-173, 1953.
- ALVIM, J.F. A pyreto e a chimiotherapia na Paralysis Geral. **Publs. Med.**, 1(9):3-11, 1929/1930a.
- _____. Syndrome de Korsakoff Typhica. **Publs. Med.**, 1(9):12-15, 1929/1930b.
- AMARAL FILHO, C. ; CARDOSO, W. Contribuição para o estudo estatístico da paralisia geral. Considerações e resultados terapêuticos sôbre 1.000 casos. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, XII(único):103-193, 1947.
- AUSTREGESILO, F. Paralisia Geral Atipica e Malarioterapia. **Bol. Soc. Med. Cir. S. Paulo.**, VIII(9):354-368, 1929.
- BAPTISTA, V. Secção de menores anormais do Hospital Central de Juquerí - Serviço de Assistência a Psicopatas. **Arq. Serv. Ass. Psic. Est. S. Paulo**, II(3-4):251-258, 1938.
- BARBÉ, A. O tratamento da Paralysis Geral. **Publs. Med.**, 1(2):16-26, 1929/1930.
- BARROS, P.F. Considerações sobre a eletrochoqueterapia. Atas do Centro de Estudos Franco da Rocha. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII(1-4):262-268, 1943.
- BOTELHO, A. Dados sobre a Assistência Psiquiátrica no Brasil. [Conferência pronunciada na sessão de 24-10-1944, do Centro de Estudos Franco da Rocha.] **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IX(1-4):161-176, 1944.

BOTTIGLIERI, J. Primeiros ensaios com a prata coloidal por via raqueana na epilepsia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII(1-4):381-392, 1943.

BOTTIGLIERI, J. ; SIMIONI, P. A histamina na epilepsia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII(1-4):363-369, 1943.

BRANCO, A. ; CEDRAZ, G. Terapêutica da agitação. **Bol. Hosp. Juliano Moreira**, 6:4-12, 1955.

CARVALHO, H.M. Considerações sobre a Secção de Esquizofrenia do Hospital Central de Juquerí. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IV(3-4):281-297, 1939a.

_____. Considerações sobre dois casos de coma irreversível no tratamento de Sakel. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IV(3-4):393-417, 1939b.

_____. Considerações sobre a Secção de Esquizofrenia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII(1-4):155-195, 1943.

_____. Contribuição para o estudo das modernas terapêuticas biológicas nos estados depressivos. [Tese de Concurso à Livre Docência de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.] **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.**, XXX(único):87-101, 1964.

CARVALHO, H.M. ; LENTINO, P. Considerações a respeito dum caso de esquizofrenia paranoide, tratado pelo método de Sakel e posteriormente pelo método psico-analítico. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IV(3-4):243-279, 1939.

CARVALHO, H.M. ; SILVA, P.A. O tratamento convulsivante na esquizofrenia. Método de von Meduna. **Arq. Ass. Ger. Psic. Est. S. P.**, II(2): 539-552, 1937.

CENTRO DE ESTUDOS FRANCO DA ROCHA. Resumo das atas das sessões do seu primeiro ano de funcionamento. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII(1-4):198-262, 1943.

_____. Resumo das atas das sessões ordinárias da 12ª à 13ª. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IX(1-2): 144-160, 1944.

- _____. Resumo das atas das sessões ordinárias da 18ª à 24ª.
Arq. Ass. Psic. Est. S. P., X-XI(único):264-283, 1945/1946.
- CESAR, E.P. Em torno do movimento do Hospital Central de Juqueri em 1939.
Arq. Ass. Psic. Est. S. P., V(3-4):443-460, 1940.
- _____. (org.) **Formulário do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. Juqueri, Oficinas Gráficas do Serviço de Assistência a Psicopatas, 1941.
- _____. Alguns aspectos da incidência das moléstias mentais no Estado de São Paulo. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII(1-4):299-333, 1943.
- CESAR, E.P. ; D'ALAMBERT, J.P.G. Efeitos da hiperinsolação entre os doentes mentais. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VII(1-2):117-125, 1942.
- CESAR, E.P. ; REIS, J.B. Estudo das modificações do líquido céfalo-raquidiano após injeção de ouro coloidal por via sub-occipital. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, V(1):5-16, 1940.
- CESAR, O. Contribuição para o estudo das glândulas de secreção interna na demência precoce. **Mem. Hosp. Juq.**, IV:119-143, 1928/1929.
- _____. Generalidades sobre a origem da medicina, particularmente no que se refere a molestias mentais. **Publs. Med.**, 5(7):43-64, 1934.
- CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS. Aprovada pelo V CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL a 6 de novembro de 1948. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII-IX(único):83-86, 1948/1949.
- COELHO NETO, A.S. Hormonio-terapia em Psiquiatria. **Rev. Hosp. Clin.**, 13(1):33-37, 1958.
- EY, H. A Psiquiatria em face da Moral **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. São Paulo**, XVIII(único):103-113, 1953.
- GARCIA, J.A. Centenário de Wagner von Jauregg (1857-1957). **J. Bras. Psiq.**, VI(2): 153-158, 1957.

GARCIA, J.A. e Ferreira, L.R. Investigações terapêuticas com um dos alcalóides da *Rauwolfia Serpentina*. **J. Bras. Psiq.**, 4:279-287, 1955.

Glossário de Psicofármacos. Fontoura Weyth, 1972.

GOMES, C. O emprego do Rhodarsan - 914 das usinas do Rhône. **Publs. Med.**, 5(8):7-8, 1934.

GOMES, E.M. O Problema Filosófico-Psiquiátrico das Relações Somato-Psíquicas. **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. São Paulo**, XVII(único):173-185, 1952.

KRYNSKI, S. ; LICHTENSTEIN, C. ; MILETTO, A. Sobre o emprego da reserpina em psiquiatria. **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. São Paulo**, XXI(único):5-19, 1955.

LENTINO, P. Sobre um caso de esquizofrenia crônica (de 8 anos) forma hebefrênica, curado pela psicanálise. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, V(1-4):255-291, 1940.

_____. Psicanálise na esquizofrenia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IX(1-4):231-235, 1944.

LIMA, A.T. Contribuição para o estudo da constituição na demência precoce e na psychose maniaco-depressiva. **Mem. Hosp. Juqueri**, III(3-4):53-151, 1926/1927.

LUCENA, J.; LORETO, G. e COSTA, A.S. *Traitement de la schizophrénie par la Reserpine*. **Neurobiol.**, 20(1):51-55, 1957a.

_____. Resultados do tratamento de doentes mentais pelo Amplictil (Método Neurolético). **O Hospital**, 51(4):431-50, 1957b.

_____. *Traitement neuroleptique par le Largactil chez des schizophréniques*. **Neurobiol** 20(1):56-60, 1957c.

MACEDO, G. Da reserpina em neuropsiquiatria e medicina psicossomática. **O Hospital**, 50(5):721-32, 1956.

_____. Nova terapêutica dos distúrbios emocionais (Observações clínicas com a associação reserpina + cloridrato de metil-fenidil acetato). **J. Bras. Psiq.**, 7(4):338-343, 1958.

MADALENA, C. ; PAPROCKI, J. Bibliografia Brasileira de Psicofarmacologia. **A Folha Médica**, 64(2):391-420, 1972.

MALTA, R. Relatório das atividades da divisão Hospital Central - 1952. **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.**, VII(único): 151-156, 1953.

_____. Relatório das atividades da divisão Hospital Central - 1953. **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.**, XIX(1-2):151-156, 1954.

MARCONDES, D. A therapeutica psichanalitica da impotencia sexual. **Bol. Soc. Med. Cir. S. P.**, 14(4):162-166, 1930.

MARTINS, C. A reserpina no tratamento psiquiátrico. **J. Bras. Psiq.**, 5:197-252, 1956.

MATHIAS, I. A eletronarcose. **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.**, XVIII(único):17-23, 1953.

MELLO, O.H. Tratamento da demência precoce pelo abcesso de fixação. **Publs. Med.**, 2(6):3-7, 1930/1931.

MORAES, V. Um eschizophrenico que se rehabilita. **Gaz. Clin.**, 29(8):215-219, 1931.

NUNES, S.J. A reserpina no tratamento de um caso de morfínismo terapêutico. **J. Bras. Psiq.**, VII(3):227-232, 1958.

PAPROCKI, J. ; RANGEL, E. ; RATTON, A.M.L. **Bibliografia Brasileira de Psicofarmacologia - 1950-1970**. Fontoura Wyeth, 1972.

PARANHOS, U. **Elementos de Therapeutica Medica**. São Paulo, Ed. O Pensamento, 1925.

PIMENTA, A.M. Leucotomia cerebral. **Arq. Ass. Ger. Psic. Est. S. P.**, I(1):259-266, 1936.

PRADO, J.N.A. Do sôro hipertônico e isotônico na epilepsia, na excitação e na depressão. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(2):147-160, 1937a.

_____. Contribuição para o estudo da convulsoterapia. Epilepsia experimental. Amonioconvulsiogenese. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(2):475-498, 1937b.

_____. A arrancada constitucionalista e a patologia neuro-mental. **Gaz. Clin. S. Paulo**, 35(9):284-286; 35(10):298-304; 35(11):332-342, 1937c. **Gaz. Clin. S. Paulo**, 36(1):13-23; 36(2):60-63; 36(3):97-101; 36(4):126-134, 1938.

_____. Da temperatura em Psiquiatria. **Arq. Ass. Psic. Est. S. Paulo** VI(1-4):285-310, 1941.

PUPO, P.P. Aspectos neurológicos do coma insulínico. [Tese de concurso à docência livre de Clínica Neurológica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.] **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VII(1-2):5-115, 1942.

_____. Acidentes encefálicos da convulsoterapia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VIII(3-4):269-291, 1943.

RHODIA. Amplictil em Psiquiatria. **Publs. Med.**, 24(187):35-48, 1954.

RIBEIRO, S. **Hospital de Alienados de Juquery**. Rio de Janeiro, Officinas Graphics do Jornal do Brasil, 1928.

RIBEIRO, I. e SILVA, A.S. Terapêutica neurológica em psiquiatria. **Publs. Med.**, 29(199):23-48, 1957.

RIBEIRO, I.; SILVA, A.R. e PORTELA, J.M. Terapêutica reserpínica em psiquiatria. **O Hospital**, 55(3):85-104, 1959.

ROCHA, Z. Sobre os resultados terapêuticos obtidos com as drogas tranquilizadoras em psiquiatria infantil. **Neurobiol**, 22/23/24:146-155, 1959/1960/1961.

ROXO, H. Tratamento da Melancolia. **Publs. Med.**, 1(9):18-19, 1929/1930.

_____. Tratamento da Psicose de Involução. **Gaz. Cli.**, 219-221, 1934a.

_____. **Tratamento dos nervosos e psychopathas**. Rio de Janeiro, Livraria Editora Freitas Bastos, 1934b.

_____. Tratamento moderno das doenças mentais. **Arq. Bras. Med. Naval**, 17(57):4153-62, 1956.

SAMPAIO, N. A clorpromazina em psiquiatria. **Bol. Hosp. Juliano Moreira**, 4:5-6, 1955.

SILVA, A.C.P. Novas directrizes da psychiatria. **Bol. Soc. Med. Cir. S. Paulo**, 15(12):507-510, 1932.

_____. Aula inaugural do Curso de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(1-2):5-14, 1937a.

_____. Psicoses post-insulinoterápicas. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(3-4):265-270, 1937b.

_____. **Psiquiatria Clínica e Forense**. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1940.

_____. A moderna terapêutica psiquiátrica. **Arq. Cir. Clín. Exp.**, V(5-5):1073-1075, 1942.

_____. **A assistência a psicopatas no estado de São Paulo: breve resenha dos trabalhos realizados durante o período 1923 a 1937**. São Paulo, Serviço de Assistência a Psicopatas, 1945a.

- _____. **A Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Histórico - Organização - Ensino - Planos.** São Paulo, Faculdade de Medicina da USP, 1945b. [Monografia]
- _____. **Psiquiatria Clínica e Forense.** 2. ed. São Paulo, Ed. Renascença, 1951.
- SILVA, A.C.P. ; CARVALHO, H.M. ; FORTES, R. O emprego da clorpromazina em doses maciças (Síndrome de Impregnação). **Publs. Méd.**, 18(198):53-113, 1957.
- SILVA, A.C.P. ; FERRAZ, N.T. O método de Sakel nas esquizofrenias. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(2):499-516, 1937.
- SILVA, A.C.P. ; PASSOS, L. A malariotherapia na Paralysis Geral. **Mem. Hos. Juq.**, III-IV(3-4):33-44, 1926/1927a.
- _____. A malariotherapia na Paralysis Geral. **Bol. Soc. Med. Cir. S. P.**, 10(8):153-160, 1927b.
- SILVA, A.C.P. ; PASSOS, L. ; FAJARDO, J. ; CARVALHO, H.M. A diatermia no tratamento da paralisia geral. **Mem. Hosp. Juq.**, VII-VIII (7-8):113-120, 1930-31.
- SILVA, A.C.P. ; SILVA, P.A. e SILVA JR., J.A. A insulinoterapia nas formas delirantes da paralisia geral. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(2):461-465, 1937.
- SILVA, C.P. ; BARROS, P.F. Acidentes mecânicos da convulsoterapia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IX(1-2):107-129, 1944.
- SILVA, J.C. Tratamento dos paráliticos gerais portadores de atrofia do nervo ótico. **Mem. Hosp. Juq.**, VII-VIII (7-8):91-93, 1930/1931.
- SILVA, L.M.; ZUSMAN, W. ; NUNES, E.P. Técnicas de sono prolongado em psiquiatria. **O Hospital**, XLVI(4):65-81, 1954.
- SILVA, P.A. Evolução da Paralisia Geral Progressiva após a malarioterapia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, 1(1):15-35, 1936.

SILVA, P.A. e SILVA JR., J.A. Resultados da Malarioterapia na Assistência Geral a Psicopatas. *Arq. Ass. Psic. Est. S.P.*, II(1-2):11-22, 1937a.

_____. O tratamento post-palúdico da Paralisia Geral pelos arsenobenzois em altas doses. *Arq. Ass. Psic. Est. S.P.*, II(3-4):359-371, 1937b.

SILVA, P.A. ; SILVA JR., J.A. ; PIMENTA, A.M. A impaludação intracerebral na Paralisia Geral. *Arq. Ass. Psic. Est. S.P.*, II(1-2):123-146, 1937.

SILVEIRA, A. Contribuição para o tratamento convulsivante nos esquizofrênicos. *Arq. Ass. Psic. Est. S. P.*, II(3-4):391-430, 1937.

_____. Diretrizes para a escolha entre o coma insulínico e o choque convulsivante no tratamento dos esquizofrênicos. *Arq. Ass. Psic. Est. S. P.*, III(1-2):53-63, 1938.

_____. A Classificação Nacional das Doenças Mentais - sugestões para a revisão. *Arq. Ass. Psic. Est. S. P.*, 9(1-2):73-105, 1944.

_____. O problema da assistência pública aos doentes mentais. *Arq. Ass. Psic. Est. S. P.*, XII(único):277-285, 1947.

SILVEIRA, A. ; D'ALAMBERT, J.P.G. O papel e a situação do psiquiatra nos hospitais do Estado. *Arq. Ass. Psic. Est. S. P.*, XII(único):287-291, 1947.

SZTERLING, G.L. Modernos preparados sintéticos no tratamento do alcoolismo crônico. *Arq. Ass. Psic. Est. S. P.*, XV(único):195-209, 1950.

_____. O alcoolismo, um problema social. *Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.*, XX(3-4):191-210, 1954.

TAVARES, H.N. Hospitalização Psiquiátrica no Estado de São Paulo. *Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.*, XVII(único):115-128, 1952.

_____. Assistência aos doentes do Hospital Central de Juqueri. *Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.*, XXII(único):117-120, 1956.

TOMASI, V.F. Uma reunião inesquecível. **Rhodia-Jornal**, 90:10-12, 1995a.

_____. O medicamento que dissipa as trevas da loucura. **Rhodia-Jornal**, 92:16-17, 1995b.

UCHÔA, D.M. A significação terapêutica da angústia no método de Meduna. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VI(1-4):1443-163, 1941.

VAMPRÉ, E. ; LONGO, P. Malariotherapia na Paralysis Geral. Observações de 4 accidentes e 2 remissões. **Bol. Soc. Med. Cir. S. Paulo**, 10(8):155-160, 1927.

VIEIRA, F.M. e TANCREDI, F. Esquizofrênico tratado pelo método de Sakel. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(3-4):161-165, 1938.

VIEIRA, J. P. Os arsenicaes no tratamento da syphilis adquirida. **Publs. Med.**, 5(7)-21-27, 1934.

VIZZOTTO, S. [et al.] Dados Preliminares sobre os resultados obtidos com a clorpromazina em psiquiatria (71 casos). **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.**, 21:21-49, 1955.

_____. O que é Higiene Mental? [Aula inaugural do Curso Popular de Higiene Mental - patrocinada pelo Centro de Estudos Franco da Rocha - realizada em 27-II-1953, no Auditório da Associação Paulista de Medicina.] **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.**, XVIII(único):69-74, 1953.

WHITAKER, E.A. A orientação médico-biológica em Psiquiatria. **Arq. Ass. Ger. Psic. Est. S. Paulo.**, II(2):583-609, 1937.

YAHN, M. Ensaio com o cloreto de amônio por via endovenosa. Tratamento da esquizofrenia crônica. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IV(1-2):61-82, 1939.

_____. Sobre a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz. **Arq. Neuro-Psiqu.**, IV(2):213-237, 1946a.

- _____. Reflexões sobre os últimos 10 anos do movimento psiquiátrico em S. Paulo. **Imp. Med.**, 386:92-100, 1946b.
- _____. ed. Notícia do Cinquentenário do Hospital de Juquerí. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, XII-XIV(único):5-17, 1948/1949.
- _____. Apreciações sobre o modo de ação da leucotomia cerebral. Relações entre o físico e o psíquico. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, XV(único):23-38, 1950a.
- _____. Comentários sobre a Classificação Brasileira das Doenças Mentais. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, XV(único):137-146, 1950b.
- _____. Situação do Hospital Psiquiátrico nos sistemas médico-assistenciais modernos. **J. Bras. Psiq.**, II(2):175-179, 1953.
- YAHN, M. ; ARRUDA, J. O tratamento pelo coma insulínico em dois casos de esquizofrenia catatônica. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, II(2):99-119, 1937.
- YAHN, M. ; BARROS, P.F. A convulsoterapia no tratamento da epilepsia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, IX(1-4):203-220, 1944.
- _____. Eletrochoqueterapia. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, XII(único):233-275, 1947.
- YAHN, M. ; OLIVEIRA NETO, E.M. Consideração sobre 400 casos tratados pelo método de von Meduna. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, VII(3-4):333-361, 1942.
- YAHN, M. ; OLIVEIRA, G. Resumo da História da Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, XIII-XIV(único):19-35, 1948/1949.
- YAHN, M., PIMENTA, A.M. e SETE JR., A. Sobre a Leucotomia de Freeman e Watts em três tempos. **Arq. Ass. Psic. Est. S. P.**, XIII-XIV(único):123-232, 1948/1949.
- YAHN, M. ; SILVA, C.P. Estudos sobre a ionização cálcica e iodurada e sobre a pneumoencefalografia em epiléticos. **Arq. Ass. Ger. Psic. Est. S. P.**, 1(1):153-176, 1936.

. Prognóstico pneumoencefalográfico da esquizofrenia.
Estudo em 16 doentes tratados pelo método de Sakel. **Arq. Serv. Ass. Psic. Est. S. P.**, IV(4):419-455, 1939.

YAHN, M. ; SILVA, N.T. Estados mentais de esquizofrênicos após os comas prolongados na insulinoterapia. **Arq. Serv. Ass. Psic. Est. S. P.**, IV(4):183-196, 1939.

FONTES SECUNDÁRIAS

BACHELARD, G. O novo espírito científico. In: **Bachelard**. Série Os Pensadores. São Paulo, Abril Cultural, 1978.

_____. **A Epistemologia**. Lisboa, Edições 70, s.d.

BADIOU, A. **Ética** - um ensaio sobre a consciência do mal. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1995.

BASBAUM, L. **História Sincera da República** - de 1930 a 1960. 4. ed. São Paulo, Alfa Omega, 1976.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

_____. ed. **Percursos na história da psicanálise**. Rio de Janeiro, Livraria Taurus Editora, 1988.

BOLTANSKI, L. Prime éducation et morale de classe. In: **Cahiers du Centre de Sociologie Européenne**. n. 5. Paris, Éditions de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1984

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. [reimpressão] São Paulo, Editora T. A. Queiroz, 1983.

BRIOSCHI, L.R. e TRIGO, M.H.B. Relatos de vida em ciências sociais. **Ciência e Cultura**, 39(7): 631-637, 1987.

CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Lisboa, Edições 70, 1977.

_____. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 1982.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

- CHAUÍ, M. **Introdução à História da Filosofia - Dos pré-socráticos a Aristóteles.** São Paulo, Brasiliense, 1994.
- CORREA, C.H.P. **História Oral: teoria e técnicas.** Florianópolis, UFSC, 1978. (mimeografado)
- COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil - um corte ideológico.** 3. ed. revisada. Rio de Janeiro, Campus, 1980.
- CUNHA, M.C.P. **O espelho do mundo.** Juquery, a história de um asilo. 2. ed. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 1988.
- DALMASO, A.S.W. **Estrutura e transformação da prática médica: estudo de algumas das características do modelo de trabalho na segunda metade do século XIX e início do século XX.** São Paulo, 1991. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- DIAS, I.M. **Sob o signo da exclusão.** A história da Psiquiatria no Estado de São Paulo. São Paulo, 1985. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade.** 2. ed. São Paulo, Editora Duas Cidades, 1979.
- FAERMAN, M. Juqueri - não há saída deste lugar. ainda. **Jornal da Tarde,** São Paulo, 1 jul. 1974.
- FERNANDES, F. **Ensaio de sociologia geral e aplicada.** São Paulo, Ed. Pioneira, 1971.
- FORTES, J.R.A. Editorial. **Psiqu. Clin.**, 13(1-4):1-2, 1986.
- FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro, Ed. Tempo Brasileiro, 1975.
- _____. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo, Ed. Perspectiva, 1978.
- _____. **O Nascimento da Clínica.** 2. ed. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 1980.

- _____. **Microfísica do poder.** 5. ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1985.
- GIORDANO JR., S. **A persistência da higiene e a doença mental:** contribuição à história das políticas de saúde mental no estado de São Paulo. São Paulo, 1989. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- GOLDMANN, L. **Epistemologia e Filosofia Política.** Lisboa, Ed. Presença, 1984.
- GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. Tese (doutoramento) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- _____. **Processo de trabalho em saúde.** Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1988. [mimeografado]
- _____. **Práticas de Saúde:** processos de trabalho e necessidades. [Série Textos] São Paulo, Cefor, 1992.
- _____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** Características Tecnológicas de Processo de Trabalho na Rede Estadual de Saúde de São Paulo. São Paulo, Ed. Hucitec/Abrasco, 1994.
- GRÜNSPUN, H. **Trem para o hospício.** São Paulo, Cultura, 1980.
- HELLER, À. **La teoria de las necesidades en Marx.** Barcelona, Ediciones Península, 1986.
- LUCENA, J. **Raízes e tendências da psiquiatria no Brasil.** [Aula de mestre proferida na abertura do simpósio realizado à sua jubilação.] *Neurobiol.*, 41(supl.):49-54, Recife, 1973.
- MACHADO, R. **Ciência e Saber - a trajetória da arqueologia de Foulcault.** 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1981

- MADALENA, C. ; PAPROCKI, J. **Bibliografia Brasileira de Psicofarmacologia.** *A Folha Médica* 64(2):391-420, 1972.
- MÈSZÁROS, I. **Marx: a teoria da alienação.** Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1979.
- MORRALL, J.B. **Aristóteles.** [Coleção Pensamento Político - 31.] Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1981.
- MORSE, R.M. **Formação Histórica de São Paulo.** São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1970.
- NUNES, E. D. ed. **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo, Global Ed., 1983.
- PAPROCKI, J. ; RANGEL, E. ; RATTON, A.M.L. **Bibliografia Brasileira de Psicofarmacologia - 1950 - 1970 - Glossário de Psicofármacos.** Brasília, Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura Wyeth, 1972.
- PESSANHA, J.A.M. ed. **Aristóteles.** [Coleção Os Pensadores.] São Paulo, Ed. Abril Cultural, 1978.
- QUEIROZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** [Col. Textos, 4] 2. ed. CERU e FFLCH/USP, São Paulo, 1983.
- RODRIGUES, A.M. **Operário, operária, estudo exploratório sobre o operariado industrial na Grande São Paulo.** 2. ed. São Paulo, Ed. Símbolo, 1978.
- ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- SÁ, E.N.C. **Análise de uma organização pública complexa no setor saúde: o conjunto Juqueri no Estado de São Paulo.** São Paulo, 1983. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SCHRAIBER, L.B. **Medicina liberal e incorporação de tecnologia: as transformações históricas da autonomia profissional dos médicos em São Paulo.** São Paulo, 1988. Tese (doutoramento) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

_____. **Políticas Públicas e Planejamento nas Práticas de Saúde.** São Paulo, 1994. [mimeografado]

_____. O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, 11(1), São Paulo, 1995. [prelo]

THIOLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** 5. ed. São Paulo, Ed. Polis Ltda, 1987.

URQUIZA, L.M.F.P. **Um tratamento para a loucura: contribuição à emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo.** Campinas, 1991. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

VAZQUEZ, A.S. **Ética.** 15. ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1995.

Ilustração da capa:

A extração da pedra da loucura, Hieronymus Bosch (1450-1516)

In: BOSING, W. **Hieronymus Bosch - Entre o Céu e o Inferno**. Germany, Taschen, 1991.

LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA



REFORMAS DA ILUSÃO:

a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na
primeira metade do século XX

LYGIA MARIA DE FRANÇA PEREIRA

REFORMAS DA ILUSÃO:

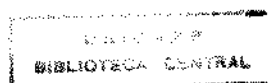
a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na
primeira metade do século XX

(Anexo)

Tese apresentada à Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de
Doutora em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes
Universidade Estadual de Campinas

Campinas
UNICAMP
1995



UNIDADE	-60
N.º CHAMADA:	II Unicamp
	P414p
V. 2	Ex.
TOMBO BC	28.986-A
PROC.	667/96
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	02/11/96
N.º CPD	

CM.00099469.4

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Pereira, Lygia Maria de França

P414p

Reformas da ilusão : a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX / Lygia Maria de França Pereira.
Campinas, SP : [s. n.], 1995.

Orientador : Everardo Duarte Nunes

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

I. Psiquiatria. 2. Ciência. 3. História da medicina no século XX. 4. Terapêutica. I. Nunes, Everardo Duarte. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SUMÁRIO

Resumo	página 001
Apresentação	página 004
Capítulo 1	
Teoria, método e objeto	página 016
Capítulo 2	
As técnicas	página 039
Capítulo 3	
Um hospital como os outros	página 074
Capítulo 4	
Um médico como os outros	página 129
Capítulo 5	
Um tratamento como os outros	página 190
Conclusão	página 218
Summary	página 229
Referências bibliográficas	página 232

Volume Anexo

Questionário página 001

Entrevistas

Entrevista I página 007

Entrevista II página 020

Entrevista III página 048

Entrevista IV página 059

Entrevista V página 095

Entrevista VI página 113

Entrevista VII página 136

QUESTIONÁRIO

Carta

Prezado colega,

Meu nome é Lygia Maria de França Pereira, sou psiquiatra, formada em medicina em 1982 pela Universidade Federal do Paraná, com residência médica no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UNICAMP, onde atualmente, faço doutorado sob orientação do Prof. Dr. Everardo Nunes.

Minha tese de doutorado versa sobre o período da psiquiatria paulista desde 1923 até o momento em que tomamos os primeiros contatos com os neurolépticos (a reserpina, e mais particularmente, a clorpromazina), ou seja, a década de '50.

Trabalhos científicos foram publicados nessa época por psiquiatras brasileiros, mas além disso, quase nada há de dados editados nos quais possamos nos basear para a reconstituição desse período. Em função disso, e aproveitando o fato de ser esse período relativamente recente, resolvemos realizar uma investigação junto às pessoas que, tendo vivenciado essa época, já como psiquiatras, nos poderiam melhor informar sobre os acontecimentos.

Duas formas de proceder foram eleitas para tal objetivo: a primeira, que o senhor tem em suas mãos (anexo), é um questionário a ser respondido com sinceridade baseado nas experiências pessoais do informante. Ele está sendo enviado para o maior número de psiquiatras possível, bem entendido:

psiquiatras que já exerciam a profissão no máximo até o começo dos anos '50. Nesse sentido, rogamos a sua boa vontade em preenchê-lo e enviá-lo de volta à pesquisadora com a maior brevidade possível.

A segunda forma eleita se constituirá em entrevistas realizadas com alguns psiquiatras que se dispuserem, em termos do tempo e do trabalho da rememoração, a conversar mais longamente com a pesquisadora sobre esse tema. Para a realização dessas entrevistas será utilizada a técnica de História Oral para depoimentos pessoais. Elas serão gravadas e posteriormente transcritas quando então se constituirão importante material para o presente estudo.

Agradecendo antecipadamente sua, para nós, imprescindível colaboração aguardamos o retorno do questionário preenchido possibilitando-nos, com essa informação, dar bom andamento à pesquisa.

Cordialmente,

Lygia Maria de França Pereira

End. para envio do questionário: _____

Questionário para psiquiatras

Cidade: _____ Data: _____
Nome: _____
End.: _____
CEP: _____ fone: _____

Obs.: na publicação da pesquisa os informantes não serão identificados nominalmente, os dados acima servem apenas para controle e organização pessoais da pesquisadora.

1- Data de nascimento: _____

2- Escola médica e ano de graduação: _____

3- Especialidade(s) médicas que exerceu ou exerce e período:

4- Períodos e localidades (se for o caso) em que residiu e praticou a profissão fora do estado de São Paulo:

5- Como foi a sua formação em psiquiatria?

PERÍODO ANTERIOR A SEUS PRIMEIROS CONTATOS COM OS NEUROLÉPTICOS:

6- Como estava organizada sua jornada de trabalho (consultório particular, clínica ou hospital privado, serviço público, serviço universitário) no período que antecedeu o advento dos neurolépticos?

7- Quais as medidas terapêuticas (de qualquer natureza) utilizadas pelo senhor neste período anterior aos psicofármacos antipsicóticos? Havia variação nos métodos e nas formas terapêuticas de eleição, dependendo do local da prática

da psiquiatria (consultório, ambulatório, hospital público, hospital privado e outros)?

8- Qual era, segundo sua visão, a aceitação por parte dos pacientes e familiares às medidas terapêuticas pelo senhor empregadas na ocasião (antes dos neurolépticos)?

9- Como era o dia-a-dia da profissão nos diferentes locais de exercício?

PERÍODO DE PRIMEIROS CONTATOS COM OS NEUROLÉPTICOS

10- De que maneira o senhor tomou conhecimento da novidade dos primeiros neurolépticos e quando isso se deu?

11- Baseado em que tipo de informação o senhor iniciou a prescrição de neurolépticos?

12- Como foi o início da sua utilização desses medicamentos nos diversos âmbitos de sua prática clínica (consultório, hospital, etc...)? Como foram suas primeiras experiências nesse sentido?

13- Qual, o senhor avalia, foi o grau de aceitação desses novos medicamentos pelos pacientes e familiares?

14- O advento dos neurolépticos trouxe modificações ou repercussões nos diversos âmbitos de sua prática clínica? O senhor poderia discriminar, com referência a cada local de exercício, a natureza dessas modificações? (sugerimos dentre outros: duração da consulta, queixas na consulta, frequência das consultas, abandono de tratamento, frequência de internações, duração das internações, intervalo entre internações, condições dentro do espaço asilar,

frequência de internações de pacientes particulares, adesão ao tratamento, frequência de utilização de outras medidas terapêuticas, etc.).

15- Como o senhor vê atualmente e em termos mais gerais, o advento dos psicofármacos para a prática psiquiátrica, mais especificamente no Brasil?

16- Há algo que não foi perguntado, que o senhor gostaria de contar ou acrescentar?

17- O senhor tem alguma sugestão a fazer à pesquisadora, no que se refere ao estudo deste tema?

18- O senhor gostaria de indicar outros colegas em situação que os permita fazer parte do universo ao qual se dirige esta etapa da pesquisa, para quem possamos também enviar o questionário?

Nome: _____

End.: _____

CEP.: _____ fone(s) _____

19- O senhor tem disponibilidade e gostaria de discorrer mais longamente sobre este tema, na forma de entrevista gravada?

ENTREVISTAS

ENTREVISTA I

Você me pergunta justamente dos antecedentes terapêuticos e dos cuidados especiais que se dedicavam aos doentes mentais, na época em que eu comecei justamente a clinicar. Eu vou lhe dizer que eu fui interno, estudante interno do Hospital de Juquery, hoje Franco da Rocha. E lá eu fiquei até me formar, em 1930. O Sanatório Pinel, em Pirituba, esse foi um hospital particular, modelo, criado em 1930. Eu fui o primeiro estudante interno desse hospital. Foi criado nos moldes mais ... melhor impossíveis. Mas não havia terapêutica ainda, como eu estou lhe dizendo ... mas haviam cuidados especiais. Por exemplo, tinha doentes que ficava a família, todos aí, enfermeiro particular acompanhando.

Então, eu, que tinha passado um ano também no Hospital Pinel como estudante interno, voltei para o Hospital de Juquery e fiquei como médico psiquiatra. Então eu ia e vinha todos os dias. A princípio eu morava lá e depois eu ia de X até lá e voltava para X, onde eu instalei meu consultório.

Eu posso lhe dizer que a psiquiatria era muito primitiva nesse tempo. O Hospital de Juquery praticamente era um depósito de muitos doentes, como até hoje dizem que é ainda. E esse hospital tinha, teve um valor muito grande, porque foi uma época de muitos estudos, lá dentro, lá no hospital. Havia o laboratório, havia estudos de anatomia patológica, enfim a gente se dedicava ao estudo, acompanhado de professores que nos ajudavam. Eu era aluno do Professor Vampré, o diretor era o Professor Pacheco e Silva, mas tinha o Dr. Fausto Guerner que era um grande psiquiatra.

Então o que nós pudemos apreciar nessa época, de 1929 e 30, é que quando nós nos dedicávamos mais intensamente a um doente qualquer que fosse, a um doente psiquiátrico, nós sempre obtínhamos resultados mais favoráveis do que aqueles que ficavam abandonados. Isso já mostrava que o contacto humano era necessário para o tratamento do doente. Entretanto, não dispúnhamos de medicação eficiente. Vamos dizer que a psiquiatria foi sempre dominada pela sintomatologia e até hoje ainda é denominada pela sintomatologia. Descreve-se síndromos psiquiátricos, vamos dizer, síndromos que indicam as características próprias daquele estado de espírito do doente.

Assim nós temos o síndrome depressivo, nós temos o síndrome maniaco, nós temos uma série de síndromos, não é?, caracterizando as manifestações clínicas do paciente. E por aí é que se norteou toda a psiquiatria. Desde o tempo de Kraepelin, quando ele dividiu justamente a psiquiatria em demência precoce e coisas assim, desde esse tempo isso continuou e até hoje ainda não se pode afastar inteiramente.

O que houve foi um progresso científico muito grande que então foi mostrando que muitas doenças podiam ser dominadas porque passaram a ser melhor esclarecidas, como certos síndromos mesmo.

Eu tenho a minha maneira de pensar de que o homem quando nasce, já nasce feito, tanto o homem como a mulher. Eles nascem feitos, eles trazem características próprias dos seus antepassados, bem definidas. Então o cérebro também foi herdado. De modo que o indivíduo nasce feito. Nasce, como vamos dizer, uma bola de fogo, uma bola ... uma energia em potencial que vai abrir-se neste mundo afora.

Mas, esse indivíduo que nasce, ele é atirado a um meio muito agressivo. E é justamente a adaptação a esse meio que faz com que ele reaja bem ou mal,

conforme já a constituição dele anterior, o que ele traz do passado. Você veja que a criança quando nasce já chora, chora por que? Porque sai de um ambiente quente, de um ambiente protegido, para um ambiente já frio, diferente. Aquilo é benéfico, porque abre o pulmão, tudo ... Tudo isto é muito bem concatenado, mas acontece que ela já sofre ao nascer, ela sofre durante a gravidez ... Sofre o que? Sofre interferência de doenças, de uma série de fatores que podem influenciar sobre a evolução daquela criança. Assim como afeta o estado físico, afeta o estado psíquico também.

Depois, no desenvolvimento desta criança, onde vamos admitir uma linha ascendente, uma reta, uma inclinada ascendente, não é? Nós vamos ver que essa criança pode sofrer uma série de fatores: desnutrição, ambiente familiar precário, doenças, por exemplo, uma encefalite, que pode atingir uma criança no seu desenvolvimento e pode desaparecer propriamente, parecendo não deixar sintoma nenhum, daí a alguns anos começa a aparecer um síndrome parkinsoniano consequência de encefalite letárgica. Pode ter uma meningite que pode também ocasionar uma doença.

Enfim, são fatores aí agressivos, visíveis e palpáveis que definem justamente a agressão a uma pessoa. Agressão esta que pode alterá-la momentaneamente ou definitivamente. Agora, essa pessoa justamente tem as suas defesas, quer dizer, ela tem o seu temperamento, começa a formar a sua personalidade, forjar a sua personalidade nesse atrito com a agressão do mundo exterior. Ela vai justamente, né?, forjando a sua personalidade.

Muitas vencem facilmente, isto pela própria constituição que já tinham, anterior. Outras não, pode então eclodir justamente em certos momentos da vida dessa pessoa um estado mórbido caracterizado como doença mental. Estado mórbido, esse, sem lesão muitas vezes. Porque são fatores psicológicos

que influenciaram, não é? Então são fatores que vêm e vão embora também, às vezes deixam marcas, outras vezes desaparecem, que eles provocam uma reação daquele indivíduo que é caracterizada ou até conceituada como doença mental, mas que o psiquiatra ou o médico, pessoa que cuida dela, faz com que retorne à normalidade. Quer dizer, sem deixar seqüelas propriamente.

Essas são a maior parte das doenças mentais, são deste tipo. Por exemplo, você vê, a psicose maníaco depressiva tem a tendência para a depressão e a tendência para a mania, com a exaltação das faculdades. O que é isso? É um exagero de uma situação normal, porque uma pessoa pode ter, e geralmente tem, um temperamento deprimido, são pessoas sensíveis, emotivas, que se emocionam facilmente, não é? E pode também, nos ambientes alegres, ela se expande. É o temperamento ciclóide. Esse temperamento pode, exagerando essas particularidades da própria personalidade, mostrar um quadro ou um síndrome depressivo, ou um síndrome maníaco, como é caracterizado.

Assim os outros também, vamos dizer, a desconfiança é uma coisa normal na pessoa, vamos falar em termos muito banais assim que é mais fácil para entender. Agora, se a desconfiança se torna, por exemplo, muito exagerada, ela pode evoluir no sentido de idéias persecutórias de um delírio. Delírio esse organizado, sistematizado, ou então um delírio absurdo, não é? E assim, estados confusionais ... então já confunde muito mais trazer outros estados. Esse preâmbulo eu achei importante pra poder mostrar a influência terapêutica justamente no tratamento dos diversos quadros mentais.

A primeira vez que se encontrou uma causa positiva, por exemplo, para uma doença mental foi em 1917, quando surgiram os estudos sobre a sífilis. Então foi esclarecida justamente a patologia da paralisia geral progressiva, não é?, que a doença é uma meningoencefalite sífilítica. Nessa ocasião, então,

apareceu o primeiro tratamento positivo, vamos dizer, no sentido do que se pode chamar de positivo para um doente mental. O parálítico geral era submetido à malarioterapia, que vinha a ser a inoculação do plasmodium, plasmodium benigno, por via intramuscular ou endovenosa, provocando a febre, aquelas febres de todos os dias. E nós provocávamos então essa febre durante 7, 8 dias com cuidados especiais, porque podia morrer o doente de malária.

E geralmente a malária trouxe benefícios grandes. Um parálítico geral, um doente completamente perturbado, submetido à malarioterapia, os sintomas desapareciam completamente e voltava à normalidade. Normalidade aparente, psíquica, mas a doença estava porque tinha uma meningoencefalite sífilítica, com o ... o causador da sífilis dentro do cérebro. Nos exames anatomopatológicos, no hospital de Juquery, tem uma porção de exames feitos e que comprovam perfeitamente o espiroqueta dentro do cérebro.

Mas nós dávamos ao mesmo tempo o 914, que era o arsenobenzol, uma medicação contra a sífilis, que é a que se usava naquele tempo. Uma medicação violenta, provocando reações às vezes muito fortes. Então nós associávamos a malarioterapia à arsenoterapia, ou outras também, usávamos os sais de mercúrio, sais de bismuto, sendo que com alguns deles precisava um pouco de cuidado, porque às vezes a sífilis atacava o nervo óptico. Era uma outra forma, era uma taboparalisia, então aí, se nós déssemos, por exemplo, mercúrio ou déssemos certos produtos assim, nós íamos agravar esta neurite óptica e o indivíduo ficava cego.

Então esse foi o primeiro passo positivo no tratamento de uma doença mental. Então podia se dizer: esse indivíduo tem uma paralisia geral progressiva, doença de Bayle, ou então, uma meningoencefalite sífilítica. Os

hospitais, então, como o Juquery mesmo, tinham pavilhões dedicados só a isso. O exame de líquido de espinha e o exame de sangue eram sistemáticos em todos os hospitais organizados. De '17 em diante, sempre. Nos hospitais organizados, aqui mesmo, nós aqui ... há anos atrás que nós acabamos com isso, porque ... mas antes nós fazíamos sistematicamente esses exames porque com o advento da penicilina mais tarde a sífilis praticamente desapareceu. Então não adiantava ficar fazendo exame à toa, só por fazer. Mas nós funcionávamos sistematicamente em todos os doentes.

Bom, depois disso, nós só tínhamos como terapêutica propriamente psiquiátrica os derivados barbitúricos. Era o Gardenal ... era o ... todos esses tipos de derivados barbitúricos que existiam na época. Eram medicamentos que tinham uma função específica, ou antes, moderadora, sobre os ataques epiléticos. Tinha outros derivados, tinha o Somnifene, tinha uma porção. Eram todos derivados barbitúricos que se usava. Mas era só nesses casos que dava um resultado positivo, porque os doentes agitados não melhoravam. Nós fazíamos, por exemplo, Gardenal, fazíamos Somnifene, fazíamos toda essa medicação e eles dormiam, uma dose alta, mas quando acordavam, acordavam muito pior. Só se fazia nos agitados, independente do quadro, do diagnóstico. Porque havia uns casos que saravam espontaneamente, mas eram as psicoses maniaco-depressivas.

Certas formas saravam, mas eram raras, porque geralmente o indivíduo caminhava para um estado muito mais grave. Na depressão, por exemplo, ele terminava no suicídio, a maior parte das vezes, então os doentes ficavam sempre amarrados e não se alimentavam de jeito nenhum. Então nós éramos obrigados a sondar diariamente, duas vezes por dia, o doente depressivo até acabar, até morrer. Porque realmente eles iam se definhando, caíam numa

pneumonia, uma coisa qualquer, e acabavam ... E se não fossem amarrados, se não fossem cuidados especialmente eles se destruíam. O doente com idéia depressiva ia à destruição. E não havia medicação que conseguisse modificar isso. Então, vamos dizer, a gente atendia os doentes assim, dando medicações gerais, para o estado geral, e esses calmantes derivados todos do ácido barbitúrico, nós fazíamos.

E fazíamos psicoterapia, isso que hoje falam por exemplo de psicoterapia e análise e coisa, nós fazíamos. Nós tínhamos muitos doentes sob nosso cuidado, mas a gente pegava alguns, porque eram muitos. Eu tinha um pavilhão, por exemplo, com 400 doentes, então eu fazia os cuidados especiais pra todos assim que precisassem - emergências. E alguns doentes nós cuidávamos. Então nós verificávamos que esses doentes, com os quais nós convivíamos, melhoravam. Tem um exemplo até que era um doente lá do Hospital de Juquery que morava no mesmo quarto que o Dr. Passos, que era o diretor do Juquery. Morava no mesmo quarto, que lá era primitivo, os quartos mesmo. E o Dr. Passos era o diretor e morava com esse doente dentro do quarto dele. E esse doente era um esquizofrênico, mas era serviçal, uma porção de coisa ele podia fazer, prestar serviços muito bons.

Bom, de modo que nós estávamos desamparados. Quando alguém adoecia mentalmente, ele era levado para um hospital, porque a família geralmente não o queria em casa, procurava esconder porque ainda imperava, nessa época, a idéia de que podia transmitir ou que fosse doença familiar, que podia até prejudicar os descendentes, os colaterais. Então muitas famílias levavam os doentes para o hospital e os escondiam e ninguém mais via, sabia mais deles.

E eles evoluíam de acordo com os tratados de psiquiatria. Então você via aquele caminhada para a cronicidade de todos esses doentes, não é?, com características próprias dos tratados de psiquiatria. Mesmo, vamos dizer, na paralisia geral progressiva, que é uma doença que tem idéia de grandeza, você já ouviu falar nisso? Também na esquizofrenia, na forma parafrênica, no fim aparecia uma idéia de grandeza também. Então, via-se o indivíduo por exemplo, conversando às vezes muito bem com a gente, mas se julgando até papa ou outras coisas assim. Porque ele chegava em um ponto de julgar que se o perseguiram é porque ele era importante, ele era alguma coisa. Então havia aquele contraste: o indivíduo se julgando um ser quase superior e numa miséria, às vezes vestido com trapos e com ... eles punham pedaço de folhas na roupa, folha de lata, essas coisas. Porque diz que recebiam, eram alucinações, que recebiam comunicações e tudo isso assim. Esse era o quadro da psiquiatria.

Então depois de '30, lá pra '30 e tantos ... surgiram duas terapêuticas milagrosas, que foi a convulsoterapia e a insulino-terapia. Você já ouviu falar, não é? A convulsoterapia foi iniciada pelo cardiazol e foi despertado o interesse porque viam que alguns doentes esquizofrênicos, quando tinham uma convulsão, melhoravam. Então procuraram conseguir algum preparado e o cardiazol servia pra isso. Então nós fazíamos injeção de cardiazol de 5 centímetros mais ou menos com agulha grossa e rápida na veia. Provocava um ataque epilético violentíssimo. E entre a injeção rápida e a perda da consciência tinha sempre um meio minuto e isso deixava o doente horrorizado. De modo que depois de feito, pra fazer uma outra, outras vezes, era difícil, eles não queriam.

Mas o resultado era milagroso, principalmente nos estados depressivos e muitas formas de esquizofrenia. Como o cardiazol era um tratamento muito

violento e provocava muitas vezes luxações, fraturas, porque se havia um contraste entre uma musculatura muito forte e um osso mais frágil, ou uma posição, na hora da convulsão, defeituosa, como acontece no próprio ataque epilético, às vezes havia fraturas provocadas pelo tratamento. Então surgiu, logo depois, o tratamento pelo eletrochoque, que foi justamente lá na Itália que eles começaram a fazer, substituindo o cardiazol. E tornou-se uma coisa comum nos hospitais psiquiátricos e milagrosamente modificou o hospital psiquiátrico.

Ao mesmo tempo que apareceu a convulsoterapia apareceu a insulino-terapia. A insulino-terapia era diferente. Nós provocávamos o coma insulínico todos os dias. Íamos subindo a dose de insulina em jejum até provocar um estado de coma e aí nós fazíamos uma injeção de glicose na veia e o indivíduo saía como que ressuscitando. Tínhamos os cuidados especiais de alimentação e tudo, mas tínhamos que fazer durante um, dois, três meses.

E também os resultados eram efficientíssimos. Muito bons. Quer dizer, aquilo que não nos deixava esperança nenhuma passou a clarear um pouco a terapêutica psiquiátrica. Em quase todas as formas menos nas formas, vamos dizer, orgânicas, de debilidades congênitas propriamente, não é? Formas congênitas, por exemplo, um indivíduo débil mental, uma coisa assim, não adiantava, um epilético, não se fazia. Mas nas psicoses cíclicas, não é?, maníaco-depressiva e nas esquizofrenias era o ideal. E nas neuroses também, principalmente nas neuroses obsessivas. E hoje em dia há muita neurose obsessiva que se não fizer, não sara. Mas então era um milagre. O hospital transformou-se completamente no seu modo de atender.

Os hospitais psiquiátricos, até essa época de '30 e poucos, todos eles tinham seus pavilhões, alguns tinham umas casas isoladas pra pessoa de posse,

mas no fundo eles tinham dois compartimentos, dois prédios à parte que eram pra doentes agitados. Esses doentes ficavam gritando e tomando remédio e fazendo isso e ... e amarrados porque não tinha outro jeito. Se se deixasse um doente desse sem essa proteção, acabava morrendo.

Eu vou lhe dizer por exemplo: exemplos de suicídio. Uma ocasião, um doente lá que nós sabíamos que ia se suicidar, mas deixamos no pavilhão, avisamos o enfermeiro: "não descuide". O enfermeiro passava toda hora, quando chegou de manhã cedo, o enfermeiro foi acordar o doente, o doente estava morto. O doente pegou o lençol, deu um nó na garganta e amarrou apertado e enforcou-se. Tinha um, um padre até, que se a gente deixasse, ele corria para bater a cabeça no chão. Mas bater e abrir a testa. Uma depressão que ele estava, nas formas depressivas.

De modo que com o advento da convulsoterapia e da insulino-terapia modificou-se tanto que em 1936 quando nós iniciamos o hospital aqui, a Casa de Saúde, foi o primeiro hospital que não teve quarto forte. E no Juquery, tinha o que eles chamavam de rotunda, era um corredor circular e que dava para uma porção de quartos, quartos fortes que tinham uma janelinha em cima e um buraco na porta para espiar, ali ficava o doente. Os outros hospitais, mesmo o hospital Pinel, que era um hospital modelo em 1930, tinha um pavilhão para doentes agitados.

Aqui no hospital nós tivemos um grupo de médicos a vida inteira aqui ... e sempre fazíamos reuniões semanais de estudos e tudo, não é? Médicos que vieram aqui, ficaram aqui trabalhando conosco também, de modo que isso aqui foi uma escola. Nós chegamos a manter aqui também residentes de psiquiatria, de enfermagem e psicologia. Depois eu me cansei porque, eu me formei em

trinta, estou com 54 anos de formado, quarenta e tantos de hospital, de modo que ...

Essa é a vida da psiquiatria que eu conheci e que eu posso relatar a você. Daí você tira suas conclusões depois. Porque quem não conheceu o passado da psiquiatria, é a mesma coisa que quem não conheceu o Brasil anterior não sabe porque o Brasil está assim hoje. Não sabe que o Brasil nasceu praticamente de uns 50 anos pra cá. Pelo menos São Paulo, não digo o resto, o resto ainda é menos tempo.

E eu era moço, antes de eu me formar aqui em São Paulo, São Paulo era sertão, não é? Tinha cafeeiral só e matas. E vira mexe se via nos jornais "Queimadas no interior de São Paulo" ou "cercaram um vilarejo onde morava...", "as pessoas estão ameaçadas de fogo, de tudo", porque não tinha comunicação, não tinha nada. As estradas eram particulares. Em 1920 e tanto, as estradas eram particulares, todas aí. Você pra passar, precisava pagar, era uma porteira, uma coisa assim. E o resto tudo era sertão no Brasil.

Agora vocês nasceram, vocês já encontraram a eletricidade. Acabaram com a noite. Hoje o dia e a noite, todo ele é dia. Porque naqueles tempos, oito horas a gente ia dormir. Porque não tinha ... a luz não era assim como hoje. Tinha lampião, tinha muita coisa ainda, aqui em X tinha lampião no centro da cidade, era a gás e tudo. De modo que a vida noturna não existia, então todo mundo deitava cedo e acordava cedo. Hoje não, hoje ninguém dorme antes de meia noite, uma hora e acorda às 5, 6, 7 horas. Isso é que está trazendo também um grande número de neuróticos.

Anteriormente a mocidade não precisava de medicação. Ninguém tomava remédio, a não ser um caso esporádico. E hoje, você está vendo aí, não tem um rapaz, uma moça, que não esteja tomando qualquer coisa. E qualquer

coisa forte, que são esses preparados que surgiram justamente para tratamento de doença mental. Então hoje a mentalidade é completamente diferente.

ENTREVISTA II

Antes dos medicamentos (neuroléticos), é de ressaltar que em primeiro lugar os hospitais, os institutos, eram superlotados em geral. Os doentes não saíam mais, não havia esperança de cura e os efeitos iatrogênicos de medicações antigas normalmente cronificavam os doentes. Então as congestões que haviam nos hospitais eram enormes.

Eu trabalhava no Juqueri naquela época, não se sabe quantos doentes haviam lá. Alguns dizem 16 mil, outros 18 mil, mas eu acredito que eram 18 mil, porque 2 mil faziam uma espécie de pingue-pongue de entrar em licença e retornar. Mas tinha o registro de internados. Então existiam sempre colônias novas. Existiam pavilhões com 2 mil doentes e um médico só, às vezes um funcionário só de enfermagem à noite, que era normalmente analfabeto.

Bem, mas isso nada tem a ver com a medicação, é uma instituição falida, mas demonstra que a superlotação ... a demanda dos institutos era tão grande que não se podia vencer, abria-se novo mercado de trabalho para profissionais. Acabava-se aceitando qualquer tipo de gente que quisesse trabalhar lá, em busca de emprego. E nos hospitais particulares a situação não era muito diferente. Eram hospitais mais bem pintadinhos, mais bem assim ... apresentáveis para visitas mas, funcionalmente, a cena era a mesma.

Existiam poucas opções com relação às formas de tratamento, em geral, basicamente a chamada convulsoterapia que era a insulino-terapia, levando o doente ao coma ou ao pré-coma e os métodos são conhecidos, diversos métodos conhecidos nos livros. Existia o cardiazol que dava uma convulsão típica de epilepsia, existiam outros convulsivantes também até anteriores. Existiu depois o eletrochoque que por ser mais barato, não é?, liga na eletricidade e fica mais barato, foi largamente usado; mas ele teve um efeito

menos danoso mesmo. Existia a piretoterapia que provocava uma hipertermia nos doentes, a malarioterapia também era usada como piretoterapia. Existia algum início de atividade tipo agrícola, agropecuária, para o doente.

Existiam tratamentos hidroterápicos, eletroterápicos. Duchas frias e, não raro, de surpresa pro doente. O doente ia andando dentro de um corredor e de repente levava uma ducha fria ou um balde d'água. Antes ainda, e esse tempo eu não peguei, eles eram levados a uma certa altura e o chão falso despencava e eles caíam lá embaixo, ou então, pessoas fantasiadas. Caíam às vezes no chão, às vezes na água. E às vezes eles iam andando assim e atrás de uma esquina aparecia gente com máscaras terríveis, dando susto neles. Bom, mas esse tempo já estava ... desmascarado, não é?, esse tratamento. Eu não peguei esse tempo.

Mas peguei, por exemplo, um tratamento bárbaro que eram os abcessos de fixação para os agitados, com terebentina com ... como chama aquilo ... esqueci o nome. E os famosos sulfur que eram uma mistura do enxofre, da flor de enxofre, não o enxofre em pó, que nos hospitais, mesmo particulares, numa sala assim mais ou menos de 4 por 4, eles enchiam um ... faziam uma montainha assim de flor de enxofre e depois despejavam óleo em cima, latas de óleo e iam mexendo. Faziam uma pasta daquilo e davam nas nádegas dos pacientes aquela injeção, daquele jeito que tivesse. O doente não podia se mover de tanta dor e, não raro, também aquilo ... fazia um abcesso, era um abcesso de fixação, chamado sulfur. Então esse método era bárbaro.

E os métodos intimidativos também existiam, os doentes ficavam em celas fortes e não raro, extraoficialmente, apanhavam dos funcionários e por isso os funcionários da época eram sempre truculentos, não é?, capazes de dar um enforcamento no doente até ele perder a força. Era um método para curar

agitação por uma anóxia cerebral, eles caíam assim desmaiados; contanto que não morressem ... Então, não havia muita opção. Poucos doentes, apesar de tudo, conseguiam ter alta.

Havia uma caricatura de terapia ocupacional, de expressão artística também de alguns doentes que ... propriamente nem melhoravam nem pioravam, mas passavam o tempo ocupados. Mas a mentalidade não era terapêutica, era sempre de dar esse tipo de atividade agropecuária ou artística pro doente, dizendo "dar coisas para o doente fazer ou pensar, porque se não o doente pensa por conta própria".

E que mais ... tinha mais coisas que usavam ... na psicocirurgia, a partir do Egas Muniz, que eram as operações mutilantes irreversíveis, as leucotomias ... vários tipos de leucotomias ou lobotomias também. E existia também a lobectomia, tiravam um lobo inteiro do cérebro e a topectomia que tiravam a área cortical fora. A topectomia decorticava uma parte do cérebro. E não raro havia parece que uns 30 a 40% de mortes por causa dessas operações porque dava abscesso cerebral, não raro, ou hemorragia mesmo. Porque a operação era feita às cegas, não é?, numa área aparentemente branca, sem vascularização, o leucótomo passava assim e cortava as ligações tálamo corticais.

No Juqueri se fazia este tipo de cirurgia, não nasceu lá mas ... o Juqueri queria ser pioneiro e então, assim que apareceu a primeira leucotomia, eu creio que ... meses depois já começaram a fazer no Juqueri. O eletrochoque, o segundo do mundo foi feito no Juqueri. Então eles queriam logo fazer. Fora aqueles médicos que se davam o direito de inventar tratamentos não universais, por exemplo, um médico do Juqueri uma vez inventou de injetar tungstênio na veia do doente, e os doentes subiam pela parede até, porque dava uma agitação desgraçada e ninguém sabia como curar, não é?

Então, a vinda desses medicamentos, provocando ... inicialmente a intenção era levar o doente a um estado de indiferença, sem agitação, sem nada e indiferença emocional que eles chamavam de ataraxia, por isso nasceu o nome de atarácicos.

Mas a agitação nos hospitais diminuiu brutalmente com isso e foi dado como inócuo ... todo o arsenal quimioterápico mais moderno, mas realmente inócuo não é. Acontece que um eletrochoque a gente se assusta de ver o doente dar uma crise convulsiva, e fere os olhos da gente, tem alguns problemas de dar fraturas, luxações. Se fizer um eletrochoque com o paciente anestesiado, curarizado, aí é melhor. Mas da forma brutal como era feito, por exemplo, dar eletrochoque em cima do coma insulínico, ou cardiazol em cima do coma insulínico, que eles chamavam de tratamentos profundos, aí era tudo pra experimentar se dava certo, mas era ... uma verdadeira punição. O médico ficava irritado com o doente e dava um tratamento verdadeiramente punitivo.

Os tratamentos modernos com esses neurolépticos também são danosos porque as megadoses a gente não pode levar a sério. É pra consumo, não é?, porque nós estamos com uma mentalidade de consumo, que é pra baixar a cabeça para o sistema, então há crimes que não se vêem. Porque quem fez a autópsia viu o que acontece nos rins e no fígado desses pacientes que tomam excessos dessas drogas. Toda medicação quimioterápica a gente tem que dar só o suficiente para ensinar o organismo a trabalhar, mas a gente vai tirando para ver se o organismo já aprendeu. Se ele não fizer efeito por uns tempos, tira de uma vez porque não faz efeito mais. Aí tem que arranjar outra coisa, outro sistema, outras opções, talvez ainda dentro da quimioterapia. Houve tentativas, anteriores aos quimioterápicos modernos, também de tratamentos

homeopáticos, com maior ou menor sucesso, que a tradição oral transmitiu, mas eu não assisti. Houve tentativas várias.

Isso foi antes de 1950, porque quando eu entrei lá em '51, o médico que fazia isso já tinha saído. Como houve também tratamentos espirituais, que eu também não encontrei mais lá. Bom, isso especificamente no Juqueri; em outros hospitais provavelmente tentativas também, mas nos hospitais particulares, não. Lá era onde se arvoravam a ser pesquisadores. O Juqueri queria sempre ser pesquisador, o grupo de lá. Agora antes de minha geração, o Juqueri teve maior ... melhor êxito por causa do Franco da Rocha.

O Franco da Rocha era muito inquieto, e assim como Juliano Moreira no Rio que foi um luminar, o Franco da Rocha também foi inquieto em São Paulo e inventou ... ou melhor, transplantou para São Paulo métodos que outros tentavam de inovação. Inclusive a assistência heterofamiliar e outras coisas. Mas o brasileiro desvirtua tudo, não é? Pegar um doente, por exemplo, e atribuir que a família era uma das grandes causas da doença dele, a constelação familiar. Então dava uma família estranha pra esse paciente para ele conviver no seio dessa nova família. Isso para os estrangeiros esse método funcionou, aliás até mesmo depois dos novos neurolépticos, dos neurolépticos, não é?

Mas aí, com Franco da Rocha foi uma besteirada porque muita família ia buscar doentes lá no Juqueri, fazendo fila para ganhar doentes, porque o governo dava um auxílio, um abono para essas famílias, uma pensão, pagava a pensão dos doentes. E essa família melhorava sua receita levando o doente, davam uma alimentação horrível e exploravam o doente nos trabalhos nas suas pequenas chácaras. Ficava um empregado que além de gratuito, ainda a família ganhava para ter aquele empregado. Então foi tudo desvirtuado porque não tinha acompanhamento terapêutico. Isso existiu.

Também as socioterapias etc., existiram no Juqueri, mas foram todas desvirtuadas. Métodos assim parecidos com os do Pinel, foram os tratamentos morais do Pinel, alguma coisa semelhante foi feita no Juqueri, experimentada. Inclusive antes de se chamar assim, a primeira comunidade terapêutica talvez do mundo, existiu no Juqueri, num pavilhão. Mas foi destruída por um diretor do então Departamento de Assistência ao Psicopata, que não entendia nada de psiquiatria, proteção política, um ginecologista, mas que era nem ginecologista, era um especialista em fazer caçadas. E esse idiota, ganhador de dinheiro e sujo, farrista, usava as chácaras do Juqueri para seus bacanais de fim de semana. Ele acabou com essa comunidade terapêutica que foi criada por um médico chamado Eurípedes Miguel. Tinha até jornalzinho, era uma beleza, tinha terapia ocupacional.

Isto teria sido de '45 em diante, eu ainda fui ajudar nesse pavilhão, lá por '51, mas sem ordem de trabalhar no pavilhão. Fui como voluntário, às escondidas, para participar. Era proibido lá porque esse diretor já estava punindo o Eurípedes, até o suspendeu, que ele era desobediente ... ele ficou sendo o único médico naquele pavilhão. As doentes todas, era um pavilhão feminino, onde as doentes faziam trabalhos de renda, de frivolidê, de renda de bilro, crochê, tricô, tapeçaria, e outros trabalhos assim, tipo macramê. Mas lindos, lindos, lindos.

Tinha uma mulher lá que trabalhava com 7 bilros fazendo renda e o olho da gente não acompanhava os bilros, eles voavam assim, rapidamente, não dava o tempo psíquico da percepção visual. Era uma coisa linda ver aquela velhinha trabalhar, magrinha, magrinha. Trabalhava com os dedos todos, sete bilros trabalhando, fazendo redes. E ele acabou com aquilo, proibiu essa terapia

ocupacional. Então havia também os que derrotavam as tentativas pioneiras no Juqueri.

E a superlotação continuava, era o governo do Ademar de Barros, que mandou recolher os mendigos de São Paulo no Juqueri pros jornalistas não começarem a falar muito. Então, superlotou o Juquery, não houve condições. Eu por exemplo trabalhava num pavilhão que cabia uma lotação de 120 doentes, oficialmente, mas eu tinha 576 doentes naquele pavilhão, sendo 76 menores de idade, crianças.

Eu sozinho era o responsável e à noite os doentes se recolhiam e dormiam nos degraus da escada assim como se fossem prateleiras. Era assim, não era raro cair lá de cima no chão. Era assim o Juqueri... não é? E os outros hospitais não ficavam nada mais barato, nada, nada. O Juqueri era apenas um hospital a mais nesse sistema todo. Os particulares não tinham a superlotação porque a condenação pela imprensa era muito maior, não ganhavam dinheiro, então não faziam isso.

O Juquery, na minha opinião, nunca foi um centro de pesquisa, foi sempre uma palhaçada muito caipira e de muita má fé. Nunca houve valor nenhum no Juqueri. Naquele tempo pode ser até que eles mesmos acreditassem, mas era uma competição tola de trabalhos frívolos, pueris, que eles publicavam e muito poucos médicos de lá se salientavam um pouco. Mas a patologia do Juqueri, o departamento, era muito sério na mão do Edgar Maffei, Walter Edgar Maffei, essa patologia era linda porque ele era um cientista realmente, mas não era assistência psiquiátrica isso, era apenas uma verificação e ele era realmente quem mais condenava. E foi com ele que eu fui aprender e fiz 15 anos de patologia, fiz mais de 1300 autópsias, analisei mais de 1600 cérebros, porque não só das minhas autópsias, mas dos outros também.

Fiz 15 anos de patologia e vi, vi o resultado das terapêuticas antigas e modernas, também modernas eu vi. Não dá pra contar garganta ainda. Ainda não dá; a psiquiatria está muito atrasada e o maior erro da psiquiatria atual é o erro de diagnóstico. E na minha fraca opinião, a psicopatologia está errada, mesmo nos clássicos em que pese a heresia porque os clássicos escreveram livros, são homens sagrados e eu não sou ninguém. Mas é minha convicção de que a psicopatologia está rasgada, porque foram descritos os doentes em regime de encarceramento. Então, não foi considerado pelos maiores psiquiatras do mundo, inclusive atuais, que sempre existe um quantum de saúde e um quantum de doença no doente. E o quantum de saúde ainda trabalha; então muita coisa que ocorre nas doenças que foi dado como parte do quadro clínico, é apenas o trabalho da parte sã que o doente ainda tem. É assim que eu penso sobre os delírios, é uma busca de adaptação à decepção da segregação do doente, assim como outras projeções alucinatórias, etc., nem todas, mas aquelas que não são orgânicas.

Então essa psicopatologia está toda errada, não está certa; inclusive, logicamente, os diagnósticos. Então do jeito que os médicos estão sendo formados hoje, os psiquiatras, à custa da interferência das multinacionais nos currículos, os médicos são computadores muito ordinários hoje. Eles pegam o doente e vêem: tem isso, tem aquilo, tem aquilo, quem tem isso, aquilo e aquilo, tem tal rótulo e quem tem tal rótulo, toma isso, aquilo e aquilo. E lê na bula, e aprende e não discute porque você não tem o direito de saber porque é segredo comercial. Então não se sabe o que é receitado.

Assim sendo a psiquiatria pode ser feita por qualquer leigo, é só decorar uma tabelinha, e é o que está acontecendo. Mas o doente posto em liberdade tem outros quadros clínicos, sob controle logicamente, e que é completamente

diferente do doente encarcerado, a menos que haja um preparo muito especial para o doente e uma desospitalização precoce e hospitalização voluntária para repouso e que ele aceite, porque senão essa psicopatologia está toda errada. Muitos sintomas, sinais, síndromes são apenas manifestações institucionais, até se pode falar numa neurose institucional, porque sendo da parte só o problema é psicológico, pode se falar. Então na psiquiatria é bem provável que nós estejamos náufragos, no momento.

A gente pode então, poderia pensar que talvez lá dentro do Juqueri, naquela época e talvez inclusive hoje, eles simplesmente tratavam o que ... uma ... uma maneira de conduta do indivíduo que era produzida pela mesma situação dele lá dentro. Eles queriam tratar os loucos dentro do Juqueri, só que esses loucos faziam uma loucura que tinha que ver com o fato de estar lá no Juqueri. E isto não é só no Juqueri, no mundo inteiro, no Juqueri também.

Mas o Juqueri era muito relaxado, faltava muita medicação, faltava verba, faltava uma porção de coisa, então o grande período em que eu trabalhei lá não se podia fazer nada, por isso que eu fui pra patologia. Eu renunciei publicamente num congresso à psiquiatria e fui pra patologia porque assim eu já pegava morto, não ajudava a matar.

Mas houve uma passagem muito curiosa em 1958 no Juquery. Dois camaradas no Juqueri, médicos que não eram versados em psiquiatria, gostavam muito de ler o Estado de São Paulo na hora do expediente, resolveram que iriam virar o Pinel brasileiro e ganhar a fama política e com isso a colher de chá de cargos e prestígio, etc. E então eles pensavam que com o aparecimento do Amplictil e seus sucessores, que eles iam esvaziar o Juqueri e se tornarem heróis. Então eles criaram três unidades de terapia intensiva que eram os pavilhões de impregnação no Juqueri e puseram seus psiquiatras

protegidos mas com uma equipe de enfermeiras formadas para tratar daqueles doentes com impregnação e dar alta. E determinados psiquiatras como eu que eram considerados antipáticos ou ovelha negra, não tinham direito de fazer tratamento.

Então eu tomava conta de um pavilhão, esse que eu falei, mas eu não tinha direito de fazer qualquer tratamento psiquiátrico. Eu era proibido de tratar psiquiatricamente os meus doentes. Eram considerados casos perdidos por essa equipe. Então eles me proibiram por exemplo de dar eletrochoque, tiraram o aparelho do pavilhão; e eu dei risada porque eu não gostava desse tratamento. Os tratamentos com os neurolépticos eu não precisava de impregnar porque eu era, apesar de ser um tratamento lançado inicialmente com impregnação, ao nascer a impregnação eu já era contra.

Eu dava sempre uma dose mínima, eu já era contra a impregnação, então eu nunca impregnei doente na minha vida. Eu acompanhei impregnação de doentes de outros médicos, mas só pra ver como era, o que que acontecia, mas era um objeto de estudo, já que eu não podia salvar o doente eu ... olhava.

Mas essas três unidades de tratamento intensivo, quando chegamos ao fim do ano de '58, foram dar um balanço e elas somadas deram um número menor de alta do que só o meu pavilhão com tratamentos clínicos gerais. Lá com os meus métodos, que eu tratei até com erva medicinal, que eu tenho livros disso e inventava. Por exemplo eu não tinha direito de usar certos medicamentos para depressão, não podia usar. Tá bem, eu não uso, os medicamentos deles, mas eu resolvi usar por exemplo a hidrazida, por uma conclusão que eu cheguei lá, eu dava hidrazida pro doente, como se fosse tuberculoso, e o doente saía da depressão mesmo, saía, só que eu não tinha receita pra evitar que em determinado momento ele quebrava tudo no pavilhão.

Dava um raptus de agitação no doente. Isso eu não sabia evitar mas ele saía da depressão. E só agora, há uns 5 ou 6 anos passados é que descobriram que a hidrazida é inibidor da monoamino oxidase; só agora que descobriram.

Eu mesmo nem tinha lido o trabalho, o X veio me contar que descobriram isso, veio muito alegre me contar isso. Mas eu mesmo não sabia, não tinha lido o trabalho. Eu usava em 1958. Então esse pavilhão ficou desmoralizado. Essas três unidades de impregnação ficaram desmoralizadas porque não conseguiram dar alta e, fora disso, produziram problemas de ordem geral e clínica muito violentos no doente. O número de óbitos por pneumonia, por ... por um estado alérgico do doente, por diminuir os glóbulos brancos do doente tirando as defesas, a capacidade de criar anticorpos, foi muito grande então o doente ficava sem defesa para as moléstias infecciosas. E como elas são transmissíveis, era assim no meio do ano, assim das doenças sazonais, se transmitiam e matavam assim um número grande de doentes.

Então os pavilhões, as tais unidades intensivas foram desativadas e depois da desativação ficou o tratamento generalizado no Juqueri e esse tal diretor ficou muito envergonhado, mas segurou o cargo, não é? porque era político. Então aconteceu isso pra mostrar que o uso de medicamento, mesmo quando entra como uma aquisição muito moderna, o uso inadequado não é eficaz, é besteira.

O tratamento que ainda não havia resistência para esses medicamentos, então o doente respondia com uma dose pequena, impregnava às vezes com uma dose pequena, então assim mesmo houve ineficácia diante de tratamentos de ordem clínica geral, tipo melhorar a circulação do doente, a circulação cerebral. E até ervas, eu tratava às vezes com ervas, ervas medicinais, que no matinho lá do Juqueri tem aos montes porque há 1232 alqueires de terra lá no

Juqueri, tem mato de todo jeito. O farmacêutico de lá, que aliás nem era formado, conhecia tudo que era mato. Eu lia no livro o que eu queria e ele me encontrava, identificava. E a gente cuidava do doente assim. E deu muito mais alta no meu pavilhão do que nas três unidades. Para mostrar que não existe poesia em ciência, fantasia. Essa ansiedade não é válida na medicina, a medicina é observação lenta e assim ... paciente e honesta. Não tem ninguém que vá inventar uma coisa de hoje para amanhã. Foi esse o meu testemunho em geral.

Bom, quando surgiu, o remédio que surgiu primeiro foi o Amplictil, a Clorpromazina. Ela nasceu para a anestesia, para ajudar na anestesia e no pós-operatório. Daí nasceu um método chamado hibernação artificial, que facilitava, segundo os cirurgiões da Europa, franceses, através do coquetel do Laborit, facilitava a recuperação pós-operatória. Então eles hibernavam baixando a temperatura do corpo do doente até 35 graus e baixando a pressão arterial também. As enfermeiras precisavam ficar medindo a pressão cada meia hora do doente. Com esse coquetel que era o Fenegan, era o Amplictil e o Gardenal. Levava o doente a uma ... e o ambiente também, baixando a temperatura ambiente. O doente ficava num estado de hibernação artificial, mas isso era em cirurgia.

E depois fizeram trabalhos para aplicar o Amplictil na doença mental. Eu não sei lá na Europa que coisa eles observaram que os levou a trazer para a psiquiatria o Amplictil que se chamava Largactil, era a clorpromazina. Eu não sei o que eles observaram, mas quando eu soube que se usava essa droga em anestesia, eu peguei toda uma literatura da mão de um anestesista e resolvi também aplicar na psiquiatria em 1953. Mas eu não consegui a droga, então eu não pude experimentar.

Em 54 estourou na Europa, aí em 55 veio pra cá pro Brasil. Em 55 começou a ser usada aqui no Brasil ... clorpromazina ... e depois vieram os outros. No Juqueri especificamente, como sempre tem aqueles fantasiados que gostam de aparecer, um camarada conseguiu a droga já em 55. Não estava ainda no comércio aqui. Ele era muito rico, conseguiu na Europa, para ser pioneiro, cientista. Então ele aplicou no Juqueri numa série de doentes e publicou um trabalho que aliás ele fez sujamente. Porque ele publicou como nota prévia que é um trabalho que dá um alto título, como primeiro trabalho. Mas não era nota prévia porque já estava super publicado no mundo, um ano antes. Então aquilo não era nota prévia. Mas ele publicou e apareceu como importantão, pioneiro.

Em seguida, no mesmo ano, na clínica do Pacheco e Silva no Hospital das Clínicas fizeram uso do Amplictil. Mas tanto no Juqueri, por esse camarada, que era o Spártaco, como na clínica de lá do Hospital das Clínicas, incluíram muitos doentes com tremendos erros de diagnóstico.

Inclusive um dos pacientes teve uma romaria pela psiquiatria que foi uma piada, não é? Ele começou a fazer umas falcatuas e a família ficou nervosa, ficou afobada, resolveu levá-lo para um médico psiquiatra, daí eles confundiram tudo, levaram para um psicanalista. O psicanalista começou a psicanalisar o camarada e cobrando o dinheiro necessário lá pras sessões psicanalíticas, não cobrava manso não. E o doente continuou piorando, fazendo mais besteira ainda, com erros sérios de caráter, não é?, morais, assim ... nesse campo das falcatuas, falsificações, tal. Aí então tiraram do psicanalista e contra a opinião do psicanalista internaram no Hospital das Clínicas.

Esse tomou ... tomou 2 gramas de Amplictil por dia, no estudo ... no trabalho que fizeram sobre o Amplictil. E tantos por cento ... em onze pacientes

só, vê se isso é trabalho científico. Em onze pacientes tanto por cento não tiveram melhora, era só esse que não teve nenhuma melhora. E como no Hospital das Clínicas lá da USP o doente só se interna uma vez, fica três meses, e tem alta administrativa - porque lá é hospital escola, tem que renovar prós alunos verem - o doente acabou no Juqueri e caiu na minha mão. E eu pelo estudo clínico diagnostiquei uma lesão de lobo frontal, orbitário, e pesquisando achei um meningioma nele. Então ele não tinha nem neurose de caráter, nem tinha esquizofrenia como no hospital das clínicas diagnosticaram, ele tinha um meningioma. Então foi para operação, mudou de médico, chamei a família e "Tá aqui a radiografia, 'tá tudo provado", naquele tempo ainda era na base da arteriografia que fazia, não existia tomografia.

Então esse doente era um dos que passaram por pesquisa sobre o Amplictil mas se tem um meningioma, não adianta dar clorpromazina, não é? Eram erros assim que até hoje são feitos também, de diagnóstico, não é? O psiquiatra até hoje não sabe diagnosticar ele experimenta, pra ver se o remédio dá certo. E naquele tempo também não se sabia. Então, lá no Hospital das Clínicas o trabalho do grupo do Pacheco e Silva fez besteira e no Juqueri o trabalho desse grupo do Spártaco Vizotto fez mais besteira ainda. Porque eu, sabendo que os doentes estavam com impregnação, ficava com pena deles começarem a apresentar broncopneumonia. Naquele inverno do Juqueri, mês de junho, julho, porque ali é alto, Franco da Rocha é mais alto que São Paulo. Os doentes de lá sem cobertor. Então eu não queria ver doente abobalhado no inverno no meu dia de plantão. Então eu dava em larga escala coramina pros doentes, como analéptico, melhorava a circulação, melhorava a respiração. E isso então esquentava o corpo do doente, tirava a hipotermia e o doente se mexia, passava a noite meio agitado porque eu dava de três em três horas por

exemplo e passava a noite assim meio agitado, mas agitado ele não dormia e não morria de pneumonia.

Mas eu não sabia que a coramina é antídoto da clorpromazina, como a cafeína é. Então eu cortava ... o Spártaco dava o Amplictil de dia e eu cortava à noite. Porque eu dava muito plantão seguido no Juqueri porque eu gostava de ficar lá. Eu ficava ... eu quase morava no Juqueri pra aprender, não é? Então eu ... cortava de noite. E ele publicou o trabalho assim mesmo, tudo mentira. Era a ciência do Juqueri, tudo mentira. Com os efeitos ... ele dava de manhã, eu cortava à noite com a coramina, era o antídoto, cortava a impregnação ... mentira. Que mais que eu vi lá? Era isso aí.

O hospital, realmente com a introdução dos neuroléticos, descongestionou inegavelmente. O doente passou a ter muito menor prazo de permanência no hospital. E eu não atribuo tanto ao neuroléptico, mas graças ao fato de que deixaram de usar os métodos antigos, o doente talvez tivesse o mesmo tempo de permanência com o neuroléptico que teria sem medicação nenhuma. Porque há muitos doentes que têm a doença só episódica, na maioria das vezes estados crepusculares que parece esquizofrenia que é taxado de esquizofrenia e começavam com convulsoterapia e cronificavam.

Não dando mais esses tratamentos destruidores, lesivos, se não der nenhum tratamento o doente sai do episódio, basta evitar que ele seja danoso, agressivo, etc., recolher um pouco ele.

E dando esses neurolépticos, talvez até em pequena dose só para um tratamento sintomático, à espera de sair do episódio, talvez encurte o episódio e se o neuroléptico for bem escolhido, e eu creio que também não dá efeito lesional pelo curto uso, curto prazo do uso, se não houver megadose. Então o tempo de permanência do doente melhorou, diminuiu, o congestionamento do

hospital deixou de existir e a rotatividade dos leitos então foi maior. E o doente a gente consegue, quando faz um tratamento criterioso, que ele fique com as suas potencialidades mais conservadas. A agressividade durante o tempo em que está internado está domada, não é?, a agitação nos hospitais praticamente terminou e então foi um grande progresso realmente mas tem que considerar, o uso tem que ser criterioso. Não é um uso punitivo também, eu vou dar tanto de tal remédio e só vou ver o doente daqui a uns ... assim não funciona.

O neuroléptico também é danoso e dá lesões no restante do organismo, oxalá não dê também no encéfalo, porque a gente vê fenômenos como a discinesia tardia, por exemplo que só aparecem à custa do uso prolongado de neurolépticos, né? Então ele também é lesivo com uso prolongado e com uso exagerado. Então tem que ter um uso criterioso desses medicamentos. Mas assim considerado foi um grande achado, um grande progresso. A psiquiatria agora pode se considerar na era científica, não é? Não ficou mais aquele tratamento em que ... eu dou eletrochoque porque não sei o que fazer com o doente.

O eletrochoque foi aprendido num matadouro de porcos, sabe a história do eletrochoque? É, como a clorpromazina é derivada de um inseticida, não é? A psiquiatria tem dessas piadas, a clorpromazina é um derivado de um inseticida e o eletrochoque foi visto num matadouro de porcos. Eles foram ver um matadouro de porcos por terem sabido, o Cerletti tinha sabido lá que acontecia qualquer coisa no porco, ele foi espiar. E no matadouro eles tinham o hábito de dar um eletrochoque no porco e dar a facada para matar e naquela convulsão que o porco dava enquanto estava morrendo e convulsionando ao mesmo tempo por efeito de uma carga elétrica tinha uma crise convulsiva, ele

foi aprender a voltagem e foi calcular que voltagem daria uma crise convulsiva no homem também.

Porque naquele tempo era crença de que a epilepsia era uma doença contrária à esquizofrenia então se eu conseguir transformar esse doente numa epilepsia, num epilético, eu curo a esquizofrenia dele. Ou melhor, não era propriamente a doença, continua epilepsia, mas epilepsia era o nome da crise convulsiva. Então eles consideravam o contrário e isto porque certos quadros de estados crepusculares episódicos que têm certos doentes são multiformes e muitas vezes parecem com a esquizofrenia. Tem a crise convulsiva, volta ao estado da razão, então eles falaram: é o contrário da esquizofrenia, ele está doente porque não teve crise, assim que ele tiver ... então o estado psíquico é uma crise ... um substitutivo da crise motora, é uma crise psíquica, não é? Então eles resolveram dar ... uma crise artificial, com cardiazol, com insulina, com eletrochoque, com outras, terebentina não, como é que chama aquilo ... Ah, que foi antes da insulino-terapia teve um outro que foi usado também. Ah, esqueci o nome ... foi muito usado.

A reserpina veio um pouco depois do Amplictil. O Amplictil foi o pioneiro. A reserpina deu erros porque ela tem efeitos secundários inclusive de levar a uma depressão que leva ao suicídio, não é? Então quando um indivíduo pega um deprimido e começa a dar reserpina, descobriram o síndrome reserpínico depois, leva o doente com reserpina, aí que ele se mata mesmo. Então ela passou pro desuso na psiquiatria por isso. Mas ela tem efeito de ataraxia.

Eu fui para a patologia em 61, eu já tinha usado as novas drogas. Mas como no Juqueri passavam-se meses sem medicação na farmácia eu não podia dar remédio pro doente, então eu abandonei a psiquiatria, essa psiquiatria eu

não posso fazer, envolvendo meu nome aí. Então fui para a patologia por isso, inclusive para ter uma nova visão também, que eu queria mesmo eu queria ter uma nova visão e a patologia me daria, não é? E no fim eu gostei tanto, fiquei 15 anos lá. Fazia concomitantemente, mas oficialmente eu era funcionário da patologia, mas como eu ia pro Juqueri e ficava o dia inteiro, então à tarde eu fazia psiquiatria, mas sem obrigação. Ficava só para não perder a prática.

No Museu do Juqueri existem coisas que impressionam muito, por exemplo: uma peça de metal engolida por um paciente, mas na realidade são duas farpas, mas aquilo foi coincidência, não é? ele engoliu e fez aquilo, dentro do estômago as farpas se cruzaram, tem no ceco também e tem no intestino delgado também a mesma coisa em outro doente.

Mas nesse caso da patologia específica do doente mental, a patologia diferente, tem uma peça mais impressionante lá, que foi de um doente meu. Tem montado num vidro fechado em cera breu um quilo e 40 gramas de mola de cama que um doente engoliu durante uma noite, chamava Joaquim esse doente, era meu. Ele foi operado no dia em que ele engoliu porque eu descobri. Eu brinquei com ele no pátio e notei que ele estava estranho, brinquei de dar um tapa assim na barriga dele, ele recuou, passei na radioscopia e descobri que tinha metal lá. Ele foi operado na própria 4a feira, que tinha um grande cirurgião de plantão que era o Euler Sandeville.

Então nós tínhamos uma equipe de cirurgia lá e eu fazia parte dessa equipe de cirurgia, o Sandeville era o operador, tinha um outro cirurgião auxiliar, eu instrumentava e ajudava a fechar a parede, fazia assim outros serviços, não é?, ou as vezes o outro não ia e eu ajudava na operação. Então esse dia o Sandeville falou: vai pra faca já e nós operamos. Ele não tirou o

estômago. Ele abriu tirou as molas e fechou o estômago de novo. Ele era um artista.

E o doente continuou vivo lá, depois um dia eu desconfiei dele, mandei ele passar na radioscopia outra vez e no ceco já tinha um monte de ferrinho e prego que ele engoliu, mas já estava no ceco, então eu ia tomar providência quando esse diretor aí, esse tal da ... esse tal que fez as três unidades que eu estava falando que era uma besta, removeu o doente pra uma colônia, tirou de mim. Assim, eu cheguei de uma noite pro dia, o doente já não era mais meu e eu não sabia pra onde foi transferido. Não sei se ficou vivo. Chamava Joaquim Moraes.

Com relação ao entrosamento dos pacientes entre si, na vida interna do hospital, o contato que eles tinham, a comunicação que eles tinham as mais das vezes era briga, era agressividade. Existiam quadros engraçados por causa da agitação em que eles viviam. Na Casa de Saúde Bierrembach de Castro tinha um doente que ficava o dia inteiro sem parar falando no telefone com a mãe dele, então ele ficava "mãe, porque aqui ... pois é ... o fulano passou ali ..." e não sei que, falando sem parar. Um dia ele cansou tanto um doente novo que estava lá meio agressivo que ele deu uma bolachada na cara dele e jogou o doente sentado, ele caiu meio tonto assim, não é?, levantou de novo e falou "alô, mãe, interrompeu a ligação" e continuou a falar de novo.

Então a comunicação era agressividade, não é? E as mais das vezes quando o doente não era agressivo, era apagado ou por lesão cerebral difusa conseqüente às convulsoterapias ou por lesão de leucotomia ou por cronificação e desenlace assim, desfecho, digo, mau desfecho evolutivo dos quadros como a esquizofrenia, etc., ficava demenciado. Então o doente não se comunicava, muito poucas vezes. Certos quadros de doentes se comunicavam,

não havia grande afinidade. Depois do advento desses psicotrópicos eles começaram a relacionar-se a ponto de fazerem hoje uma espécie de conluio interno no hospital, não é? Eles têm a sua filosofia hospitalar, até seu código de ética.

Quando eles permanecem longamente no hospital eles têm até o seu código de ética e nesse caso nós os médicos, e até, funcionários ficamos um pouco por fora do código deles, eles ficam lá com seus códigos morais lá por conta deles. Isso não existia antes dos neurolépticos, não existia não. A gente olhava isso numa minoria de doentes: epiléticos lúcidos, só convulsivos; doentes que acabavam nesses hospitais de crônicos mas que eram doentes só de neurologia, como moléstia de Friedenreich, de Wilson, antes de demenciar esses de Wilson eram lúcidos; alcoólatras que eram sempre lúcidos e manobravam as unidades e os demais eram apagados, não se comunicavam, não tinham comunicação não.

Então o relacionamento interno permitiu essa demagogia ... que chamam aí de comunidade terapêutica, que é mentirinha porque é uma comunidade intra-hospitalar, ela é válida se não for com espírito comercial. Mas ela é válida em ritmo de terapia ocupacional e de grupos ... operativos inclusive, mas não com essa falsa democracia que o doente vai dizer o que que ele quer fazer no hospital porque o doente não sabe nada do hospital, não tem valores.

O hospital é uma instituição transplantada por antecipação e o doente não sabe nem usar. O doente é um público do hospital que está mais ou menos alienado, inclusive do choque cultural, não é só da cultura. Não tem nem capacidade de choque cultural. Então essas comunidades são falsas, é mentira. A comunidade terapêutica tem que ser a comunidade mesma, ela mesma, com a

sectorização das cidades. É o que eu quero fazer em X, fica X e Y a minha comunidade, eu não cuido do resto. Isso é comunidade.

Com relação aos critérios de internação ... toda vez que se internava em qualquer hospital antigamente e ainda hoje em 60%, bem hoje eu não digo 60%, mas há uma modificação. Antigamente era considerado doente um elemento inconveniente pra família, pelo seu comportamento inadequado e também pela vergonha que a família tinha de exibir uma pessoa estigmatizada pela sociedade. Porque antigamente era exigido no relacionamento social um certo aprimoramento da família toda. Então, por exemplo, se na minha família tem um doente mental, eu era em geral rejeitado para me casar, se na minha família tinha um leproso, eu era rejeitado, "não, aquilo é família de leproso, aquilo é família de doente mental, degenerado". Era esse o critério para o aperfeiçoamento da raça, pra seleção natural.

Hoje ninguém liga pra nada. Então o que vale hoje é casar porque gosta e o resto, Deus que ajude. Mas antigamente, cada um assumia a responsabilidade de se casar com pessoa de família, quer dizer, bem entendido, que não tivesse erro. Onde houver erro, não mistura não, é a seleção natural. Então onde tinha um doente mental, a família tendia a esconder esse doente, ficava horrorizada com isso, tendia a segregar e, se possível, ninguém ver nem falar, se ninguém descobrisse, ninguém falava mesmo.

Hoje o número de internações, de tendência para internar, eu tenho a impressão de que é a mesma, mas não é tanto por esse motivo porque hoje ninguém tem tempo para ter mais esses conceitos. Os valores estão mudados. Mas hoje é por questão financeira, econômica. Então eles querem empurrar o doente para o hospital pra não sustentar o doente, porque é um braço inútil. Então a busca do hospital ainda por parte da família brasileira, ainda é muito

grande da mesma forma. Não vai diminuir tão cedo, enquanto não houver um bem estar social assim não vai diminuir não. Ninguém tem dinheiro para sustentar o seu doente, comprar remédio para ele e aceitar os desperdícios que ele faz, quebração de objetos, etc.

Quanto às discriminações ... a Liga Brasileira de Higiene Mental foi acusada de nazista. No entanto, eu não acompanhei o movimento da Liga, eu peguei na época, mas eu não acompanhei o movimento e nem a briga. Eu sei que naquela época um deles era o Leme Lopes, que era da diretoria. Ele ficou onça de receber interrogatório sobre a Higiene Mental do Rio por causa disso. No último congresso que houve aqui em X um camarada no plenário o acusou, de certa forma, acusou a Liga e ele teve uma reação muito violenta mesmo na mesa, negando que havia espírito assim racista, de eugenia, não é? Ele negava, ele ficou violento na mesa.

Até aqui em X foi fundada a Liga de Higiene Mental, não sei se existe, não sei se apagou. Ela foi fundada, mas não foi operante, não funcionou, ninguém entendeu nem o que era Higiene Mental. Apenas copiaram dos Estados Unidos que é um país de bestas; os americanos se associam para qualquer coisa. Nem sabem pra que.

Há clubes lá nos Estados Unidos que é uma espécie de "clube do chora no ombro", né? O freguês está nervoso, brigou com a sogra, então ele vai para o clube e senta num sofá e fica quieto num canto, emburrado. Então chega um outro, já sabe que aquele está com problema: "que que há meu irmão?" e ele começa a: "pois é, a minha sogra ..." é só pra desabafar. Então aquele camarada desabafa para se sentir melhor. E fala lá improvisadamente os conselhos, né?, "liga não, a sogra ... vai reconhecer..." e ... desabafou. No dia seguinte esse aqui briga com o sogro e vai pro clube e quem vai dar conselho pra ele é

aquele mesmo, que recebeu na véspera, não é? Vale só o desabafo, até pra isso tem clube com sede com tudo, é uma besteirada. Tem um nome esse clube, esqueci o nome dele. Então isso que chamavam de Higiene Mental já existia há muito tempo.

Mas depois que saiu o livro do Cleeford Bears, aquele "O espírito que se achou a si mesmo", é um ex-internado de um sanatório que fugiu pela janela e escreveu um livro: Cleeford Bears. O livro eu tenho inclusive, nem tenho, eu li, não tenho não, eu li no Rio de Janeiro. O livro é um monte de besteira. É uma denúncia sobre a instituição hospitalar da época, que todo mundo denuncia. Eu tenho cadernos e mais cadernos de internados do Juqueri fazendo a mesma coisa. Mas um gaiato publicou o livro do louco, do tal freguês. Uma espécie de antecipação de "Um estranho no ninho".

A mesma coisa que fez o repórter Audálio Dantas com o livro da Carolina Maria de Jesus que escreveu "Quarto de despejo" - aquela favelada que publicou um livro que foi traduzido em 25 línguas. E aquilo é tudo falso, eu li o original, eu conheci a Carolina pessoalmente. Aquilo é mão do gato, não é? Então a Carolina ... nem chamava "Quarto de Despejo" o livro, parece que chamava "Dr. Silvio", um negócio assim. Eu li esses originais todos. A Carolina ... todos os livros que ela escreveu, escreveu durante 6 meses, nunca escreveu nada depois, nem antes. Porque ela teve um surto de mania, então ficou com graforréia, escrevia, escrevia, escrevia. E esse camarada então, esse repórter, querendo se celebrar publicou o livro dela, deu uma mão de gato. E ela mesma denunciou que ele modificou o livro, saiu no jornal até. E eu tenho um livro dela "Quarto de Despejo", com dedicatória e contando que não foi aquilo que ela escreveu, com a letra dela, tá lá na biblioteca. Aquilo eu guardo como num sacrário porque é um depoimento de uma escritora universalmente

conhecida. Ela escreveu aquilo porque ela teve um surto maniaco. Ela estava psicótica quando escreveu.

Aconteceu antes com o Clifford Beers, um gaiato lá pegou o livro do homem e publicou. Impressionou como bestseller àquela boiada norte americana e eles resolveram fazer ligas anti-institucionais, quer dizer, anti-hospitalares, pra mudar o sistema de internação dos hospitais psiquiátricos, nada mais. E deram o nome de Liga de Higiene Mental. Não tinha nada a ver com higiene mental isso. Mas ficou batizado, de modo que a higiene mental com o tempo foi mudando para ganhar o conceito de higiene que já existia desde o R. e de outros, não é?, antigos. Já existia, inclusive os princípios eugênicos já existiam há muitos anos. Então isso aí do Cleeford Bears não tinha nada com higiene mental, mas nasceram as ligas por causa do Cleeford Bears. Isso é inegável, antes não existiam ligas.

E a nossa do Rio, eu não posso agora ter certeza, agora a memória minha não ajuda. Se não me engano a primeira nasceu em 1923, uma coisa assim, nos Estados Unidos, quer dizer, quando eu tinha um ano de idade. Eu não tenho certeza. E a nossa do Rio nasceu bem mais tarde e o Leme Lopes participou. Ele era mais novo, não é?, com aquele entusiasmo de jovem. Mas aí no Brasil já nasceu com espírito higienista mesmo, mas ainda não higienista típico, era mais num sentido preventivo genético, da medicina constitucionalista que era predominante na época, não é? "quem é bom já nasce feito" aquela base, não é? Fator endógeno predominante, os constitucionalistas da medicina.

E a Higiene Mental, dizem que ela foi radical, assim, eu não sei se é verdade, não acompanhei o movimento da política da Liga, mas ela ditou leis no Rio de Janeiro. Ela ficou célebre porque o Rio era a corte, a capital da república, então influia no governo, na política de Saúde Mental do governo.

Mas no fim de tudo o hospital era o mesmo, não é? e o Juliano Moreira eu acho que nem tomou conhecimento disso e fez a psiquiatria dele, mais antropologista ele era, daquela escola baiana do Arthur Ramos, Nina Rodrigues. Ele é descendente dessa gente. O Arthur Ramos, o Nina Rodrigues, essa gente aí é que eram os antropologistas, que deram novo sentido à psiquiatria, que está meio apagado, mas que é um sentido lindo, muito mais bonito do que o do Franco da Rocha, na minha opinião, muito superior, muito mais elevado.

Quanto às indústrias farmacêuticas que exploram o mercado, assim meio inescrupulosamente, não só as multinacionais, como também essas que fazem aí nos porões daqui do Brasil mesmo que são piores ainda. Porque eles põem uma dose horrorosa de remédio lá, enganando na dosagem, não é? Mas a filosofia é essa: fique rico, o mais depressa que puderes, não é?, honestamente se puderes, mas fique rico. Se não puder honestamente, vai de qualquer jeito.

Então realmente na sociedade de consumo só existe trapaça mesmo. Tudo é fictício. Tudo é mentirinha. Você vai comprar um apartamento é luxuosíssimo, lindo o apartamento, você vai ver está tudo arrebitado, o sistema hidráulico está embolorado. Ninguém diz: você pode comprar esse apartamento e faz tal uso dele, não é o melhor do mundo, é inferior, mas é o que o seu dinheiro pode comprar. Ninguém fala assim. É tudo maravilhoso, aquele que você esperava, assim dos seus sonhos. Então o consumidor motivado com planos, mil planos psicológicos para consumir e até para destruir.

Então não só existe desonestidade na aplicação das drogas sem a devida aferição, porque eles querem obter os investimentos, o dinheiro do investimento rapidamente, como há também desonestidade em apregoar a

necessidade das megadoses. A megadose é para aumentar o consumo. Você vê um remédio como esse Neuleptil. Ele é ensinado precocemente, assim, afobadamente, como um anabolizante da córtex cerebral. Você já vê que isso é uma besteira muito refinada porque eu não posso avisar o remédio que vá ser anabolizante só da córtex, se ele for anabolizante ele tem que ser do organismo todo. Se não, tem que avisar pro remédio: "vai só na córtex".

Na verdade o que possivelmente ocorra é que o Neuleptil seja um estimulante da vida vegetativa, hipotalâmico. E necessariamente, ele agindo no hipotálamo universalmente ele também atinge os núcleos da agressividade, paralaterais. Então você dá na dose apregoada de 3 cápsulas por dia, o doente acaba dando dentadas nos outros, nos familiares, como eu fui atender uma velha de 70 anos que arrancou um pedaço da cara da filha. O ... Amplictil, esse ... Neuleptil ... como é esse que eu falei aí? Nootropil. Eu falei Nootropil? Não, não é Neuleptil. É Nootropil. O Nootropil é um medicamento que eu receito um por semana, quando muito, dois. Por ser estimulante hipotalâmico na minha experiência clínica. Mas eles mandam dar 3 ao dia. E a turma receita três ao dia porque a bula mandou.

O representante de laboratório mandou, então tem que consumir. E o que acontece com o doente pouco interessa, interessa é que já gastou. Até um médico, que hoje não observa mais doente, descobrir que é o medicamento que está dando aquela agressividade, aí já morreu Neves. Porque ele vê que o doente está agressivo ele atribui a um outro fator, então além do Nootropil, ele receita um outro medicamento para cortar a agressividade e aí consome dois; quando bastava tirar o Nootropil que parava a agressividade. Entendeu como é a jogada? Informa mal aos médicos que são os veículos do consumo. Informa mal os médicos e estimula o doente a exigir receita. Se você não receitar pra

um doente você perde o crédito. Ele tem que ganhar aquela gratificação: uma receita. Então ele tem que tomar um remédio forte em dose grande para dizer que a doença dele é muito grande. A coisa tá assim hoje. Há má fé sim.

Realmente dificilmente a gente pega uma indústria honesta, em atuação no Brasil, dificilmente. Aliás, o X também denuncia muito isso. Ele acompanha mais de perto do que eu. Eu acompanho assim, com um certo espírito crítico, eu ... Por exemplo: Tegretol. Foi anunciado para substituir o Gardenal como anticonvulsivante. Aí começou a cair de uso, porque ele pra ser equipotente ao Gardenal precisa dar cinco para cada comprimido do Gardenal, então não funciona. Então ele ia cair de uso, ninguém mais queria usar o Tegretol. Em 1958 eu cismeiei que o Tegretol podia ter ações no mal menor da epilepsia e ação em algumas coisas de neurologia, enxaqueca, por exemplo, e comecei a usar. Eu dei ele num caso de nevralgia de trigêmio de uma velha de 80 anos e curou. Então escrevi pro laboratório e falei "não tira da praça, porque o Tegretol como anticonvulsivante é uma besteira para sua indústria, mas é um grande remédio em neurologia". Eu escrevi pra ... em 58.

Eu era assim meio atrevido, tinha vontade de me comunicar. Mas ninguém deu bola pra isso, nem a propaganda do laboratório foi feita nesse sentido. Continuou meio apagadinho. E de uns dez anos pra cá é que o Tegretol é a grande vedete da neurologia, é a grande vedete, foi descoberto mesmo. Mas naquele tempo tinha que usar o Tegretol porque tinha que ser melhor que o Gardenal. E consuma porque você dando 5 Tegretol em vez de um Gardenal você tem o doente muito melhor.

Mas eu descobri por acaso que era bom o uso do Tegretol no mal menor. Porque eu tive uma doente que eu dei o Tegretol por falta de outro, não me lembro porque foi, por acaso. E a doente disse pra mim: "doutor, aquele

remédio que o senhor me deu, me limpou a cabeça, pela primeira vez eu estou acordada mesmo". Aí, eu que acordei. Uma doente que me contou isso. Por causa de conversar com o doente. Com essa doente é que eu aprendi o uso do Tegretol. Então comecei a dar pra tudo que era assim, mais manso, que não era convulsivo: mal menor, coisas de neurologia, dores, etc., comecei a dar, e funcionou.

Mas na verdade era para dar doses cavalares do Tegretol para os pilépticos. Era para tirar todo o resto de medicação, Epelin, tudo isso e dar só o Tegretol. Era isso que eles queriam. Consumir bastante: cinco comprimidos em vez de um Gardenal é uma beleza, mas não funcionava. Não adiantou nada. Existe essa má fé sim. É comércio, comércio é assim: quem puder mais chora menos...

ENTREVISTA III

Eu me formei em '43. Na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro e eu sempre fiz psiquiatria.

Antes, olha, usavam duas injeções que ... Hyoscyamus ... eu não lembro mais o nome, que sedavam o doente por intoxicação. Os psiquiatras intoxicavam os doentes. Eu hoje não recordo mais, porque desapareceu. Eu não recordo porque como eu uso hoje homeopatia e na homeopatia existe um remédio parecido com aquele, o da homeopatia é Hyoscyamus niger e o outro era também assim, soava igual, mas enfim era um remédio um sedativo, mas bastante tóxico, muito tóxico mesmo, o sujeito caía, intoxicado. Era essa a filosofia. Então quer dizer sedava-se o doente, só isso. Os barbitúricos e esses tranqüilizantes, mas não tinha esse nome não. Tinha o nome de sedativo mesmo. Mas eram fortes e violentos.

E a outra terapia, era provocar febre no doente, então chamava-se piretoterapia. Então fazia-se pela malária, seria malarioterapia. Pelo leite, dava uma injeção de leite, provocava uma febre terrível no doente, no músculo, o fito era para provocar abcesso e febre. Quer dizer, era uma terapia um pouco assim punitiva. Nos doentes agitados. Não era com o fito de punir, era de agarrar o doente, acalmar o doente, mas como não tinha outro recurso ... era pra acalmar. A esquizofrenia não tinha tratamento nenhum. Era quando o doente esquizofrênico estava agitado, aí, procurava-se acalmar.

E houve um tempo também que se tratava muito provocando abcesso. Não sei se você ouviu falar nisso. Abcesso de fixação mesmo. Era como ... deixa eu ver se eu lembro ... parece que era com enxofre ... enxofre e mais alguma coisa. Provocava uma febre terrível e às vezes formava o abcesso. Eu

agora não me lembro mais, faz tantos anos que eu já não me recordo mais. No Juqueri tratava-se muito por febre e por abcesso.

Demasiada carga medicamentosa, você deve ter se assustado não sei se ... quer dizer então ... uso demais. Inclusive foi isso que me impressionou ainda em Juqueri, por exemplo fazia insulino-terapia, foi a época que veio ... a insulino-terapia e o eletrochoque. Estes vieram antes do neuroléptico. Faziam com doses tão altas para provocar o choque, que alguns doentes morriam de coma. Entravam em coma e não se conseguia tirar.

Então eu uma vez me perguntei, era um médico novo e impressionado, quer dizer ... eu já tinha tendência para a homeopatia naquele tempo. Então eu, preocupado com aquela história, fiz uma pergunta lá pros meus chefes: "Escuta, o que é que provoca o choque insulínico? É a sensibilização da insulina no sangue ou é a irritação?" "Não, é a sensibilização." Eu digo: "Mas por que que a gente não começa mais baixo que é capaz de sensibilizar?" Imagina que se começava com 80 a 100 unidades, já começava alta. Então ele entrava (em coma) com 600, 800 unidades e às vezes quando entrava em coma não se conseguia tirar. Ah, ih! me deram um banho ... "Você é menino, está saindo da escola" ... me chacoalharam, me arrasaram.

Mas eu fiquei impressionado e comecei depois a fazer, digo: "Puxa vida, como é menos, não vai fazer mal, o que pode acontecer é não provocar reação, não é?" Então comecei a fazer no Juqueri por minha conta. Ao invés de começar com 80, comecei com 8. Fazia a mesma escala, só que com um zero a menos: 8, 12, e depois ia subindo. E pra surpresa minha, com 60 unidades dava a mesma reação que dava com 600. Mas ninguém me quis ouvir, não: "Isso é besteira, você está perdendo tempo".

Então quando apareceram as terapias biológicas ... o primeiro método foi cardiazol, depois insulina, insulino-terapia, o choque insulínico, que eu até lhe falei, não é?, que dava-se dose alta. Depois eu ... eu bolei lá no Juqueri dar as doses mínimas, fazia o mesmo efeito, mas não me deram ouvidos porque eu era muito jovem e tal ... E mais tarde eu vi num congresso internacional um psiquiatra dinamarquês apresentar um trabalho, que foi muito louvado, do choque insulínico em dose mínima.

Então foi o cardiazol, depois é que veio o eletrochoque para substituir o cardiazol. O cardiazol ... você nem chegou a ver isso, não é? cardiazol-terapia? Coisa violentíssima! Coisa terrível. E às vezes não dava a crise, aí o doente ficava num mal estar terrível, numa ansiedade horrorosa. Porque era uma injeção na veia. Injetava ... bom, aí apareceu o ... cardiazol, a insulina ... ficou muito tempo, usou-se muito isso.

Lá em Juqueri teve um psiquiatra antigo, Alberto Seabra, que é nome de um laboratório, ele foi o primeiro psiquiatra a introduzir a homeopatia lá no Juqueri. Mas era empírica, não é?, não tinha ... estudo ... mas usava. Talvez com o fito de evitar intoxicar o doente, não é? Um outro também usou no Bela Vista.

Infelizmente se tratavam pacientes neuróticos, mais no hospital por desconhecerem. Não se conhecia o diagnóstico de neurose. Você sabia dessa, hem? Eu, quando fiz o meu curso, não existia diagnóstico de neurose, aí encaixava como neurastenia, psicastenia e muito personalidade psicopática (pp) era encaixado. Até dizia-se, naquela altura, que todos os quadros difíceis de diagnóstico ficava encaixado como psicopata. Quando "neurose" apareceu eu já era médico, aqui em Juqueri. Eu fiz o curso no Rio, naquele tempo não tinha o diagnóstico de neurose, quer dizer, não estava bem definido, bem

estudado, existia, é claro que existia mas, aí entrava como neurastenia, psicastenia, muita depressão ... neurótica, quer dizer ... histeria havia também, era um ... neurótico.

E os tratamentos , como eu disse a você, eram fortes, o doente ficava até amarrado, porque não se tinha os recursos de hoje, amarrado mesmo. Quando eles se agitavam, amarrava. Se agitava e ficava agressivo, uma crise passageira violenta, eles ... não, não se sabia como era, não? O tratamento básico da psiquiatria inicial era em defesa da sociedade. O doente era secundário, então se precisava amarrar, amarravam mesmo.

A psiquiatria atravessou fases. Uma fase organicista, então achavam que toda doença tem que ser orgânica, baseada na paralisia geral e ... e na pelagra. Depois verificou-se que não, que a maior parte não tinha nenhum problema orgânico. Aí entrou numa outra fase, já na fase psicológica, tudo era psicológico, também foi errado. Os dois extremos, nem era só organicista nem ... E em torno dessas idéias criaram-se várias escolas. A escola de Kleist, aí depois Freud, aí entrou a linha psicanalítica que também falhou. Errou porque considerava tudo problema psicológico. E mais ainda, trauma sexual, também errado. E a evolução é que foi colocar as coisas nos eixos. Quer dizer, tem quadros que são realmente de origem psicológica, outros quadros orgânicos, são poucos. Há muitos quadros endógenos, que a pessoa já nasce com aquela carga. Eu dou muita importância ao fator genético.

E depois, ultimamente, veio a chamada psiquiatria social, política, que quer considerar que problema de doença mental e de crime é produto da sociedade, é a repressão da sociedade. Então uns chegavam a dizer, eu assisti isso tomando parte em debates, uns psiquiatras de formação política, não científica, asseguraram, tinha um que disse: "Olha, pra mim doença mental não

existe, é um problema de pressão do capitalismo sobre as pessoas." Quer dizer, é um absurdo ... mas falou! Eu digo: "Meu filho, mas se fosse assim, então, nos países comunistas não existia doença mental e por que existe, então?" Aí ele se enrolou todo. É conversa mole! É uma soma de fatores. No meu ponto de vista é uma soma de fatores. Fator social pesa na balança mas em cima de um terreno, o terreno é tudo. O diabético, ele nasce com uma pré-disposição para a diabetes, pode nem ter a diabetes, mas ele tem já aquela pré-disposição. A mesma coisa um doente mental, pode até nem desenvolver uma doença mental, se não houver pressões externas.

Quando surgiram os neuroléticos e o primeiro foi a reserpina, eu já estava em Juqueri. É ... da década de '50. E o Amplictil também já se usava. Aí o próprio laboratório me informou, o nome era Largactil naquele tempo. E apareceram literaturas, reuniões, nós fizemos reuniões no Juqueri, na Associação Paulista de Medicina, que foi uma esperança enorme no mundo todo. O Largactil veio da França. E chegava-se a pensar que ia resolver todos os problemas da doença mental.

Exatamente naquela época, quando apareceram, sobretudo o amplictil, foi uma esperança no mundo todo, que as doenças mentais iam quase desaparecer, os hospitais iriam esvaziar e tal. Com o Amplictil, foi só o Amplictil que apareceu.

Primeiro foi a reserpina, depois foi o Amplictil, Largactil naquele tempo. E, mas foi realmente uma esperança grande... Não (para os) médicos, mas a opinião pública, os leigos, os deputados ... não me lembro, não sei qual foi o deputado que chegou na câmara a dizer que breve os hospitais como o Juqueri iriam desaparecer. Tal era a esperança. E as famílias também, porque se fazia

alguma coisa e realmente melhorava muito o doente. Doentes ... é ... delirantes e tal.

As famílias é que tinham mais ... entusiasmo. As famílias dos doentes, que já tinham os seus doentes; mas as outras não tomavam conhecimento, como ainda hoje muita gente quando não tem problema nessa área não liga muito. Mas aquelas famílias que estavam ligadas ao problema, essas tinham esperança grande, entusiasmo. E depois o fato do doente já poder ficar um tempo em casa, socializado, não curado, contribuía para o entusiasmo.

Como a imprensa deu uma propaganda grande, foi que nem a penicilina, quando ... ia curar tudo e tal ... E então as famílias esperavam que ia curar todo mundo, aliás sempre as famílias vivem atrás de uma esperança, ainda mais de esquizofrênicos, etc. Os neuroléticos vieram com uma esperança nova ... que ia curar tudo, etc e tal. Ah, usado a granel. Aí neurótico ... todo mundo tomava, era tudo ... mesmo porque não se tinha ... o diagnóstico, não era bem feito. Hoje não.

Depois dos neuroléticos, já aí na década de ... de que? ... de '50, '60 e tal, aí apareceram ... o novo método através do Haldol, da impregnação. Que também era um tratamento violento, feito até ... em toda a década de '60, fazia-se muito a impregnação e ainda hospitais fazem por aí. É um método que intoxica o paciente e provoca uma síndrome de Parkinson.

Aumentou a clientela e não somente com o remédio: com a melhor compreensão dos quadros nosográficos. Aí diferenciou-se bem neurose, diferenciou-se a depressão neurótica da depressão endógena. A depressão endógena é aquela que recai, que põe o doente em risco de vida, de se suicidar. Então esse interna. Mas a depressão neurótica, reativa, ela quase não precisa internar. Quer dizer ... ah, mudou completamente, não só a vinda dos

neuroléticos, como também a melhor compreensão dos quadros. Sempre existiram hospitais particulares em pequeno número. Realmente teve uma influência porque antigamente eram só hospitais públicos, do governo porque não se tinha o que fazer, era isolar o doente, amarrar, etc e tal. Realmente deu uma margem sim, deu uma margem sim, porque, aí, os hospitais tinham o que fazer, tratavam, ele ia embora pra casa, etc. e tal.

Mas o que fez aumentar muito os hospitais particulares no meu ponto de vista foi uma ocasião, não me lembro em que ano isso aí, em que o governo, assustado com os macro hospitais, no país eram assim: Juqueri, Barbacena em Belo Horizonte, Tamarineira no Recife. Mas não tinha realmente um número grande de hospitais privados, era bem pouco. Houve também um progresso porque houve uma época em que se fazia o tratamento à base de cargas pesadas de remédio, quer dizer, doses elevadas e tal, depois apareceram os neuroléticos à base do depot, um por semana, um por mês e tal. Quer dizer, isso já foi uma evolução também, porque já não maltrata tanto o paciente.

Com esta evolução, não é que se tenha resolvido o problema do doente mental grave, percebeu? Quer dizer, continua a existir a doença mental grave, o esquizofrênico continua a ser tratado e ele continua a ser esquizofrênico, ainda não conseguimos uma cura completa para a esquizofrenia, a verdadeira. Porque acontece, eu costumo dizer o seguinte, quando a gente cura um doente esquizofrênico é porque errou no diagnóstico, não era um esquizofrênico. Ou poderia ser até um síndrome esquizofrênico, com sintoma de esquizofrenia, sem ser esquizofrenia. Mas a esquizofrenia processual até hoje não se consegue curar, o que se consegue é socializar o doente. Um tempo ele passa bem, vai em casa, tal, mas a doença segue.

É essa a história ... bom, então, ... houve uma evolução digamos nos neuroléticos sobretudo os laboratórios é ... preocupados em maltratar menos o doente, menos tomadas de remédio, menos intoxicação, mas ... isso representa, a meu ver, evolução. É essa história. Mas não é que dizer ... todos nós buscamos a cura da doença mental, mas não se consegue curar doença mental grave como a esquizofrenia. No começo se achou que podia ser a cura total. Ah! mas aí foi um entusiasmo um pouco emocional, uma esperança mais leiga do que médica. Em linhas gerais é isso aí.

Ah! até então não se sabia como era que se processava bem a coisa. Eu inclusive dei aula muitos anos, na aula se dava: "A esquizofrenia é uma doença endógena sem lesões anatômicas e tal", isso era clássico. Hoje provou-se que muita esquizofrenia tem lesões anatômicas, também você sabe dessa, não é? Provado, os ingleses provaram. Mas antes dos ingleses, o Maffei, conheceu o Maffei? O Maffei em '47 lá em Juqueri mostrava cérebros, compreende?, alterados. Só que como era brasileiro ninguém aceitava.

Eu ... eu apesar de hoje me considerar um psiquiatra homeopata, eu uso alopatia nos doentes quando entram, agitados, quer dizer, eu uso a alopatia como uma emergência, uma "emergência cirúrgica". Depois que acalma, então aí eu sigo a linha homeopática.

Nem toda doença mental se cura, mas se socializa, ele pode ficar em casa. Eu mesmo, eu sou um defensor da internação a curto prazo em cima do surto, da crise. Saiu do surto, volta. Entrou em surto, reinternar. Diferente do que alguns psiquiatras colocam aí, dizendo que a internação é que psicotiza o doente, que faz recaída, isso tudo é conversa mole. O indivíduo recai em consequência da doença, do tipo da doença. Como a doença é evolutiva, ele recai em casa, no hospital, onde estiver. Uma esquizofrenia processual ... ela ...

o processo vai continuar, apenas o remédio atenua, abranda e permite que ele passe um tempo em casa. Mas esta colocação da linha da antipsiquiatria que a internação piora, psicotiza, isso é conversa fiada. Bom, mas tem uma porção de jovens que acreditam nisso e sustentam isso.

É graças a essa linha da antipsiquiatria que o doente tem o direito de fazer o que quiser ... é que sai no jornal , vez por outra, essas mortandades, esses crimes absurdos. Na França, há dois anos ou três, um matou quinze pessoas numa crise de loucura, um doente solto. E eles acham que o sujeito tem direito, pode matar ... o que não se deve é obrigar o doente a se tratar, porque ele fere um direito humano do doente. Isso é uma ... um absurdo.

O direito humano existe, deve existir, mas pra quem tem o bom senso e tem, digamos, a capacidade de discernir isso aí. O doente mental, quando está perturbado, ele tem que ser tratado contra a vontade dele. Isso não ... é a mesma coisa, quantos doentes são operados contra a vontade deles? Que ele vai dizer: "Ah, eu não aceito", mas a família acha que precisa, o médico demonstrou e tal e acabou-se. Mas tem ... eu não sei se você já sabia, mas tem uma gente aí, uma turma ... que sustenta isso e discute. Que não precisa internar, a família tem que agüentar em casa. O dia que ele quiser matar todo mundo, mata, é um direito que ele tem. Isso é uma balela, é uma falsidade, quer dizer, só psicólogos ou psiquiatras radicais e que usam a psiquiatria política e ideológica, não é a psiquiatria séria, correta. A psiquiatria séria, correta como eu uso e aconselho uma posição eclética. A gente faz o que o doente precisa fazer. Não é o que eu penso. Eu, por exemplo, sou contra internação de neurótico. Eu acho que neurótico, aí sim, aí é essencial a liberdade, neurótico trata-se no consultório; mas um psicótico, em surto psicótico, não tenha dúvida alguma ...

No meu esquema é o seguinte: há necessidade de que haja maior número de atendimentos mas não de internações, porque hoje pode-se com o diagnóstico, fazer uma separação, houve um tempo em que eu, por exemplo, foi na minha gestão, que nós começamos a fazer a psiquiatria preventiva. Mas os psiquiatras, por despreparo, habituados à psiquiatria hospitalar, quanto mais se aumentava o ambulatório, mais aumentava a internação, porque eles tinham medo: empurravam para o hospital. E isso ficou muitos anos assim, até que depois criou-se uma nova mentalidade de uma psiquiatria extra-muros e hoje os psiquiatras já com nova idéia, mesmo nas faculdades, eles dão outra orientação, antes davam só psiquiatria hospitalar; e então conseguiu-se diminuir o número de doentes internados. Mas aumenta sempre o número de atendimentos, a necessidade aumenta. A vida moderna leva o homem ao stress, a conflitos e ele necessita de ter atendimentos, mas âmbito ambulatorial, não ...

Infelizmente você tem que se ser realista, os médicos não ... o serviço médico, quer dizer, serviço público não trabalha assim com aquele afinco, é exceção ... a turma faz bico. Hoje no Juqueri a maior parte trabalha um plantão por semana, aí você vê que não pode dar uma seqüência de atendimento. O Juqueri é um hospital com seis mil doentes, mais ou menos isso e os médicos vão lá, a maior parte, uma vez por semana, quer dizer cumprem o horário. Então não vão pra resolver o caso do doente, vão pra resolver o seu problema. E isso dificulta ... bom, mas ...

E os conveniados não tratam também à altura porque o INPS paga uma diária baixa, você sabe disso? O pessoal fala: "ah, o hospital psiquiátrico é um cheque em branco" e tal, é mentira. O INPS pagava 4, agora está pagando 7 a diária e quando paga é com dois, três meses de atraso, com a inflação, você vê, quer dizer então que está dando prejuízo. Resultado: muitos hospitais

privados já estão fechando. Não há hoje aquela demanda não, de leitos assim, não. E vai diminuir cada vez mais. Enquanto um leito num hospital do governo, um Juqueri, tal, está custando, digamos, 30, 40, me parece até 50 cruzados a diária, o Vila Mariana é mais caro, Água Funda é bem mais caro. O INPS faz com o convênio à base de 7, parece que agora ia aumentar para 14, mas quando paga é ... por isso que às vezes tem hospitais que fazem falcatruas e tal.

Não é, mas a tendência, eu acho, a tendência lógica é diminuir o número de leitos e aumentar o número de atendimentos. Isso é que é o ponto. Pode crer que já passou essa fase de crescer. Agora os hospitais públicos, você observou bem, aumenta e tal porque o atendimento não é o ideal, nem é o correto. Agora você pode deduzir. Eu não sei como está a Vila Mariana nem a Água Funda mas o Juqueri eu sei porque uma médica, minha assistente, trabalha no Juqueri, ela diz que ela vai uma vez por semana, todo mundo vai uma vez por semana. Não é possível. Você vê, o doente mental é um doente carente, necessita de um atendimento diário, uma palavra de apoio e esse não tem, quer dizer, cada dia um lá. Não pode. Era isso então ...

ENTREVISTA IV

Foi uma coisa até muito interessante, eu não pensava em fazer psiquiatria, eu pensava em fazer clínica e talvez até pediatria. Eu me interessava muito por criança, sempre gostei muito de crianças. E até uma coisa engraçada, eu estava estudando medicina e um dia me chegou às mãos um livro do Stefan Zweig “A Cura pelo Espírito” e foi uma descoberta pra mim. Porque naquele tempo, a Faculdade de Medicina era muito organicista, então a gente estudava no cadáver, a gente estudava nas lâminas, então era tudo ... vamos dizer ... coisas, não é? E eu estava um pouco desapontada porque eu sentia que o fator humano não estava sendo levado em consideração.

Eu tive até uma experiência, eu até escrevi um trabalhinho sobre essa pessoa: o primeiro caso clínico que eu tive foi com um garotinho que se chamava Pedrinho, e ele teve uma glomerulonefrite aguda e eu acompanhei muito o menino e inclusive ele morreu. Ele tinha uns 3, 4 anos. Aquilo foi muito chocante pra mim. E eu levava assim brinquedinhos e estorinhas pra ele e na medida que ele foi ficando pior, que eu vi que ele não se interessava pelas coisas que eu levava, aquilo me magoou muito. Foi uma experiência muito triste pra mim.

Quando ele morreu, pra mim a morte do Pedrinho foi uma coisa assim muito chocante e eu vi que ninguém ligou e que o leito ficou vazio. Eu disse “mas o Pedrinho morreu”, “Ah é, morreu”, não sei o que. Ninguém tomou conhecimento da morte do Pedrinho. E eu comecei a achar a medicina muito fria. Aquilo foi muito ruim pra mim. Inclusive eu me lembro que depois passaram as lâminas, o estudo anatomopatológico do caso do Pedrinho e tudo. Aquilo foi terrível. Foi muito desapontador.

E aí me chegou às mãos esse “A cura pelo espírito” do Stefan Zweig e parece que aquilo me descortinou uma coisa nova, quer dizer, eu percebi que não era só eu que achava que o paciente era gente, mas que havia todo um universo de sentimentos e emoções e tudo mais. E aí eu comecei a querer descobrir dentro da medicina alguma coisa que me ligasse a isso, que me desse oportunidade de entrar em contato com a alma do paciente, não é? com o paciente como ser humano.

Busquei, tal e coisa, e descobri que existia um Serviço de Higiene Mental do Escolar. E eu então fui lá. Fui lá e comecei a trabalhar, mas eram mais psicólogas e ainda não era bem aquilo que eu queria, mas me satisfazia mais do que a medicina que eu estava fazendo. E nessa ocasião, então, eu entrei em contato com o Dr. Henrique Mendes, que era o psiquiatra da Saúde Mental do Escolar. Ele me perguntou: “O que você está fazendo aqui?” e eu expliquei pra ele e ele disse: “Bom, mas você está no caminho errado, porque você não está estudando psicologia, está estudando medicina. Então eu sugiro que você faça um estágio no Hospital do Juqueri pra você se desenvolver mais nesse aspecto”.

E ele me apresentou à esposa dele, Rachel Shneider Mendes, e eu fui pro Juqueri pelas mãos da Rachel. Foi uma pessoa maravilhosa pra mim. Fui ainda estudante, eu estava no quinto ano de medicina. E a Rachel foi ótima comigo. Era uma pessoa muito humana. Ela morreu também. Ela era psiquiatra e trabalhava no Juqueri, no primeiro pavilhão de mulheres.

Aí eu cheguei lá no Juqueri e também era um mundo novo. E engraçado que eu não fiquei ... todo mundo dizia “Ah, o Juqueri!” O Juqueri foi um dos anos muito bons da minha vida, sabe? Eu cheguei lá muito novinha, muito mocinha, todo mundo me paparicou, eu era muito bonitinha naquele tempo.

Naquele tempo moça que fazia medicina era muito despojada, eu era uma menina bonita. Então o pessoal se encantou muito comigo, inclusive os pacientes. Eu me lembro que eles ficaram encantados comigo lá e eu fui muito bem recebida lá no Juqueri.

Lá no hospital havia duas correntes, sabe? havia o Dr. Mário Yahn e havia o Dr. Aníbal Silveira. E logo que eu cheguei lá a Rachel me perguntou: “Olha, aqui tem duas correntes, vamos dizer, duas linhas. O Dr. Aníbal Silveira é uma pessoa que busca muito o orgânico, ele é positivista, ele é uma pessoa que busca o orgânico, as localizações cerebrais e aquelas coisas todas. E o Dr. Mário Yahn é psicanalista e ele busca muito a compreensão do paciente numa linha mais psicológica. Com quem você gostaria de ficar?” E eu na mesma hora disse: “Dr. Mário Yahn”.

E daí ... o Mário Yahn ... eu fui apresentada pra ele e ele foi muito engraçado porque ele olhou pra mim e o que ele me disse: “O que que você faz pra se manter tão jovem?”. Aí eu disse pra ele: “Mas eu sou jovem!” Eu tinha 20 anos, 21 anos, não é? Aí ele me disse: “Bom, então vamos fazer o seguinte”, me perguntou se eu tinha alguma formação psiquiátrica, eu disse: “Não tenho formação nenhuma, nunca li um livro de psiquiatria, não fiz o curso de psiquiatria nem nada.” Então ele chamou uma paciente e disse: “Então você vai fazer o seguinte, você vai fazer observação nessa paciente e depois você me dá.” Eu digo: “Mas eu não sei”. Ele disse: “Ótimo que você não sabe, porque você vai me por o que você está sentindo, o que você está observando, etc. e tal.” Eu levei um susto, eu digo: “Como vou fazer?” Eu não sabia mesmo, não é? Mas daí eu peguei a paciente, comecei a escrever o que eu sentia, o que eu via, etc. e tal. Foi o meu início.

E eu fiquei no hospital do Juqueri desde essa época, devia ser '46, '47, eu formei em '48, devia ser '46. E fiquei lá até '52, '53. Minha filha nasceu em '55, até '55. Quer dizer, foi muitos anos, não é? E lá eu fui aprendendo e a coisa toda lá era muito empírica sabe, porque a gente ... ninguém sabia nada, então havia ... A gente privava muito uns com os outros e mesmo com os pacientes, porque a gente ia de manhã cedo de trem, o trem já era um lugar em que a gente ia ... eu ficava deslumbrada, de olho arregalado, porque eu não sabia nada, não é? E eu via aquele pessoal discutindo e dizia: "Meu Deus quando é que eu vou saber essas coisas todas?" Não é?, parecia assim uma coisa meio misteriosa, as coisas que eles diziam.

E a gente ia de trem, e a gente trabalhava lá nos pavilhões, almoçava lá, no almoço também eram discussões, aquelas coisas todas, e depois voltava. Então quer dizer que o pessoal ficava junto praticamente desde as 7:10, 7:15, que era o trem, até as 6 horas da tarde. Juntos, muito juntos, porque naquele tempo não tinha regime de dar plantão 24 horas, todo mundo ficava ali.

E as pessoas que me ajudaram muito foi a Rachel, o Mário Yahn, o Edmundo Maia. O Edmundo Maia foi muito bom pra mim porque ele tinha um senso prático assim, uma maneira de lidar com o paciente de medicar e tudo, muito bom. Ele talvez não fosse assim dos mais teóricos, mas ele tinha uma praticidade incrível de lidar com o paciente, o paciente irritado, o paciente confuso. Ele é muito prático, aliás ele é até hoje, ele é dono de um hospital, ele é muito prático.

Maurício Levy que também tinha sido meu ... conheci na faculdade e ele já tinha formado antes de mim, mas a gente se conhecia e depois a gente foi trabalhar junto na Escola Paulista. E lá eu fui aprendendo, fui vendo. Então, além de todas essas reuniões que nós tínhamos assim, cotidianas, a gente tinha

uma reunião clínica uma vez por semana e ainda tinha aos sábados reuniões na anatomia patológica, era o Maffei. Então tudo aquilo ia juntando, não é?, aquela busca do orgânico e tudo o mais.

Agora, medicação era tudo muito empírico. Eu lembro que a gente fazia eletrochoque, fazia cardiazol e fazia insulino-terapia. E malarioterapia nos pacientes que tinham paralisia geral progressiva. E foi muito interessante porque eu queria entender por que aquilo funcionava e por que ... que eu achava que não era assim, aleatório, a gente tinha que ter uma medicação mais precisa, nesse faz isso, nesse faz aquilo. E realmente eu cheguei a fazer uma distinção. Eu acho que a minha experiência lá foi muito rica, eu aprendi muito.

E depois, quando em '55 ... eu tive os meus três filhos trabalhando lá. E até era muito engraçado porque como eu queria - eu estou falando mais do ponto de vista pessoal do que de psicotrópico, mas você perguntou ... e a coisa vai saindo. Eu tive os três filhos trabalhando lá e como eu queria ficar mais tempo possível com eles, eu trabalhava até praticamente o último dia. E o pessoal ficava assim: "Você vai ter o nenê no trem, e ... e depois eu voltei pra lá ... e já tinha bebê, ia ... algumas vezes cheguei levar, porque lá tinha creche tinha tudo, levar meus filhos e tudo. Também até nisso eu tive uma certa ajuda. Lá tinha parque infantil e lá tinha creche também, de modo que eu me beneficiei dessas coisas.

Agora, nessa ocasião eu já comecei a me interessar que havia mais alguma coisa. Eu nunca me interessei muito por medicação, tanto que agora eu estou voltando, eu estou começando a me interessar por medicação outra vez, pelo menos teoricamente. Eu não uso porque eu acho que a gente precisa se dedicar a isto, eu não uso medicação. Mas eu estou me reportando muito ao auxílio da medicação. Isso já é uma outra história, eu já chego lá. Mas daí eu

comecei a achar que havia mais alguma coisa, que não havia só aquilo. A medicação, mesmo quando começou a aparecer o Amplictil, que foi a primeira coisa que saiu, a gente usava muito Gardenall, e esses à base de brometos, umas coisas assim, não funcionava não.

E daí então eu descobri que haviam duas correntes psicanalíticas aqui em São Paulo. A Sociedade de Psicanálise pra mim era inexecutável porque era muito cara, eu não tinha condições de fazer e ... era muito menos caro que hoje. E havia o Dr. Paulo Lentino que era autodidata, mas eu sabia que ele tinha um grupo e que ele não estava aceitando mais ninguém. Aí eu fui ver a Sociedade de Psicanálise, não tinha vagas nos analistas didatas que eram muito poucos, era tudo muito caro e tudo, e eu não tinha coragem de procurar o Paulo Lentino, porque diziam que o Paulo Lentino era muito bravo, muito esquisito, não sei o que, não sei que. Mas daí ... “eu não tenho nada pra perder, eu vou lá falar, com a cara e com a coragem”. Cheguei lá, eu fiz uma entrevista com ele e a gente conversou quase uma hora, aí ele disse pra mim: “Olha, eu não estou aceitando ninguém, mas eu vou aceitar você”. E foi também uma experiência muito gostosa. Porque o Paulo Lentino era realmente uma pessoa muito difícil, mas ele se ligou muito a mim. E foi muito engraçado porque depois houve lá uma briga qualquer, uma dissidência lá interna e ele acabou dissolvendo o grupo. Mas eu continuei com ele por mais alguns anos, sabe? Então levava meus casos, fazia supervisão.

Aí, a Sociedade de Psicanálise foi ficando mais acessível pra mim, porque já estava ganhando mais, trabalhando, etc. e tal, já tinha consultório, onde eu não fazia as coisas que eu gostava, porque eu ainda achava que não era bem aquilo.

Eu comecei, tentei hipnose, eu fui uma das fundadoras da Sociedade de Hipnose aqui no Brasil, fui sócia fundadora, secretária da primeira diretoria e ... e a hipnose foi muito engraçada porque foi um caminho de entrada pra mim. Porque a gente começava a fazer hipnose e depois de algum tempo, nem eu nem o meu paciente estávamos interessados em continuar a hipnose. Todos os meus pacientes viraram psicoterapia, mas ainda era uma psicoterapia meio selvagem, porque o Paulo Lentino fazia a coisa assim ... autodidata, ele não tinha assim uma formação ... vamos dizer ... acadêmica, não é? Aí eu entrei pra Sociedade de Psicanálise, fiz a análise didática, passei a membro, etc., etc.

Hoje eu sou membro efetivo da Sociedade há muitos anos. E em 1964 o ... eu estava fazendo análise com o Dr. Darcy Uchôa, análise didática, não é? E o Darcy Uchôa fez concurso pra cátedra da Escola Paulista de Medicina, então ele suspendeu a análise uns dois meses, para estudar, aquela coisa toda. Aí quando ele ganhou uma cátedra, no primeiro dia quando eu voltei à análise, que ele recomeçou a trabalhar, ele me disse: "A gente tem dois caminhos: você continua a análise comigo, a formação, ou você para a análise comigo e ... ir pra outra pessoa, já tenho duas pessoas que têm vaga pra você, dois didatas, e ir trabalhar comigo". Bom, foi uma revolução na minha cabeça, porque ele era meu analista didata, não é? Eu fiquei sem saber o que fazer, não é? porque eu não queria perder o meu analista, mas ao mesmo tempo era meio sedutor ir trabalhar na Escola Paulista. Aí eu pensei bem, e tal e coisa, e digo: "Ah, eu vou entrar nesta".

E passei a fazer análise com a Dra. Adelaide Kohr, que foi a primeira analista que veio aqui, pro Brasil, ela era uma alemã refugiada da guerra, não é? Ela fez análise nos primeiros analistas, quer dizer, a primeira fornada foi com ela que fez, eu sou da terceira fornada, vamos dizer assim. E aí fui fazer

análise com a Dra. e fui trabalhar com o Darcy. E fiquei lá com ele muitos anos. Eu fui pra lá em '64 e fiquei com ele até ele se aposentar, ele se aposentou em '77 e eu ainda fiquei mais seis meses, que eu tinha ... no fim eu tinha muito uma parte administrativa. No começo eu tinha mais a parte didática, depois fiquei com a parte administrativa.

Então eu tinha umas coisas pra terminar, pra passar pro outro que ia substituir. Ele quis muito que eu ficasse lá, sabe, ele até disse: “Não, você vai fazer carreira universitária, vai ficar na escola” tal, tal ... mas eu não tinha interesse, eu tinha interesse em trabalhar com ele. Agora ... ficar lá pela atividade didática, não havia interesse nenhum pra mim. Então quando ele saiu eu saí e daí, só, comecei a fazer consultório.

Agora ... é muito interessante como as coisas pessoais influem na vida da gente. Eu sempre fui muito analista, e até ... vamos dizer ... um pouco ... não sei se eu posso dizer ... ortodoxa. Pra mim era análise mesmo. E durante todos esses anos eu trabalhei só com análise e inclusive nunca dei medicação pros meus pacientes e aceitava muito bem a teoria de que a gente tem que trabalhar o caminho da angústia do paciente.

Então eu nunca usei medicamento nos meus pacientes. Inclusive tive casos muito graves de pacientes assim muito deprimidos, com tentativa de suicídio e tudo o mais e eu não fazia medicação. E, com relativo sucesso, eu nesses 40 anos que eu trabalho nunca tive um paciente que se suicidasse, não é? Eu acho que é uma experiência muito ruim que a gente ... tem, que um profissional tem. Nunca tive um paciente que se suicidasse.

Agora, aconteceu o seguinte ... e eu tinha até um pouco de desprezo pela medicação, eu achava que medicação era um recurso assim que as pessoas usavam quase pra resolver artificialmente as coisas e tudo o mais. E agora, o

que eu estou dizendo é quase um sacrilégio dentro dos ... analistas puros, mas é uma realidade minha.

Eu ... quando eu não usava medicação, inclusive eu me lembro de um caso em particular, de uma paciente que teve várias internações e muita medicação, ela foi impregnada várias vezes e tudo o mais. E ela veio do Rio aqui pra São Paulo e quando ela veio encaminharam essa moça pra mim. E ela estava muito estragada, eu tinha a impressão de uma porção de pedacinhos que a gente tinha que juntar. E ... ela às vezes me pedia medicação e eu dizia: “Não, não vou dar, eu não vou dar medicação porque a gente tem que resolver os seus problemas” e não dei medicação pra ela. E foi muito interessante, porque ela teve uma evolução muito boa. E quando ela teve alta ela me disse: “A senhora foi a única pessoa que confiou em mim. Eu melhorei, eu serei” (não sei se a gente pode falar em cura) “porque os outros médicos, qualquer coisa que eu tinha, me internavam, me davam choque, faziam isso, faziam aquilo. Agora, a senhora acreditou em mim. Quando a senhora não me dava medicação, eu sentia que a senhora achava que eu tinha condições, se não a senhora me daria medicação, e eu acho que foi isso que fez com que eu ficasse bem”. E ela está muito bem, inclusive ela mora por aqui e às vezes a gente se encontra, se cruza aí.

Acontece que há alguns anos atrás, eu tive uma experiência pessoal. Uma pessoa da minha família teve uma depressão muito profunda e quando a coisa toca a gente de perto, então tudo muda um pouco, não é? E eu encaminhei essa pessoa pra análise, mas acontece que havia muito sofrimento, muito sofrimento. E embora o analista fosse competente e tudo o mais, eu tomei consciência de que era um absurdo a gente não usar outros recursos para aliviar o paciente. E é engraçado que com tantos anos de experiência a gente de

repente faz luz diferente, eu de repente percebi, que por mais que a gente alivie a depressão, a angústia do paciente, ainda sobra bastante pra gente trabalhar. E eu resisti galhardamente, essa pessoa da minha família queria tomar medicação, eu resisti galhardamente, mas no fim eu achei aquilo um absurdo. E essa pessoa foi encaminhada pra um colega meu, daqueles que eu até tinha assim um pouco, como eu disse, de desprezo, achando que era uma psiquiatria de segunda linha, a psiquiatria dos psicanalistas e a psiquiatria dos ... dos terapeutas ... que faziam uso de psicotrópicos, medicação. E essa pessoa saiu da depressão e continuou a análise e evoluiu bastante e tudo o mais.

Então isso abriu pra mim um caminho, hoje eu então sigo uma orientação diferente: quando eu sinto que o paciente atingiu um limite que eu considero de muito sofrimento, eu não mantenho o paciente nisso, como eu fazia antes, eu trabalhava, eu confiava muito no meu trabalho, porque eu segurava as pontas, não é? Mas hoje eu poupo o paciente desse sofrimento, não sei se eu me tornei mais humana ou se eu me tornei mais fraca, mas de qualquer forma é uma maneira diferente de trabalhar.

E o paciente que tem uma insônia muito grave, o paciente que tem uma depressão muito grave, o paciente que tem uma ansiedade muito grave, um paciente que tem fobias, ou mesmo fenômenos psicossomáticos muito graves, eu encaminho ao colega. Então eu tenho dois ou três colegas assim de minha preferência, eu mando muito pra um rapaz muito bem dotado, foi meu aluno na Escola Paulista, e que hoje ... eu até posso dizer o nome dele, fico muito contente com a evolução dele, tem dois que eu gosto muito: é o Itiro Shirakawa e o Marcos Ferraz. Os dois foram meus alunos e eles fizeram uma carreira muito bonita lá na escola e eu considero eles assim ... muito cria da gente. Então o Marcos e o Itiro eles fizeram uma opção. O Itiro é muito meu amigo, o

Marcos eu perdi um pouquinho de vista porque ele está muito na parte política da psiquiatria, agora, o Itiro eu tenho mais contato. Há pouco tempo eu jantei na casa dele ele me disse: “Eu tinha que fazer uma opção: ou fazia análise, ou fazia psiquiatria clínica. Eu gosto de psiquiatria clínica, então eu vou só fazer psiquiatria clínica”. Então ele é um dos que eu escolho.

E quando o meu paciente está num sofrimento muito grande eu não medico porque eu acho que eu não gosto de misturar as coisas, então eu acho que aquele que faz análise deve fazer só análise e aquele que faz psiquiatria clínica deve fazer psiquiatria clínica. Agora, aquilo que eu disse que eu tenho assim ... pouca consideração, vamos dizer, um termo mais leve, por quem mistura tudo, certo? Então eu não gosto quando o psiquiatra clínico que tem uma boa formação em psiquiatria, começa a enveredar, fazer uma psicanálise meio fajuta assim. Eu acho que ou ele faz uma coisa ou ele faz outra, então às vezes a gente vê alguns colegas que eles são muito bons da parte de terapia medicamentosa, mas eles se metem a fazer um pouco de análise e eu não gosto. Eu às vezes tenho até parentes de pacientes meus que eu ouço contar isso, eu digo: “Não, ou faz uma coisa ou faz outra, porque tem que ser bem feito”.

Então eu acho que sendo analista a gente faz análise bem feita e deixa a medicação por conta do psiquiatra clínico que vai fazer. Então eu tenho trabalhado junto com alguns colegas. Eu gosto muito do Eduardo Mariz, eu gosto muito do Itiro Shiracawa, do Marcos Ferraz. O Cássio Pinto é um rapaz bem mais jovem mas é muito bom também. Então eu mando pra eles e assim eles aliviam essa parte mais aguda, mais urgente e eu continuo a minha análise. Não atrapalhou em nada, até hoje eu senti que, pelo contrário, é a gente usar mais um ... recurso, quer dizer, a gente tem as duas vertentes, não é?

E cada vez mais eu me convenço, é engraçado porque quanto mais psicanalista a gente fica mais a gente devia se convencer dos fatores psicológicos, cada vez eu mais me convenço de que há fatores orgânicos, a gente não pode descuidar deles. Inclusive eu fiz uma associação muito boa com a Ada que ela trabalhava na Escola Paulista e ela trabalhava com a parte de eletroencefalografia e a gente começou a fazer uma pesquisa que afinal de contas nunca foi publicada, mas me foi muito útil pro meu trabalho. Nós fizemos trezentos eletros de pacientes - de pacientes psicóticos e pacientes neuróticos - e foi muito interessante porque, em pacientes neuróticos a gente percebeu muitas anormalidades e que uma vez medicadas, tratadas por uma disritmia leve, uma disfunção cerebral mínima e tudo mais, uma série de sintomas desapareciam. E também isso foi muito bom pra mim porque hoje quando eu examino um paciente, na primeira entrevista, às vezes eu capto que tem qualquer coisa e mando pra Ada.

E é muito engraçado que a gente ... ela diz "premiado!". Aliás ela brinca muito comigo, porque é ... é alguma coisa, é um *feelling*, sabe, a gente sente que é um fator disrítmico. Sabe, um paciente assim com uma certa agressividade, uma incontinência dos impulsos, etc. e tal. Manda e há às vezes um foco, às vezes uma disritmia difusa e tudo. Então eu tenho trabalhado muito com a Ada também, mandando meus pacientes pra Ada. E é interessante que na medida em que o paciente vai sendo medicado lá por ela e o paciente feito análise aqui comigo, depois a gente manda repetir e a gente não sabe se é a análise ou o medicamento, muitas vezes o eletro vai se normalizando, não é?

Eu acho que a gente pode funcionar em todos os aspectos do paciente e essa é uma experiência muito boa que eu tenho, vamos dizer de uns cinco anos pra cá, de trabalhar assim, mais ou menos coordenada com alguns colegas que

fazem psiquiatria clínica. E eu acho que é muito bom, eu não acho que foi uma coisa que tenha prejudicado o meu trabalho não. Eu acho até que foi uma aquisição boa. Mas isto foi, como eu lhe disse, a partir de uma experiência pessoal, muito sofrida e eu de repente me realizei ... você vê que a gente pensa que a gente já sabe tudo, não é? ou que já viu tudo. De repente em função de uma experiência pessoal, que eu nunca tinha tido, eu percebi que o paciente era muito mais humano do que eu imaginava. Porque eu fui em busca do paciente gente, não é? e no entanto quando eu tive essa pessoa na família sofrendo assim eu digo: “Bom, mas esse sofrimento pode ser diminuído”. E hoje, como eu digo, eu não me dedico a isso, não tenho experiência nenhuma eu acho que é uma coisa que a pessoa tem que fazer só isso e fazer bem, estudar e tudo o mais. E ... mas eu tenho lido a respeito, tudo, e eu acho interessante e eu acho que é um caminho que se abre e que cada vez vai ser mais conhecido, não é? Então ...

Mas naquela época lá no Juqueri, no trabalho em si não era evidente uma proposta da psicanálise ou medicamentosa, porque a gente tinha uma média de 300 pacientes em cada pavilhão, onde caberiam, vamos dizer, uns, não digo 150, mas uns 180, 200. Então a concepção era mais teórica, sabe, então também isso era uma coisa que não me satisfazia muito. Porque a gente fazia aquelas reuniões clínicas e discutia os casos, tentava uma compreensão psicodinâmica, etc. e tal. Naquele tempo estava muito na moda estudar o Heidegger e a gente queria entender a teoria da *gestalt* e não sei o que lá mais, e o *das ein*, tudo muito bonito, mas ficava muito na teoria.

Era muito uma maneira de encarar o paciente sob o ponto de vista de compreensão psicológica, mas na hora de tratar, o tratamento numa linha psicológica era impossível de ser feito porque ... aquele monte de doentes! E no

fim a gente caía no lugar comum mesmo: era o cardiazol, o eletrochoque, era a insulina, etc. e tal.

Agora, eu vi muitos casos de surtos esquizofrênicos graves e, às vezes, até de uma esquizofrenia que já vinha evoluindo há algum tempo se beneficiarem muito com a insulina. Então a gente fazia uma certa diferenciação: eletrochoque, mais pra pacientes deprimidos; a insulina, mais pra pacientes delirantes, com perturbações assim mais ... qualitativas. A gente fazia uma certa diferenciação. E lá fazia insulina de verdade, hoje em dia não sei como é que fazem, porque comas insulínicos ... a gente tinha uma equipe no quinto pavilhão de mulheres que era onde trabalhava o Dr. Mário Yahn que era quase um pavilhão-escola, se fazia muito bem e as funcionárias iam aprender lá depois elas vinham e faziam sob supervisão da gente.

Quer dizer, sob o ponto de vista terapêutico, no fim, não se fazia nada. Era mais uma compreensão, era uma coisa assim numa linha muito teórica. “Vamos compreender o paciente, vamos compreender o caso, vamos compreender as doenças” mas na realidade, eu sou honesta em dizer, a gente não se diferenciava muito. Agora, eu tinha um relacionamento muito pessoal com os meus pacientes, eu não sei se é porque eu era muito jovem, e eu tinha ... como eu disse, eu tive três filhos trabalhando lá e ... elas cuidavam de mim e ficavam assim ... Tanto que todo o enxoval dos meus filhos foi feito lá no hospital do Juqueri, na laborterapia.

O pavilhão do Dr. Mário Yahn era um pavilhão mais assim escola e terapia e o meu pavilhão, o sétimo pavilhão de mulheres, era mais de laborterapia, foi desenvolvida mais a laborterapia. Então a gente tinha pintura, cerâmica, tinha uma porção de coisa, jardinagem, mas a gente tinha também bordados, aquela coisa toda. Então todo o enxoval dos meus filhos foi feito lá e

eu tinha um contato muito pessoal com as pacientes. Então eu acho que havia uma influência psicoterápica, não assim sistematizada, mas havia. Porque os pacientes no meu pavilhão, feminino, elas floresciam, porque você vê, a gente pegava pacientes que ... da rua, pacientes largados, aquela coisa toda. Então pacientes que começavam a ter banho duas vezes por semana, uma cama para dormir, roupa, agasalho, três refeições diárias e mais assim um contato humano, porque as minhas funcionárias eram muito boas.

Sabe, eu criei assim um laço afetivo muito grande com as minhas funcionárias. Tinha uma tal de Dona Angelina que era sensacional, ela era uma pessoa que eu chegava e dizia: “Tem doentes novos Dona Angelina?”, ela diz: “Tem, tem três”, eu digo: “Graves? Como é que é?”, ela diz: “Ah, é isso, isso, isso”. Ela já fazia praticamente o diagnóstico. Ela era muito bacana e ela trabalhava bem ligada a mim. Então eu ficava muito com as pacientes e ... aliás quem começou esse trabalho foi o Dr. Eurípedes Constantino Miguel, ele se interessou muito por isso e o Maurício Levy também, que depois veio pra São Paulo. E então havia, vamos dizer, uma influência psicoterápica, porque os pacientes ... era quase uma comunidade terapêutica, sem nenhuma noção de que a gente estava fazendo isto. Sabe? Então as pacientes que estavam melhor elas trabalhavam, a minha sala por exemplo elas punham flor, elas faziam questão de encerar e com o escovão, ficava tudo brilhando, bonito, sabe, com toalhinha bordada, aquelas coisas todas.

Então, era uma influência quase tipo comunidade terapêutica como se faz hoje, sem saber que estava fazendo isso. A gente quando tinha algum problema de briga, de isso, de aquilo, de funcionário, a gente se reunia. Era uma coisa empírica, mas que a gente fazia. Agora, sob o ponto de vista de medicação, é como eu disse: havia duas linhas, mas eram muito teóricas. Dr. Mário Yahn,

por exemplo, a gente ficava vendo ... tentando entender o paciente, os aspectos psicológicos naquele paciente. E o Dr. Aníbal, eu não trabalhei com ele, eu o ouvi em reuniões e tudo o mais, ele ficava muito procurando a parte orgânica, inclusive quando um paciente morria ele ia lá na anatomia patológica localizar ... ele gostava muito de localizações cerebrais, ele praticamente queria localizar todo o cérebro, fazer o mapa, não é? Mas sob o ponto de vista de tratamento eu acho que não havia assim grande diferença, porque a gente não tinha grandes recursos terapêuticos, eram coisas muito limitadas. Eu às vezes até tenho a impressão que o que curava, como curava ... era mais ... aquilo tudo que estava acontecendo.

A gente teve uma moça que foi trabalhar com a gente bem no fim, alguns anos ... ela era bem mais jovem que eu, e ... eu já trabalhava há uns dez, doze anos, oito anos, sei lá, quando ela foi pra lá. Ela formou seis anos depois de mim, então deve ter sido isso, é Cláudia Severa Fonseca. Ela trabalha no Hospital das Clínicas, se ela não se aposentou ainda. E a Cláudia também tinha uma capacidade de organização sensacional, sabe, então ela organizou ... ela foi trabalhar nas colônias que eram doentes crônicos. E aquilo era um depósito de doentes e quando puseram a Cláudia nas colônias, ela resolveu arrumar aquilo, arrumar, enfeitar e botar as pacientes pra trabalharem.

Sabe, as pacientes que estavam assim ... já havia aqui uma coisa quase assim numa linha ... de hospitalismo, sabe? Os pacientes estavam largados lá e tudo, uma coisa iatrogênica mesmo. O paciente entrou, não tinha família, foi ficando etc. e tal, e aqui eles estavam quase demenciando. E a Cláudia deu uma mobilizada lá naquela colônia, na colônia que eram pacientes crônicos, fez trabalhar, fez plantar, e não sei o que e aquela coisa, e muitos melhoraram. Melhoraram e você vê que melhoraram quando eles começavam a trabalhar

com a gente, a ter contato com a gente e tudo mais. Mas era tudo muito empírico sabe, mas ... de alguma forma funcionava, não é?

Eu não me lembro de quando o Amplictil foi introduzido no Juqueri, porque eu já estava saindo de lá. Eu acho que eu comecei a entrar em contato com o psicotrópico quando eu já estava em São Paulo, porque eu vim pra São Paulo ... Lá era assim: quando abria uma vaga em São Paulo, vinha o mais antigo, que estava à espera. E aí foi muito engraçado, porque quando a pessoa estava doente ela dava já um jeito de ficar aqui em São Paulo algum tempo, no Pronto Socorro Psiquiátrico, e acabava não voltando.

E eu me lembro, quando eu fiquei grávida a primeira vez, foi em '51, e todo mundo dizia pra mim: "Aproveita e vai pra São Paulo e não sei o que e não sei o que, arranja um jeito já que você está grávida " e tudo. Mas eu não queria. Primeiro porque eu gostava muito do Juqueri, gostava, eu achava que ainda tinha que trabalhar mais tempo lá, '51, eu estava lá como nomeada mesmo fazia 3 anos. E segundo porque eu achava desonesto, porque tinha gente muito antiga que estava esperando a ... a dica pra vir pra São Paulo, eu achava desonesto eu furar.

Eu viria pra o Departamento de Assistência a Psicopatas, que era onde a gente trabalhava. Vir para o ambulatório, então, era um prêmio porque não tinha viagem, não tinha nada. Mas eu achei que não estava na hora ainda. Aí em '55, deve ter sido, em '56, minha filha nasceu em '55, ... '58 ... acho que foi '58, não me lembro. Eu sei que aí era minha vez. Aí até foi engraçado porque aí eu briguei, sabe? Eu briguei porque era minha vez e eu tinha uma pessoa que eu gosto demais é quase um irmão pra mim, de vez em quando a gente briga ... até a mulher dele dá risada e diz: "Vocês brigam como irmãos", mas é porque é meio irmão mesmo, trabalhamos muitos anos juntos e tudo. Ele

tinha pedido uma licença sem vencimentos esse colega, e ficou aqui em São Paulo, e era minha vez de vir pra São Paulo.

Aí aposentou alguém do Departamento de Assistência ao Psicopata e eu sabia que eu vinha, já estava na hora de eu vir, eu já estava lá no Juqueri há muitos anos e tudo mais. E eu já estava querendo porque os meus filhos estavam começando a ir a parque infantil e aquelas coisas todas. Eu falo parque porque a gente não tinha muito essas escolas maternas como tem agora, nem lugares pra por as crianças, e pra mim era muito difícil, não é? porque eu tinha três filhos, trabalhava e tudo o mais. Então eu descobri que no Hospital das Clínicas o parque infantil era o único que começava a funcionar às sete horas da manhã por causa dos funcionários, e eu então consegui que meus filhos fossem registrados, não como criança do bairro no Hospital das Clínicas, mas como criança de funcionário, porque aí as crianças do bairro só entravam oito, oito e pouco, e as crianças de funcionário entravam cedinho e podiam ficar mais tempo.

Aí eu conversei lá com a direção do parque e com a direção do hospital, e como eu era médica eles me deixaram por os filhos como se fossem filhos ... então eu deixava as crianças lá às sete horas da manhã e podia trabalhar tranquila que eles almoçavam lá e ficavam lá e tudo mais, daí eu os pegava às seis horas quando eu voltava do Juqueri. Mas estava ficando muito penoso pra eles e pra mim. E eu achei então que estava na hora de vir pra São Paulo e acontece que como eu já estava na ... na bica pra vir, esse meu colega, sabendo que tinha vaga, ele resolveu reassumir pra vir pra São Paulo. E aí nasceu uma briga de foice, eu digo: “Não é justo porque você fica dois anos lá e eu fico aqui gramando e você vai, vai pra São Paulo que agora é a minha vez.” Ele disse: “Mas não é justo porque eu sou mais antigo que você”. Aí brigamos, ...

brigamos assim que a gente é amigo até hoje. E no fim foi resolvido da seguinte maneira: eu vim pra São Paulo e ele ficou segunda, quarta e sexta em São Paulo e terça e quinta no Juqueri.

E aí eu vim pra São Paulo e foi quando eu estava no finzinho, eu acho, do ambulatório é que começaram a aparecer, chegaram lá, chegou o Amplictil, o Amplictil aquela coisa mágica. Mas eu usei pouco, a gente usava mais umas fórmulas do próprio hospital, sabe eles faziam lá umas misturas, tinha o formulário do hospital então a gente receitava “fórmula 4”, a “4” eu me lembro até hoje: “4” era o Gardenal 0,10; fórmula não sei que, tinha uns lá que eles punham uns extratos não sei do que, de plantas, uns calmantes, umas coisas. Estas fórmulas eram do Departamento de Assistência aos Psicopatas, eu até tinha, até pouco tempo e é possível que ainda tenha em casa, o livro que tinha todas aquelas fórmulas. E tinha fórmula pra tudo, sabe, mesmo as fórmulas clínicas. Então a gente receitava as fórmulas. Então lá, o Departamento de Assistência aos Psicopatas era um lugar onde que o pessoal ia praticamente pra buscar remédio, o remédio era de graça, não é?

No ambulatório (Departamento) eu trabalhei muito com alcoolistas, trabalhei muito ... eu conhecia todos os mendigos de São Paulo, eu conhecia todos os ... jornaleiros, sabe esse pessoal assim, vamos dizer, mais pobre, todos passavam por lá. E todos os patrulhas de São Paulo também, eu toda hora encontrava uma rádio patrulha: “Oi Dra., como vai?”. E lá era gostoso trabalhar, porque lá a gente atendia os pacientes em ambulatório mas a gente tinha uma pequena enfermaria onde a gente atendia principalmente casos de delirium tremens. Casos assim agudos de remissão fácil, a gente internava, medicava e depois mandava ... mandava embora.

E aí eu gostava de fazer o acompanhamento, eu cheguei a fazer um grupo de alcoolistas lá no ambulatório, sempre aquela tentativa de uma influência psicoterápica. E funcionava, era bom. E ... mas também eu acho que eu não cheguei a fazer uso assim desses medicamentos mais modernos, não, era só aquelas formulazinhas. Eu posso até dar uma procurada, se eu tiver esse livro eu me comunico com você, porque tinha todas as formulazinhas que a gente usava, tinha ioimbina, extrato de passiflora, eu nem lembro mais, faz tantos anos, não é? Agora, quando eu entrei na Escola Paulista é que começaram a aparecer, aí foi aquela época dos medicamentos.

E nós fizemos assim muitas experiências terapêuticas no seguinte sentido: os laboratórios mandavam a medicação pra nós, pra gente fazer ensaio duplo-cego, aquela coisa toda. Eu colaborei em alguns trabalhos desses. Então a gente fazia aqueles ... aqueles esquemas, via os ... sintomas, depois ia vendo o que melhorava, o que não melhorava, sempre duplo-cego. Mas eu confesso que eu não me interessava muito não.

Sabe, aqui na Escola Paulista eu me interessava muito mais pela atividade didática que eu gostava muito, a atividade de organização que o Prof. Uchoa gostava muito que eu fizesse. Que eu gostava muito daquela parte de organização, de distribuição de tarefas, aquelas coisas todas, sempre gostei dessa parte de organização e a parte didática que eu gostava muito. A parte medicamentosa, sinceramente eu trabalhei em uma ou duas pesquisas, mas eu não gostava, sabe?, então era mais essa turma que veio depois... Orestes... Orestes, que hoje na minha opinião é um dos maiores psicanalistas de São Paulo. Mas ele começou lá com a gente ... fiz um trabalho com ele ... nem me lembro mais qual era a medicação... pimoside, qualquer coisa assim. Mas eu não gostava, então quem fazia era mais o Marcos, o Itiro fazia, o Miguel, Jorge

Miguel, que veio depois, também, o ... o Lacaz. Eram todos que estavam se formando e que ficaram com a gente lá na Escola Paulista.

Eu não gostava de mexer muito com remédio não, sabe? Eu não acreditava. Esse que é o problema. De modo que a minha experiência é muito pobre em termos de medicação e eu estava mergulhada na análise, naquela ocasião justamente quando eu fui pra Escola Paulista eu estava em plena formação, não é? Eu comecei a formação com Dr. Uchôa, depois eu fui pra lá. Então eu estava mergulhada na psicanálise, eu não tinha muito interesse. Eu fiz lá grupos terapêuticos ... é ... grupos de neuróticos, não é?, grupos de alcoolistas. E eu fiz ... que a gente ia de vez em quando, os casos que a gente tinha que internar naquela ocasião internava na Água Funda, hoje tem uma unidade, aliás começou no meu tempo: uma unidade dentro do Hospital São Paulo, o que foi uma grande conquista conseguir uma unidade no Hospital São Paulo. Mas a gente era mais na Água Funda, então eu ia às vezes lá pra Água Funda e nós fizemos ... não, antes da Água Funda era no Hospital Vila Mariana, e eu e o Prof. Uchôa fizemos um grupo de psicóticos, mas era mais assim com interesse de pesquisa porque a gente não fazia grupo de psicóticos em consultório.

O meu contato com consultório foi em Santos. Ficava lá até de noite e aí voltava pra cá. Então aí foi o meu contato com consultório, porque trabalhava lá também o Dr. Mário Robortella. E eu ficava acompanhando os pacientes internados mas atendendo o consultório. E aí então eu pedi licença pra eles de eu ver fichas, tinha que ver as fichas também, porque eu não podia dizer ... eu atendia retornos, não é? E eu comecei a entrar em contato com as fichas, medicações que eles faziam, tudo mais.

Tanto o Dr. Mário Robortella que era um dos donos como ... eu não tinha relação pessoal com ele, como com o Edmundo Maia. Então quando chegava um caso eu pegava uma ficha, e eu então quando não tinha pacientes ficava estudando as fichas de pacientes que eles atendiam, como eles medicavam, e tudo mais, pacientes de consultório. E aí então que eu comecei a ter coragem ... que eu também tinha medo, não é? de ... de trabalhar em consultório que eu não tinha experiência nenhuma. Lá eu fui adquirindo alguma experiência, que eu fui atendendo pacientes, a maioria dos pacientes era retorno, e eu via a ficha, e tal e coisa, então eu fui começando a aprender a manejar os pacientes.

E o Maurício Levy toda vez que eu tinha alguma dúvida eu dava alguma medicação assim, mandava vir no retorno, aí conversava com o Maurício. O Maurício era muito capacitado, porque antes de fazer psiquiatria ele fez clínica médica, então ele era uma pessoa, era e é, tanto que ele foi depois o professor titular, ficou no lugar do Darcy, ele aposentou agora. E o Maurício era muito meu amigo, ele me ajudou muito também, aí eu fiquei com coragem de fazer consultório.

E aí eu abri consultório junto com um colega, eu subaluguei uma sala ... com Dr. Krynski. Era uma sala que o Krynski tinha ele me emprestou ... cedeu a sala, eu só, vamos dizer, colaborava com a parte de despesas, não é? E foi como eu comecei, e vai indo, vai indo ... eu nem sei como é que acontece ... Deve ter sido, deixe-me ver ... eu formei em '48, deve ter sido '50, '51.

As clientelas eram diferentes, porque o hospital era paciente psicótico, não é? e no consultório eram pacientes neuróticos. Então era um tal de usar ... isso eu aprendi tudo com Dr. Robortella, era um tal de usar Magnosedans, e tinha aquele ... sei lá, tinha um monte de medicações, e Magnosedans na veia e

sei lá mais o que. E eu medicava aqueles pacientes, mas eu, honestamente, eu não gostava. Sabe, eu não achava que aquilo estava de acordo comigo porque eu, eu não acreditava. Sabe, eu não acreditava mesmo, eu achava aquilo puramente paliativo. Tinha, eu me lembro que tinha o Magnosedans que se usava muito, tinha o Sedargine, Somalium, sei lá mais o que ... que eu achava tudo besteirada, não acreditava mesmo.

E foi aí que eu comecei com o Dr. Paulo Lentino, meu primeiro filho nasceu em '51, quer dizer que ... então foi antes, eu estava grávida quando eu comecei a ir com o Dr. Paulo Lentino, e aí foi ele quem me mandou os primeiros pacientes pra psicoterapia. Que ele me fazia supervisão, então ele me mandava os pacientes e eu fazia supervisão com ele, aí eu já me senti mais capacitada. E também me senti mais apoiada em dois aspectos: primeiro porque eu tinha quem me mandasse paciente e segundo quem me desse supervisão. Então na hora que eu encontrei aquela brecha de poder começar a trabalhar psicoterapicamente com os pacientes eu larguei completamente a medicação.

Eu nunca cheguei a usar o Amplictil no consultório. Começou ... apareceu também aquela inibidores da monoamino... oxidase ... Nardil, sei lá mais o que ... depois tinha também aqueles medicamentos, Abstenil, aqueles medicamentos para alcoolista. Eu achava tudo aquilo uma baboseira, eu não acreditava, não acreditava e não gostava de usar.

Então com essa brecha que o Dr. Paulo Lentino começou a me mandar, eu me lembro que ele me mandou dois pacientes pra começar e o Maia me mandou um. O Maia também tinha estado com o Lentino. O Maia me mandou uma moça e o Dr. Lentino me mandou dois pacientes pra psicoterapia. Então foi o meu início. O Lentino me dava supervisão e na hora que eu me peguei fazendo psicoterapia eu larguei medicação mesmo de uma vez. Não gostava,

não acreditava, eu nunca trabalhei em convênio, de modo que não tive assim oportunidade de ver aqueles pacientes que a gente medica em consultório. Eu não gostava mesmo, eu não acreditava. Eu achava aquilo tudo ... empírico. Ah, não sei, não gostava mesmo.

Bom, quando eu fui trabalhar no Juqueri não tinha muita idéia de sua má fama. Na realidade eu nunca tinha ouvido falar muito no Juqueri, eu sabia o que era o juqueri porque quando eu era menina a gente brincava: “Ah! ‘tá louco vai pro Juqueri”, etc. e tal. Agora, quando o Henrique Mendes me disse pra ir no Juqueri fazer uma experiência com a mulher dele eu achei assim, pra mim, foi como se ele tivesse acenado assim com uma grande possibilidade de eu aprender, e eu cheguei lá muito assim... disponível, e a Raquel foi muito bacana comigo, eu fui muito bem recebida como eu disse, então eu não tinha uma impressão ruim sobre o Juqueri.

Porque, sabe, o Juqueri pelo menos naquele tempo e eu acho que até hoje, não é esses horrores que o pessoal diz, é como eu digo: gente catada na rua que tem banho duas vezes por semana, três refeições diárias, um abrigo, uma cama, coisa que nunca tiveram ... não é o que eles dizem. Quer dizer, quando eles fazem essas reportagens, eles pegam aqueles pacientes em estado demencial, fazem aquele flagrante, aquelas coisas assim do momento, que um paciente que está dentro de casa pode ter também, você pode ter um paciente, dentro de casa, um parente seu, ele se desnuda, aquela coisa toda. Então eu acho que são muito tendenciosas essas reportagens, pelo menos na minha experiência de Juqueri.

Então eu fui pra lá como um lugar muito bom e foi uma experiência boa pra mim, eu gostei demais de lá. E eu achava engraçado porque não casava. Quando alguém perguntava: “Onde é que você trabalha?” eu dizia: “No

Hospital do Juqueri”, o pessoal arregalava os olhos desse tamanho; ”Mas no meio dos loucos!” eu dizia “É... mas...” sabe, eu gostava dos meus pacientes, eu não achei assim uma coisa muito horrorosa, porque eu não estava com ... assim, preconcebida contra. Porque pra mim Juqueri era só uma palavra, aliás nem chamava Hospital do Juqueri, chamava Franco da Rocha.

Sabia que a vila chamava Franco da Rocha, o hospital era do Juqueri, em Franco da Rocha ... eu não ... pra mim não era uma coisa muito horrorosa. E inclusive é interessante porque, como eu digo, pra mim foi uma experiência muito boa e eu achava lá muito bonito porque lá era uma fazenda, lá é muito bonito, então a gente respirava aquele ar fresco, aquela coisa, de manhã cedinho, tinha muito mato, muita vegetação, eu gosto muito de mato. E eu gostava, sabe. Então quando o pessoal falava: “Ah! você trabalha no Juqueri” não sei o que, eu ficava com um pouco de raiva, inclusive quando o pessoal falava ... inclusive porque saiu reportagem, diziam: “Ah! porque é assim”, eu dizia: “Não é assim!” e não era mesmo. Os pacientes eram medicados, tinha uma parte cirúrgica muito boa, tinha uma parte de clínica médica muito boa, porque como eu digo, o pessoal morava lá, o pessoal ficava lá, hoje não.

Hoje é regime de plantão, então ninguém conhece ninguém. Depois o pessoal vai de carro. Então um dá plantão segunda ... de sete horas até sete horas, o outro dá ... quer dizer ninguém se encontra, não há uma integração. Agora no meu tempo havia e era um lugar realmente muito bom. Eu tive uma experiência muito muito boa lá.

E eu me lembro inclusive um dia que foi muito engraçado, que eu estava com o Dr. Mário Yahn no quinto pavilhão, a gente tinha que passar pelo refeitório. Eu tinha um pouco de repugnância pelo refeitório porque ... menos pelos doentes e mais pela comida, porque vinha aquela comida naquelas

latonas, aquela coisa toda e o pessoal comia assim meio, meio feio, como come gente pobre, não é como come doente mental, não. Mas repugnância só, e eu lembro que a gente tinha que atravessar o refeitório. E o Dr. Mário Yahn me perguntou: “Você tem medo?” Eu tinha um pouco, mas eu fiquei com vergonha de dizer eu disse: “Não, não tenho não”. Ele disse: “Deve ter. Quem trabalha com doente mental sempre tem que ter um pouco de medo. Você não pode ficar assim...” não sei o que. No que, aliás, eu não concordo muito com ele.

Eu acho que o medo da gente do doente mental é uma coisa muito ruim, porque o doente capta e é muito ruim porque ele se assusta com a própria parte agressiva dele, destrutiva e tudo. Eu acho que quando o paciente percebe que a gente não tem medo e que a gente é capaz de ser um bom continente dessa parte dele é muito bom. Mas nesse dia ele disse pra mim: “Você tem que ter medo”. Mas eu não tinha não. Eu talvez até nesse ponto fosse um pouco inconseqüente, eu não tinha medo. E olhe, em todos aqueles anos que eu trabalhei no Juqueri nunca fui agredida por um paciente.

Eu só tive uma experiência de autoagressão muito ruim. Entrou uma paciente no meu consultório, era no segundo andar e, e foi também uma coisa muito interessante porque era uma paciente epilética e ela não estava em crise, crise convulsiva, mas ela estava em estado confusional. E ela entrou, e eu percebi que ela estava estranha e, eu não me lembro o nome dela, quando eu fui falar com ela, ela deu um murro no vidro da janela e pegou um caco e começou a se cortar e eu me lembro que eu agarrei ela, mas ela tinha mais força do que eu e ela começou a se cortar, e eu gritei e o pessoal acudiu. Quer dizer, foi a única experiência assim, vamos dizer, de agressão que eu tive no Juqueri, mas foi auto agressão. Mas nunca tive ... de vez em quando aconteciam coisas assim ... um doente matava outro ... pessoas que foram agredidas, tudo. Um

colega nosso foi agredido ... mas nada muito grave não, sabe. De modo que eu nem tinha muito medo.

O Juqueri foi, como eu digo uma experiência muito boa. É um lugar que eu guardo assim ... E é tão engraçado, eu guardo assim uma certa saudade, que quando a gente foi trabalhar na Escola Paulista, no primeiro ano a gente não tinha hospital psiquiátrico. A gente não tinha nada, não é? Então o Dr. Uchôa quis fazer os estudantes conhecerem um hospital psiquiátrico, a gente foi visitar o Juqueri. E eu fui toda bela e fagueira, não é? E eu cheguei lá, estava tudo diferente, não conhecia mais ninguém ... e estava tudo diferente ... o pessoal que eu conhecia já tinha morrido, sabe?, porque eu tinha saído de lá em '52, '53, não ... eu comecei minha análise ... bom, foi '64, '65, que a gente deve ter ido lá, eu tinha saído de lá há uns oito anos. E eu cheguei lá, tive uma decepção, eu digo: Nunca mais volto, porque esse Juqueri ... o meu Juqueri não existe mais", então não voltei mais lá.

Mas foi muito bom, eu acho que foi uma experiência realmente muito boa, foi um tempo muito feliz, apesar de todas as dificuldades que a gente tinha ... de insatisfação, sabe, era sempre uma insatisfação, "tem que haver alguma coisa que a gente possa fazer ... e a gente não ... não faz." Mas fazia um pouco. Eu acho que no Juqueri havia muito uma busca, sabe, havia muito uma curiosidade, um interesse, o pessoal queria saber, queria entender o que estava acontecendo. E queria tratar também. Tanto que o pessoal que fazia malarioterapia, esses se sentiam assim, era o pessoal do quinto pavilhão, porque os pacientes entravam em remissão, então quando tinha aquelas coisas que a gente sabia que funcionava, então quando a gente recebia um paciente agudo, uma psicose puerperal, um delirium tremens, ou mesmo um caso de PG,

e que a gente sabia que tinha alguma coisa pra fazer, a gente ficava numa satisfação imensa.

Foi lá que eu aprendi que o paciente quanto mais agudo, quanto mais espetacular é o caso mais possibilidades ele tem de.. de... melhora, não é? Então quando a gente recebia um paciente muito agudo, eu ficava contente, porque, eu sabia, “esse caso vai sair”. Agora quando a gente recebia aqueles pacientes crônicos, antigos, e tudo mais, aquela coisa assim que vinha se insinuando e a família não percebia, então a gente já sabia que o prognóstico era ruim. E eu conseguia, eu não sei nem se as remissões, às vezes, não eram até espontâneas. Mas o caso é que a gente tinha um bom índice de remissão, principalmente nos casos agudos.

Mas eu acho que a insatisfação ... a sensação de que há alguma coisa ainda que a gente ainda não conseguiu entender, não conseguiu atingir, eu acho que havia sim ... pelo menos no grupo ... porque há sempre os acomodados, não é? aqueles que o emprego é um ... só funcionários. Mas de uma maneira geral eu sentia no Juqueri uma efervescência assim, uma curiosidade.

O pessoal era bastante jovem, mesmo o Dr. Mário Yahn e o Aníbal, que eram os *senior*, vamos dizer assim, hoje, fazendo as contas eles eram muito jovens. A Raquel que eu me lembro que chamava de senhora, depois quando ela morreu, ela morreu e eu estava lá ainda, ela morreu em '52, eu fiquei sabendo que ela tinha nascido em '14, quer dizer, ela tinha trinta e poucos anos. Quer dizer, eu achava todo mundo muito senhor, não é?, mas era um pessoal muito jovem, um pessoal assim ... o Maffei, que era o mais velho de todos, ele tinha assim aquela felicidade de saber, de conhecer, era uma coisa muito bonita. Sabe era um pessoal assim ...

Eu não cheguei a conhecer o Darcy Uchôa lá, ele tinha ido pro Pinel, que também era meio prêmio, porque o Pinel era o hospital mais perto, era em Pirituba, não é? Então quando eu fui pra lá, o Uchôa tinha vindo pra o Pinel, eu não conheci. Mas eles falavam muito no Darcy como uma pessoa assim muito estudiosa, que pesquisava, queria estudar, queria aprender, queria saber. Havia muita sede assim de conhecimento. Era um pessoal, um pessoal muito bom. Dentro das limitações nossas era um pessoal assim muito curioso, um pessoal que queria saber, queria aprender, se estudava muito.

Tinha uma pessoa que fazia hipnose no Juqueri. Era o ... não lembro o nome dele agora. João Gabriel. Ele fazia hipnose em alcoolistas, era o único que fazia. O Edmundo Maia parece que fazia também, mas não lá, ele fazia na clínica particular. Então o João Gabriel fazia, trabalhava muito com alcoolistas e fazia, fazia condicionamento. Mas só ele. Eu comecei a estudar hipnose em '58 aqui em São Paulo, foi o Passos, o Antônio Carlos Moraes Passos que me convidou pra gente estudar, fazer um grupo de estudos. E a gente estudou muito. Mas pra mim a hipnose, eu fiz o mesmo caminho que o Freud, a hipnose foi uma porta de acesso pra outras coisas, sabe? Eu fiz hipnose, fiz bastante em consultório.

Aliás, sob o ponto de vista de consultório, a hipnose me deu muito paciente. E era engraçado porque eles vinham pra hipnose, mas no fim eu começava a perceber que não tinha que tirar o sintoma, a gente tinha que entender o sintoma. Então o paciente vinha porque tinha enurese, o outro paciente vinha porque tinha ... vômitos na gravidez. Eu me lembro de uma paciente que veio porque ela tinha uma dispareunia, ela era virgem, estava casada há uns três ou quatro meses, mas a vagina entrava em espasmo, e no fim eu vi que o que eu estava fazendo era psicoterapia, eu achava chato a hipnose.

A hipnose é muito monótona, não é? Então depois que eu comecei a fazer, eu tinha assim um pouco de preguiça de fazer hipnose, que era tudo muito igual, o método que a gente seguia.

Então eu ... foi porta de entrada pra psicoterapia. Agora, muitos continuaram, o Passos continua até hoje fazendo, tinha uns dois ou três, tinha o Farina(?) que fazia com crianças ... Não sei, a gente fez assim muito movimento, sabe? Saía no jornal. Aliás a hipnose é muito engraçada, de vez em quando ela é descoberta, o pessoal acha que descobriu a pólvora e depois ela é abandonada, e nós, eu atravessei muito essa fase ... de que a gente descobriu uma coisa. Não descobriu nada, pra mim, pelo menos, não descobriu nada, você vê ... Cinquenta anos depois do Freud, exatamente, e de vez em quando eu vejo nos jornais um recrudescimento, eu digo: “Olha aí, o pessoal está descobrindo a pólvora outra vez”.

Mas pra mim não funcionou. Funcionava assim, por exemplo, eu me lembro de um caso de uma senhora que era até sogra de um colega meu lá do Juqueri. Ela tinha quebrado o braço e feito uma cirurgia e ela não conseguia dormir, então aí funcionou. Eu lembro também de um outro caso de uma irmã de uma colega minha que ela não conseguia urinar depois de uma cirurgia... nesses casos assim funcionava, mas pra resolver o problema de enurese, de onicofagia ou de fobias, ou ... que era o que a gente mais usava, ou de sintoma psicossomático, ah! não funcionava não. Então entrava na psicoterapia, quando eu via, o paciente estava fazendo psicoterapia, e ele estava mais satisfeito e eu também estava mais satisfeita.

Olha, tinha muita história naquela época. Eu me lembro que eu às vezes, de vez em quando, o pessoal, assim, primas, amigos, “Ah! me conta aquele caso assim”, mas você sabe que isso foi ficando no passado e eu agora nem

lembro mais, sabe? Teve assim ... realmente assim ... no momento não lembro nada. Isso está tão lá atrás. No momento não me vem nada. Tem uma história interessante, sei lá.

Quando o Jânio Quadros foi governador ele exigiu que a gente fizesse trinta e seis horas semanais, e por tradição lá no hospital o horário de trem já contava, quer dizer na hora que a gente entrava no trem e a hora que a gente saía do trem contava. Quando ele veio, então a gente ficou com déficit de horário, então foi pedido pra gente complementar, a gente passou a fazer um plantão de 24 horas, a gente um dia ficava até o dia seguinte, eu me lembro que eu ficava na quarta feira. A gente ia e depois ficava até o dia seguinte. E a gente ficava numas casas, e ali também, antigamente tinha muito funcionário que morava lá. O Jânio Quadros tirou isso, toda essa mordomia. Então tinha umas casas muito bonitinhas, onde morava o administrador ... o pessoal mais privilegiado, porque mordomia sempre houve, não é? e aquelas casas ficaram pra nós. Porque antigamente o pessoal dava plantão assim uma vez por mês, mas era mais pra atender as intercorrências, então tinha um quarto no hospital central. Mas aí não, porque aí todo mundo dava plantão, então eram sete, oito cada vez.

E eu era a única moça que tinha lá, trabalhando lá. Tinha eu, a Raquel que já tinha morrido e a Ursulina Bueno, que eu acho que estava se aposentando, eu acho que eu era a única moça. Ursulina Bueno, Penteado Bueno, mas eu acho que ela já morreu também, nunca mais vi a Ursulina, Ursulina era bem mais velha que eu. Pelo menos eu achava que era, é, mas eu acho que era porque ela se aposentou logo. Então eu era a única moça que tinha lá e eles então puseram a gente dando plantão e deram as casinhas lá pra gente ficar.

Então numa casinha ficavam os rapazes, noutra casinha ficava eu. Eu morria de medo mas eu não tinha medo dos pacientes não. Eu tinha medo porque, depois eu fiquei sabendo que era ... raposinha, sei lá o que era. Um dia eu acordei no meio da noite e a gente ouvia barulho de andar, sabe? Eu nunca tive medo de fantasma, nem nada dessas coisas, mas “Que diabo de coisas andam!” Sei lá, eu tinha medo, não gostava de ficar sozinha lá naquela casa. E daí então eu falei com o diretor do hospital, naquele tempo era o Hilton ... Hilton sei lá das quantas ... não me lembro o nome dele. E ele então disse :”Ah, eu vou por uma pessoa pra ficar lá com você. E tinha um tal de Giovani que ficou tomando conta lá ... mas ele era tão diferente, tão doido, ele pôs um paciente. Ele era muito engraçado esse paciente. Então é gozado que quem cuidava lá da gente, inclusive dava assim um pouco de mordomia era o tal do Giovani, que era um doente, mas era completamente delirante, mas dava segurança o fato de o Giovani estar lá, sabe? Mas eu não me lembro assim de nenhum caso.

Muitos pacientes trabalhavam no Juqueri, quer dizer, eles não tinham função porque eles não eram remunerados, mas no momento que eles ficavam melhor era quase um privilégio eles ... trabalharem lá. Então eles faziam a parte de limpeza, a parte de buscar comida, eles saíam do pavilhão, a parte de ajudar na insulino terapia, parece incrível, mas muitos pacientes ajudavam, aliás eu vou dizer, se a gente não tivesse os pacientes pra ajudar a gente não sobreviveria, porque ... tinha meia dúzia de funcionários e aquele monte de paciente, e elas ajudavam mesmo. Limpavam e faziam todo esse tipo de serviço doméstico e inclusive serviço de enfermagem mesmo, cuidavam dos pacientes com insulina, pacientes de eletrochoque, de dar banho nos pacientes, de contar os pacientes.

Aliás esse é um fato pitoresco: eu nunca entendi como eles contavam os pacientes. Toda noite eles contavam os pacientes e se um paciente fugia, sumia ou qualquer coisa e ... eles sabiam. Um dia eu perguntei :”Como é que conta os pacientes?” Então o jeito de contar paciente era muito engraçado. Tinha, suponhamos, eu não me lembro quantas eram mas vamos fazer de conta que eram 150 camas, então eles faziam o seguinte: pegavam os pacientes e mandavam deitar, então todas as camas ocupadas são 150 pacientes. Então esses saíam e iam p’ro pátio, e os outros vinham e pelo número de camas era uma contagem rápida e prática. Não sei se em todo o lugar se fazia isso, mas no meu pavilhão era assim que fazia, não é? No meu pavilhão tinha em média de trezentas. Você vê que a gente tinha de tudo lá. Era uma escola. Nossa! a gente via de tudo ... eu vi de tudo lá.

Havia todos os tipos de pacientes em todos os pavilhões, com exceção dos ... todo paciente fazia líquor, todos. O paciente entrava, a primeira coisa que fazia era líquor. Era obrigado o exame de sangue e exame de líquor. E os pacientes que tinham neurolues esses iam pro quinto pavilhão. E os alcoolistas homens, em geral, iam pro João Gabriel que era o que fazia hipnose, etc. e tal. Agora o resto era ... todo mundo tinha de tudo.

Ah, e tinha um outro pavilhão, se não me engano era o oitavo, que era o das velhinhas. Era onde tinha muita demência senil, Alzheimer, Pick, enfim, as psicoses senis, esse era o oitavo pavilhão. Trabalhavam dois velhinhos lá, viviam brigando, brigavam muito, engraçado. Até uma vez, eu não me lembro o nome deles mais, mas eles inventaram um aparelho de eletrochoque que ficou baratíssimo e patentearam, eu não me lembro o nome deles. Rios, um era o Rios e o outro era um outro velhinho. Eles estavam sempre juntos, discutiam, discutiam, eles tinham tanto assunto. E eles inventaram esse aparelho de

eletrochoque. Eles trabalhavam com as velhinhas, no oitavo pavilhão, e eles nem faziam o eletrochoque, mas eles inventaram pros outros. E depois tinha ... não, eu acho que era só onde havia assim uma certa diferenciação, o resto era tudo junto.

O primeiro pavilhão era privilegiado nesse aspecto, que era o pavilhão mais bonitinho que tinha, que era o da Raquel Mendes, o primeiro pavilhão ele foi todo decoradinho, ele era todo verdinho, tinha uma espécie de paviflex, não sei bem como é que era, no chão. Era o mais bonitinho, era um pavilhão pra receber as visitas. Então os casos assim de melhor prognóstico em geral iam pro primeiro pavilhão. Era um pavilhão assim, mais perto, mais bonitinho e a maioria dos pacientes eram agudos.

Em geral cada pavilhão tinha dois ou três médicos. Eu trabalhei muito tempo como única médica. Quando eu fui pro sétimo tinha o Edmundo Maia e o Maurício Levy. Depois eu fiquei sozinha algum tempo e depois mandaram o Antônio Cirillo, eu fiquei com o Antônio Cirillo milhões de anos, a gente trabalhou muito tempo junto a gente se dava muito bem, foi muito bom trabalhar com Antônio Cirillo. A gente era muito amigo, ele era uma pessoa assim ... bacana, muito colega, sabe?

Uma coisa também interessante que tinha. Tinha uma coisa que era meia pré-histórica. Onde fazia triagem, chamava rotunda, não é?, era redondo e tinha assim vários quartos fortes, aquilo nem era usado, então historicamente diziam que aquilo era o seguinte: no começo do Juqueri quando os doentes estavam muito agitados, eles punham na rotunda, como ela era redonda uma única pessoa podia através da grade ver todos, não é?

E tinha uma coisa que também não era usada mas que tinha sido usada no passado, não sei quando, porque o Juqueri é muito antigo. Na própria

rotunda tinha as banheiras, onde davam, faziam banhoterapia, não sei em que tempo, deve ser no tempo do Pacheco e Silva, que diz que punham o doente lá em água morna e ficava horas lá, pra acalmar os pacientes. Inclusive tinha um lugar assim que amarrava as mãos. Mas não era usado. Aquilo era uma espécie assim de ... não era usado nada disso, mas eles contavam, não é? que houve a época lá das banheiras, era hidro ... tratamento, sei lá. Que aliás nos casos clínicos do Freud ele fala muito, não é?, os banhos e etc. e tal. Mas eu nunca vi. As banheiras estavam lá.

O Departamento de Assistência aos Psicopatas era o Pronto Socorro, não é? Era o fim da picada, era o fim do mundo porque ... era na Brigadeiro Luiz Antônio, acho que 350, não 350 era o meu consultório, porque aí eu fiz consultório bem pertinho de lá. E então era o fim da picada, não é?, porque eram os pacientes que catavam na rua, que estavam jogando pedra, destelhando e tudo. Então os pacientes vinham na radiopatrulha quase sempre, às vezes vinham com a família, e alguns eram crônicos que vinham pra buscar medicação. Então era muito interessante até, sei lá se se pode falar interessante, engraçado, é humor negro; de vez em quando, principalmente epiléticos, não é?, eles agitavam, então estava todo mundo sentado, bonitinho lá na sala de espera, eram uns bancos compridos assim, de repente um paciente agitava, era que nem um formigueiro, corria gente pra todo lado.

Sabe, eu me lembro uma vez, os bancos eram imensos e tinha o Pedro, engraçado ... o Pedrinho ... e esse era Pedro também, era um esquizofrênico crônico. E era um paciente bom, bonito, assim um preto bonito, e ele ficava lá pro lado do Bom Retiro, eu me lembro até que uma vez houve uma reportagem sobre o Pedro, que era uma figura pitoresca lá no Bom Retiro. E ele estava quieto, sossegado lá, de vez em quando ele ia lá pra buscar medicação, de

repente ele agitou e ele era um pretão enorme, o banco era imenso, devia ter uns três metros, eu sei que o Pedro pegou numa ponta do banco e ele levantava o banco assim e batia. Olha, todo mundo esparramava, não é?

E outra vez também ... os homens lá da patrulha ficaram muito meus amigos, a gente trabalhando lá não é? ... então eles diziam; "Dra. tem um doente na patrulha, mas eu acho melhor a senhora ir ver na patrulha, porque não é aconselhável tirar. Então a gente ia junto na patrulha para examinar.

ENTREVISTA V

Eu me formei em 1946, em Minas. Eu sou mineiro. Então a senhora quer saber como é que eu vim parar em São Paulo?, da seguinte forma: alguns dos médicos da minha turma de '46, fomos a Poços de Caldas porque o governo estadual ofereceu uma estada em Poços de Caldas, de alguns dias, para que conhecêssemos as instalações das termas e os tratamentos que lá se fazia. Nós nos hospedamos no hotel ... no Palace hotel, e eu lia jornais de São Paulo, quando vi aqui edital para concurso vestibular em um curso de ciências sociais. Eu não tinha escolhido ainda a especialidade. Já tinha me formado médico, mas como eu me formei em medicina, eu parecia mais moço do que era, então quase todos me tratavam como menino. A ponto de irmãos mais moços do que eu não serem barrados em lugares nos quais eu era barrado.

É ... o interesse por ciências sociais foi despertado em mim e eu admiti que, pelo menos em alguns ramos da medicina, o estudo das ciências sociais poderia ter cabimento. Entre começar a vida prática de médico e satisfazer a minha curiosidade de ver o que seria o tal curso de ciências sociais, eu acabei dando um passo e escrevi à escola, que era a Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Eles me responderam a carta e me enviaram o anuário, onde eu tive a oportunidade de ver disciplinas, programas, professores e bibliografia.

E houve um momento em que se firmou em minha mente a decisão de fazer vestibular. Então eu vim e fiz o vestibular. Me formei em medicina em dezembro, em fevereiro estava fazendo o vestibular em São Paulo. Sem saber ainda como é que iria viver aqui. Mas nesse meio tempo eu tive bons resultados no vestibular, ganhei até um prêmio, uma bolsa de estudos.

Tendo ganhado essa bolsa de estudos, eu pude exercer em São Paulo a função de inspetor federal de ensino secundário, que eu já exercia lá em Minas.

Isso me permitiu transferir-me pra cá. Então eu fiz esse curso de Ciências Sociais que era de quatro anos, nesse meio tempo eu escolhi a especialidade da medicina. O prazo era relativamente longo de permanência aqui. Vim com a idéia de voltar, como quase sempre acontece. Nesse meio tempo me interessei por formação psicanalítica, entre '46 e '50. Como a formação psicanalítica também é longa, eu acabei me enraizando aqui, sabe. Já estava trabalhando e em condições mais difíceis de deixar o que eu já tinha feito aqui e voltar pra lá. Foi assim que eu vim parar em São Paulo.

Eu nem sabia bem como era a formação psicanalítica. Eu optei por psiquiatria mesmo. No segundo semestre de 1947 eu comecei a trabalhar em psiquiatria no hospital do Juqueri, foi o primeiro lugar. Nesta época o Juqueri era cheio de vida, entusiasmo e esforço. Além do atendimento dos pacientes havia grupos e emulação entre esses grupos dedicavam-se ao estudo de alguns problemas.

Diante da minha visão de recém chegado havia alguns colegas menos moços que sobressaíam, então eles promoviam estudos, e eram verdadeiros chefes de escola dentro do Juqueri. Aníbal Silveira era um, Mário Yahn era outro, Aníbal Teixeira Mendes outro, Francisco Tancredi, Edgar Maffei. Isso da turma senior, não é? Entre os jovens estava o Gaiarça, Isaías Mehlsion, Ibraim Matias, Machado Borges, Gecel Zterling, Otávio Luiz de Barros Sales, Eurípedes Constantino Miguel, Maurício Levy Jr., Henrique Levy, Ciro Ferreira de Camargo. Esse era o pessoal mais da minha geração.

Não havia residência organizada como hoje. O Juqueri era uma verdadeira residência sem esse nome. Eu tinha algumas manhãs por semana ocupadas, então eu ia algumas manhãs ao Juqueri e ficava lá nos períodos da tarde, então dava pra trabalhar o dia inteiro e observar longamente os pacientes

que eu desejava. Almoçava-se lá e ainda havia depois do almoço o passeio pelos jardins que eram agradáveis.

Eu trabalhava lá, no pavilhão das mulheres com o Dr. Mário Yahn. Havia paciente à vontade, não é? Em grande quantidade. Havia dois tipos de trabalho: um que se viam muitos pacientes, ainda que não se via cada paciente muito tempo, era um exame de triagem, que se fazia num lugar chamado rotunda. Eu passava horas junto de um médico mais velho, examinava os pacientes e ele ia explicando aos mais jovens do que se tratava. Em geral não eram muitos que ficavam juntos, ficávamos em um pequeno grupo, um, dois, três, junto de um médico mais velho, não é? e o médico ia explicando. Então isso permitia ver muitos doentes -- o essencial de cada doente.

E o outro trabalho consistia em examinar um doente longamente e eu fazia isso melhor do que os outros que eram funcionários do Juqueri, porque eu não tinha obrigação de manter o horário, então eu tinha liberdade às vezes de ficar longo tempo. Isto porque eu estava freqüentando como voluntário. Não tinha sido nomeado. Começava-se lá assim, voluntariamente. Depois vinha a nomeação, mas quando a minha nomeação veio, e ela demorou, eu já tinha feito concurso para ser neuropsiquiatra do Instituto dos Industriários, o IAPI, e acabei trabalhando no IAPI. Não trabalhei remuneradamente no Juqueri.

Eu penso que não era mais interessante trabalhar no IAPI do que no Juqueri, mas eu também não sabia direito o que era mais vantajoso ou não era. Apareceu primeiro a oportunidade do IAPI, abriram concurso, eu fiz, fui chamado. Vendo com os olhos de hoje eu entendo que seria mais lucrativo profissionalmente trabalhar no Juqueri porque o trabalho no antigo IAPI era, como ainda hoje o trabalho em psiquiatria em previdência social por informações que eu recebo, um gigantesco desperdício de esforço do cliente e

dos médicos. Porque o tempo que se tinha pra fazer aquilo que se queria de nós era de todo insuficiente pra isso. Resultado: não se tinha gosto de trabalhar, tinha-se a noção exata do desperdício e o melhor que se poderia fazer era diminuir esse desperdício.

Então piorava-se ainda mais o padrão de atendimento e abreviava-se ainda mais o atendimento de cada paciente, isso tudo resultando que nós tínhamos às vezes que atender um paciente a cada 10 minutos ou menos. Havia muita demanda digamos para auxílio pecuniário por doença, não é?, ou aposentadoria. Inicialmente era só isso, depois veio a parte de tratamento também. Fazia-se o tratamento de ambulatório e em alguns casos o paciente era hospitalizado.

No caso de ser neuropsiquiatria, no IAPI se utilizava a farmacoterapia, que em geral era aquela farmacoterapia que precedeu as grandes inovações do início da década de '50. Havia possibilidade de sedar os pacientes com preparados que tivessem bromo, usava-se por exemplo muito Bromural, preparados que tivessem barbitúricos, sustentava-se por exemplo que um dos barbitúricos recomendados nos casos de depressão seria o amital sódico.

E naquela ocasião começaram a surgir anfetaminas, me recorro por exemplo de um preparado que se usava chamado Dexamil, eram contra as depressões. Os estados de agitação eram frequentemente tratados com uma combinação de barbitúricos, um dos preparados mais utilizados era o Sonifene. Estricnina e ioimbina costumavam ser administradas no tratamento da impotência *coeundi*, também como os hormônios. Admitia-se que em alguns casos isso produz resultado. Então eram esses os tratamentos na área da farmacoterapia.

Mas eu tive uma experiência lá no IAPI que eu Achêi muito interessante. Como o número de pacientes era enorme eu tive a idéia de introduzir mais de um paciente na sala de cada vez, pela esperança de que assim pudesse fazer um pouco mais por eles, do que recebendo um de cada vez. Porque havia todo um trabalho enorme de entra, sai, chama, espera. Então eu comecei a fazer um atendimento grupal. Uma inovação que apresentou uma série de inconvenientes, mas que as circunstâncias me impeliavam fortemente a experimentar. E eu percebi que conversando com um grupo de pacientes, durante certo tempo, se eu tinha 5 pacientes e dez minutos pra cada um eu podia conversar com esses 5 pacientes durante 50 minutos. E eu acabava conseguindo mais do que chamando cada paciente de per si e conversando um pequeno espaço de tempo com ele.

Nesse entre-tempo eu ouvi falar de psicoterapia de grupo, então li sobre psicoterapia de grupo. Já havia sido editado um livro do F, um inglês, sobre isso, foi o primeiro livro que eu li. E eu comecei a fazer psicoterapia de grupo no próprio IAPI. Receoso de que a administração não concordasse. Com isso eu atendia um número relativamente grande de pacientes e atendia, portanto, as exigências de número que eram sufocantes. O interesse dos pacientes foi muito grande, quer dizer, eles tinham uma forma de psicoterapia lá no IAPI. Então tratava-se também por psicoterapia.

Tratavam-se as neuroses. Os psicóticos eles não ficavam. Mas alguns pacientes não eram bem neuróticos, estavam entre neurose e psicose, eles tinham episódios psicóticos, então às vezes dava pra observar no grupo manifestações que eram muito psicóticas de pacientes que não estavam podendo atender às exigências de sua vida e eram pacientes que poderiam ser classificados como psicóticos.

Eu não me lembro de todos, mas de vez em quando surgia uma novidade. Eu me lembro muito de alguns barbitúricos e do Bromural. Usava-se também para pacientes neuróticos. Usavam-se complementos alimentares, remédios que tivessem vitaminas do grupo B, por exemplo, eram freqüentemente utilizados, sais minerais. Admitia-se que melhorando o saúde física isso teria repercussão também na saúde psíquica. Já se usava em número relativamente grande, ainda que com certo cuidado, pequenas doses de insulina antes das refeições, 10, 20 unidades de insulina antes das refeições, subcutânea ou intramuscular. E isso contribuía pra melhorar muitos neuróticos. Eles se aliviavam. Eles comiam bem, engordavam, ficavam sedados, então era uma das formas de tratar bem recebida, não é?, pelos clientes.

Também sais de magnésio se usava. Havia um preparado chamado Magnosedans, injetava-se sais de magnésio na veia. Havia também a piretoterapia também pra acalmar. Piretogênio que se usava, até mesmo no ambulatório em alguns casos. Explicava-se ao cliente, se ele queria ele tomava. Depois ele ia pra casa e tomava em casa, aplicava em casa mesmo.

Os psicóticos acabavam sendo internados. Aliás, internava-se muito, porque era cômodo internar. As famílias achavam cômodo e os médicos também achavam cômodo. Imagine a senhora um médico trabalhando sob pressão no ambulatório do IAPI. Se ele pudesse internar um paciente ele, pelo menos estaria tranqüilizado com relação àquele paciente. No hospital tinha-se a esperança de que ele receberia um tratamento melhor. Então a tendência era hospitalizar. As famílias nem sempre gostavam, mas havia também as famílias que se sentiam aliviadas, porque esses pacientes representavam um peso pra família.

Havia diferença, quer dizer, a clientela no Instituto Achê era em sua maioria de recursos não muito grandes, mas havia os que tinham recursos abundantes. Isso permitia que o paciente tivesse mais espaço, tivesse um quarto pra ele ou um quarto com dois pacientes, ao passo que os outros que eram clientes previdenciários, tinham um espaço menor. Eram alojados vários em cada quarto. Os pacientes de maiores recursos eles tinham também um tratamento por via psíquica individual freqüentemente. Pacientes de menores recursos não tinham. No Instituto Achê não sei se essa diferença era tão grande assim no exame inicial ou no exame relacionado à farmacoterapia. Talvez não fosse, mas alguns pacientes eram tratados por meio de psicoterapia, então recebiam atenção de várias horas por semana. E estes tinham algum recurso. O custeio da psicoterapia exigia que a família tivesse algum recurso.

É possível que tenha mudado o grau, a intensidade, tanto naquela ocasião quanto hoje para certos tipos de família a internação era um trauma. Eles procuravam evitar, em geral as famílias de maior recurso financeiro, de mais alta posição social. Porém aqueles que tinham menos recursos, que estavam numa posição menos alta na escala econômico-financeira, não demonstravam muita dificuldade em hospitalização. Tinha uns pacientes até que se sentiam aliviados porque era um ônus a menos. Então, tentando responder melhor à sua pergunta, naquela ocasião como hoje, a hospitalização procura ser evitada, procura ser escondida por um certo grupo, não é?, de pacientes, mas eu acredito que hoje ainda se aceite melhor do que naquela ocasião.

Eu já tinha saído do Juqueri quando começaram a usar os psicofármacos. Então quando surgiram os fármacos eu estava trabalhando como médico em São Paulo nos locais que eu contei, não é? Eu estava freqüentando a clínica

psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Eu me lembro bem porque foi lá que eu me lembro de ter ouvido falar pela primeira vez do aparecimento do Amplictil, a clorpromazina. E eu me lembro bem disso porque de quando em quando surgia alguma novidade. E pensei de mim pra mim mesmo: "ah! mais um 'não sei o que'" eu não me recordo o nome do preparado anterior, tinha sido objeto de intensa propaganda, houve uma moda de uso desse preparado. Engraçado, não estou conseguindo me lembrar ... talvez, se eu tivesse oportunidade de consultar um vademecum daquela ocasião, eu me lembraria. Porém, logo acabei me convencendo que não era.

Sobre o remédio comentavam que tinham descoberto uma droga que tinha efeito em doentes mentais, que era um trabalho de pesquisadores franceses, no campo da anestesia, um deles era anestesista. Jean Delay, era professor de psiquiatria em Paris, e Deniker. E ao mesmo tempo eu me lembrava de um colega que tinha feito um... sobre o aparecimento de produtos, novidades. Então ele costumava dizer acerca de certos autores franceses que eram inteligentes demais. Então era preciso ter cuidado com eles, mas o fato é que o Amplictil desmentiu todo esse pessimismo e impôs-se porque os resultados eram evidentes.

No Instituto Achê eu trabalhei até '53, '54. Eu não trabalhava mais regularmente no Instituto Achê, mas eu ia lá de quando em quando e ainda participava de reuniões semanais, que se realizavam à noite, às terças feiras. Eu não me lembro muito da introdução desses psicofármacos no Instituto Achê. Não estou me lembrando nada assim de muito especial, mas eu sei que eles logo passaram a ser utilizados em toda parte.

Eu me lembro de um comentário do Dr. Eugênio Mariz de Oliveira Neto, que não era do Instituto Achê, era do Bela Vista. O Bela Vista era associado ao

Instituto Achê, mais ou menos associado. Uns proprietários de um eram também proprietários do outro. O Dr. Mário Yahn, por exemplo, era sócio do Achê e sócio do Bela Vista. Eu me lembro do Dr. Eugênio Mariz comentar, quando surgiu o Tofranil, que o Tofranil realmente dava resultado em depressão. Eles tinham resultados comparáveis ao do eletrochoque.

Na clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina, que comecei a usar o Amplictil. Em seguida no INPS, porque eu continuei trabalhando no INPS durante alguns anos. Quando eu digo INPS eu quero dizer Instituto dos Industriários. Eu comecei a trabalhar no Instituto dos Industriários em 1950, aproximadamente, '51. Continuei até '56, '57, e lá também se aplicavam esses fármacos. Fazia ambulatorialmente o Amplictil.

Nos hospitais usava-se para esquizofrênicos com resultados, mas em ambulatório, eu usava também pra combater ansiedades persecutórias mesmo de pacientes que não fossem psicóticos, esquizofrênicos. Havia muito mais cuidado de dar a um paciente de ambulatório do que com um paciente de hospital, mas aumentando-se as doses dessas substâncias acabavam surgindo sinais de impregnação. Não eram mantidos, as doses eram diminuídas ou havia a administração de antiparkinsoniano, não é? Então eu não me lembro de manter pacientes com impregnação em ambulatório, ao passo que em hospitais tinha-se a idéia, que depois caiu, de que era importante o paciente chegar à impregnação e ser mantido em impregnação prós melhores resultados aparecerem.

Porém, logo se começou a perceber que havia diferenças, por exemplo a reserpina, logo, relativamente cedo se percebeu que ela agravava as depressões. A reserpina passava a ser evitada no caso das depressões. Mais tarde eu fui aprendendo também alguma coisa sobre indicações e contra-

indicações. Como os estados depressivos são muito comuns, o tratamento de estados depressivos em ambulatório sempre exigiu muita atenção.

Quando surgiram os fármacos anti-depressivos era preciso sedar os pacientes, freqüentemente sedar porque quando com a administração de fármacos antidepressivos há uma fase de mal estar, sintomas colaterais indesejáveis, aumenta a ansiedade persecutória. Então surgiu todo o problema de que associar aos antidepressivos. Isso já foi evidentemente mais tarde.

Benzodiazepínicos ou fenotiazinas? Aí as dúvidas existiam. Aqueles que sustentavam a preferência pelos benzodiazepínicos diziam que tanto as fenotiazinas quanto os antidepressivos eram anticolinérgicos, que haveria então uma somação de substâncias anticolinérgicas. Outros que defendiam a administração de fenotiazinas associadas ao antidepressivo sustentavam que os benzodiazepínicos tinham, a longo prazo, efeito depressor do sistema nervoso e que haveria maior probabilidade pra se vencer a depressão se eles não fossem associados ao antidepressivo.

Havia a recomendação de que se associasse fenotiazinas. Porém as fenotiazinas associadas aos antidepressivos produziam grave hipotensão ortostática. Descobriu-se que eram principalmente as fenotiazinas que mais entorpeciam aquelas, clorpromazina, levomepromazina, as que produziam maior depressão ortostática. As que estavam no outro extremo, as chamadas fenotiazinas incisivas produziam pouca, mas sedavam pouco. Acabou então a preferência recaindo sobre as fenotiazinas de ação intermediária. Antigamente havia um preparado, havia dois preparados com fenotiazina intermediária que eu usei muito em associação com antidepressivo. Era o Trilafon e o Siquil. O Trilafon é perfenazina, o Siquil eu não me lembro mais qual era a substância.

Mas eles foram ambos tirados do comércio, continuaram sendo utilizados no exterior, sabe?

Lá na USP o hospital estava em construção e funcionava, quer dizer, parte do hospital funcionava. O ambulatório funcionava na ala ... nordeste, quer dizer aquela que fica mais próxima de onde hoje é o prédio que concentra a administração do Hospital das Clínicas. Os pacientes eram atendidos ali, inicialmente em ambulatório e depois eles passavam a ser internados. E aos poucos foi completado o prédio do Instituto de Psiquiatria. Em '53, '54, lá estavam Antonio Carlos Pacheco e Silva, Fernando Bastos, João Carvalhal Ribas, Paulo ... morreu cedo... Camargo parece... Paulo Camargo, Henrique Marques de Carvalho, Jaime Gonçalves, Eneida Batisteti, Clóvis Martins, José Roberto de Albuquerque Fortes ... são os nomes que eu me lembro no momento.

Eu me relacionava mais na parte de atendimento dos pacientes. Cheguei a lidar, eu me lembro que nós discutíamos casos de enfermaria e havia reuniões e uma vez até isso ficou bem gravado na minha memória o Prof. Pacheco e Silva interferiu numa discussão que eu vinha fazendo pra defender um conceito psicopatológico diferente daquele que eu estava usando. Eram reuniões que se faziam nos atuais refeitórios das enfermarias. Ainda não havia o anfiteatro onde hoje se realiza reuniões.

E nessas reuniões que apareceu a novidade do Amplictil e também nos corredores. Eu primeiro ouvi no corredor, conversa de colega pra colega, mas ao mesmo tempo isso apareceu também nas reuniões. Percebia-se que aquilo seria uma revolução dentro da psiquiatria. Previa-se, comentava-se isso. Alguns colegas resolveram fazer teses relacionadas com essas drogas. Houve uma tese sobre a psilocibina, José Roberto de Albuquerque Fortes. Sobre ácido lisérgico,

Clóvis Martins. Mas as teses foram feitas numa época em que já tinha aparecido o Amplictil.

Mas às vezes não era fácil encontrar o medicamento, eu não sei como o paciente obtinha, mas a partir de uma certa época não havia dificuldade. Assim que se firmou o uso, lá na clínica psiquiátrica eu passei a usar também em consultório. Eu usava mesmo para pacientes não psicóticos. No sentido de diminuir ansiedades persecutórias, paranóides. Houve modificações, mas até hoje eu faço isso, a minha clínica é predominantemente psicanalítica. Eu atendo a consultas, primeiras consultas e às vezes nem é possível nem há indicação maior para o tratamento psicanalítico. E eu faço farmacoterapia.

O grupo de psicanalistas era liderado por Durval Marcondes e Lucy Adelaide Kohr e o grupo dos organicistas tinha vários outros, o Aníbal Silveira, por exemplo, era considerado predominantemente organicista, Pacheco e Silva. Agora, aonde a luta era maior era do grupo do Pacheco e Silva com o grupo psicanalítico. Porque Pacheco e Silva e Durval Marcondes tinham feito concurso na Faculdade de Medicina, por volta de 1935, pra cátedra. Datava daquela ocasião a rivalidade. Pacheco foi indicado e passou a ser professor e Durval Marcondes desenvolveu o movimento psicanalítico e fundou a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Houve um congresso em que o embate das duas correntes apareceu de modo claro. Foi um congresso realizado na ocasião do quarto centenário da cidade de São Paulo, se não me engano. Houve acaloradas discussões entre representantes de um grupo e de outro, nesse congresso ... houve participação também de argentinos. Eu me recordo que Nelson Pires ele era ... não era psicanalista, antes se opunha à psicanálise, apresentou um trabalho e as idéias

que ele apresentou foram consideradas todas, e em todo, aceitáveis por Arnaldo Rascowski, psicanalista argentino que participava daquela mesa.

Me lembro também de uma outra reunião em que o Dr. Durval Marcondes assinalava que a Faculdade de Medicina tinha sido omissa no desenvolvimento psicanalítico e que ele tinha desenvolvido a Sociedade de Psicanálise. O Prof. Pacheco e Silva, em resposta, declarou-se um homem emancipado e citou faculdades da Europa em que o desenvolvimento da psicanálise não era tomado a peito, não é? então havia essa nítida separação entre os dois grupos.

Mas havia também aqueles que combinavam, na medida das conveniências do paciente, o tratamento psicanalítico, com a farmacoterapia. Eu, por exemplo, sempre fiz isso. Mas havia outros que faziam também. O grupo do Achê por exemplo fazia, ou psicanalistas formados ou em formação: Mário Yan, Waldemar Cardoso, Gecel Sterling, havia um que era ... como ele se chamava ..., Roberto Azevedo, havia um outro cujo nome está me escapando, ele faleceu relativamente cedo, Paulo Dias Correia, que hoje está no Rio, falta ainda um nome lá, não vem ... a cabeça falha.

Depois, ainda que tivesse declinado o entusiasmo, sobre o uso do Amplictil, houve ... permaneceu e permanece até hoje, um tratamento que ficou. Foi uma verdadeira revolução, sem dúvida alguma, dos fatos mais importantes acontecidos durante o tempo em que eu trabalho como psiquiatra. Houve alterações práticas e houve implicações teóricas. Nos hospitais, o manejo dos doentes se tornou muito mais fácil, os quartos fortes diminuíram, o número de pacientes hospitalizados diminuiu.

No plano teórico surgiram substâncias que indiscutivelmente tinham ação mesmo nas grandes psicoses chamadas endógenas, incluindo-se a

esquizofrenia. Naquela mesma década de '50 a psicanálise dava passos importantes no entendimento das psicoses, os trabalhos, por exemplo, de Wilfred Bion mais significativos eram publicados no *International Journal de Psicanálise* na década de '50, o que estimulou confrontos. E eu acredito que tenha levado certas idéias que permitem perceber pontes entre idéias psicanalíticas de um lado e a farmacoterapia de outro. Enfim, aquele fosso que falava Freud e que separava a psicanálise das ciências biológicas, ainda que não tenha desaparecido, diminuiu com o advento dos psicofármacos.

Teoricamente, pelo menos, houve. Veja o seguinte: a psicanálise, desde a década de '20, os trabalhos de Melanie Klein, vem insistindo na importância dos componentes orais. Eles falavam mais de libido oral, porque hoje a idéia seria menos de que se tratasse realmente de libido, mas de impulsos orais, instintos. De qualquer maneira eles desenvolviam essas idéias. Já se tinha feito a descrição das posições esquizoparanóide e depressiva. Estava evidente que para o desenvolvimento da posição esquizoparanóide, em que houvesse predomínio paranóide, e da posição depressiva seria importante a relação da criança com o seio. A relação da criança com o seio dependia de um impulso que a criança tinha de se aproximar do seio e de sugar o seio. Ora, quanto mais débil esse impulso, menor o interesse tinha a criança em sugar no seio, portanto menor a probabilidade de conflito criança-seio. Aquele conflito em que a criança ataca o seio e teme ser atacada pelo seio. Seria a matriz das ansiedades paranóides, não?

Se a criança tivesse tanto interesse na mamada, que ela insistisse e atacasse o seio e acabasse fantasiando haver danificado o seio. Isso abria caminho para a posição depressiva. Ora, os psicofármacos, principalmente os primeiros e os que tiveram maior repercussão, as fenotiazinas: clorpromazina e

outros, eram caracterizados por aumento do apetite dos pacientes, aumento da ingestão de alimentos, aumento do peso corporal. Isso poderia decorrer de uma tranquilização maior, mais tranquilos eles comiam mais, ou poderia decorrer de uma ação dos fenotiazínicos sobre os instintos nutritivos. Foram feitos estudos e acabou-se concluindo pelos estímulo da fome.

A senhora percebe aí um ponto de engrenagem. Os esquizofrênicos, pelos estudos de biopsicologia, já tinham sido apontados como aqueles que têm fome débil. Os esquizóides são aqueles cuja constituição física tinha pequeno desenvolvimento do aparelho digestivo, eram aqueles que tinham menos fome e os mais propensos à esquizofrenia. Aqueles que tinham o desenvolvimento relativamente maior do aparelho digestivo, hipónicos, endomórficos, eram aqueles que tinham maior propensão para psicose maníaco-depressiva, depressão e psicose maníaco-depressiva.

Então as coisas começaram a se casar, se reforçar. Conhecimentos tirados da psicanálise, conhecimentos tirados da psicofarmacologia começaram a se reforçar, a se casar. Houve uma conjunção no campo da teoria. Os psicofármacos vieram reforçar alguns aspectos da teoria psicanalítica e enfraquecer alguns outros. Então a psicanálise teria na psicofarmacologia, uma maneira de submeter à prova empírica hipóteses que fossem formuladas pela investigação psicanalítica. Se isso para o psicanalista de per si não tem mais valor, o próprio Freud dizia que não era importante a experimentação para a ocorrência psicanalítica, esse tipo de experimentação tem importância para o conhecimento dos não psicanalistas e para aproximar a psicanálise daquilo que alguns epistemologistas consideram essencial no pensamento científico: a possibilidade de averiguação das suposições formuladas.

Tenho exemplos assim, de casos de pacientes que tomavam, melhoravam, engordavam. E alguns passaram até a exercer atividades praticamente normais, retomaram atividades profissionais. Também no caso da insulina, tomava insulina de novo. No caso do Amplictil, e semelhantes também isso acontecia, então alguns passavam a tomar pequenas doses de manutenção, tomavam essas doses durante longo tempo, e com isso eles passavam bem.

Olha, lembro que, isso há não é bem naquela época, mas alguns anos depois, me lembro de um paciente que ele tomava de dois a quatro mg de Stelazine e passava muitíssimo bem. O Stelazine é a trifluoperazina. E eu me lembro, é, ele durante muitos anos tomou e trabalhava, ele ia quase normalmente. Se ele deixasse de tomar piorava.

No IAPI não me lembro, mas me lembrei de uma paciente que marcou muito, mas relacionada antes com a psicoterapia. Mas é uma paciente que deve ter tomado esses psicofármacos, depois ela passou a ser atendida em psicoterapia de grupo com grande interesse. Ela tinha fobia de sujeira, assim. E precisou de uma intervenção cirúrgica, foi operada, eu soube pela família que ela estava passando mal, desesperada pela interrupção no tratamento no grupo de psicoterapia. E pela situação em que ela estava, no hospital, eles me pediram que fosse visitá-la. Aquilo pra mim era muito difícil, eu não quis ir, eu protelei e a paciente morreu, sem que se soubesse o que tinha levado a paciente à morte. Parece que houve até de sindicância na tentativa de verificar o que é que tinha acontecido. Me interessou muito, ainda que não tenha tido resposta a uma porção de indagações, o que que teria favorecido essa morte inesperada no pós-operatório. Será que foi o estado emocional da paciente? Que situação difícil, porque ela tinha interrompido a sua terapia de grupo, porque ela tinha fobia de sujeira e estava em condições hospitalares, onde provavelmente a

limpeza não atendia às exigências dela. Teriam eles dado Amplictil, Fenegan, quer dizer, ter dado uma quase hibernação no estilo do Delay e do Deniker? Eu não tive resposta a essa pergunta e nem tive meio de saber. Mas ficou gravado. Outros casos também que me ficaram gravados, são casos de suicídios, mas não é típico daquela época, isso existe em todas as épocas: os pacientes que se matam, deprimido.

E no Juqueri, a grande quantidade daqueles que tinham que ser assistidos e a exigüidade de recursos e as condições em que eles viviam lá ... Me lembro de uma visita que foi feita ao Juqueri, por Maxwell Jones que ficou célebre pelos hospitais que ele construiu. E ele querendo ser gentil estragou, eu estava perto e ouvi: "Ainda há hospitais em que as condições são piores". A coisa era triste, havia esforço, havia tentativas, ao menos no campo terapêutico. Mas muita coisa não se podia fazer, então os pacientes passavam do hospital central para as colônias, se cronificavam e lá ficavam. O que eu sei é que os pacientes recebiam os tratamentos que existiam na época não melhoravam, os tratamentos estavam esgotados, às vezes chegavam até à leucotomia, então chegava um ponto em que eles eram considerados crônicos, com pequena ou nenhuma esperança.

Discutia-se, por outro lado que a insulina era o mais eficaz tratamento então existente para as esquizofrenias e que a reiteração dos comas insulínicos às vezes era importante para a obtenção de remissões, portanto reiterar os comas insulínicos constituía uma esperança de remissão, não reiterá-los seria talvez perder uma oportunidade de o paciente se remitir. Então os comas iam sendo aumentados, subiam de número, não é? Falava-se em remissão social. Mas além dessa remissão dos sintomas produtivos, havia mudanças na vida psíquica, no comportamento das pessoas que não diziam respeito somente aos

sintomas produtivos, quer dizer, os sintomas deficitários também eram destruídos. Alguns sintomas deficitários, por exemplo a dificuldade de apresentação de pensamento sintético, de exposição linear e concatenada de idéias melhorava enormemente com ... quando vinham os resultados da insulinoterapia.

Os modismos, a gente pensa nas modas que existiram em psiquiatria, modas que depois passaram e foi bom pra gente ter cuidado com o que possa ser modismo hoje. A leucotomia foi uma delas. Muitos pacientes foram operados no Juqueri e mais tarde é que se veio a perceber a deterioração da personalidade que tinham sido os sintomas negativos produzidos pela leucotomia. Houve até um livro publicado por Mário Yahn e Aloísio Matos Pimenta, era outro neurocirurgião que trabalhava lá. Mais tarde houve uma tentativa de ressurgimento da leucotomia, novas técnicas cirúrgicas, tais como psicocirurgia, psiconeurocirurgia estereotáxica. Quem viu a moda daquele tempo da leucotomia se sente muito mais cauteloso na apreciação desse ressurgimento da leucotomia que é a psiconeurocirurgia estereotáxica. Depois de um certo tempo o esforço investigativo realizado no Hospital do Juqueri declinou, não sei porque, é outra coisa que eu sempre tive curiosidade. Porque declinou? Era um hospital efervescente, cheio de entusiasmo, de vida. Talvez em parte este papel passou para a Universidade.

ENTREVISTA VI

Eu nunca freqüentei o Juqueri. A minha formação foi assim: eu, já como estudante, que eu sou do século passado, não é? Vai custar pra você entender o que eu vou falar. Já como estudante a minha intenção era fazer psiquiatria. Eu sou formado aqui pela USP. E eu, nesse tempo a USP formava 80 médicos, sou da época das 80 vagas. Desde a época em que a USP realmente foi fundada sob os auspícios da Fundação Rockefeller, que estabeleceu isso como números. Então era extremamente difícil entrar aí na faculdade. Muito difícil, a seleção era sofisticadíssima.

Nós, 80 alunos. constituíamos assim um corpo privilegiado de universitários, não é? Porque a faculdade era realmente equipadíssima. Pra você ter uma idéia nós tínhamos um microscópio pra cada aluno em todas as cadeiras de microscopia, citologia, microbiologia, parasito. E nos era entregue no começo caixa, caixa de lâmina, de material, mesa de autópsia, mesa de dissecação de anatomia, anatomia descritiva três anos ... era um curso pesadíssimo e com uma total abundância de material.

E nós nos julgávamos assim intelectuais de alto nível, não é?, tínhamos preocupações de toda natureza, que extrapolavam em muito a simples formação médica. E eu integrava um grupo que era extremamente ambicioso. Nós constituímos um grupo de oito amigos, que exercíamos até uma certa liderança na turma toda ... e todos eles assim, voltados para aquelas especialidades consideradas as mais complexas, não é?

Só tinha um - mesmo assim ele fez uma formação em cardiologia com o Lecour, que era de altíssimo nível, não é? - que por ser comunista, ele mudou realmente ... uma cabeça como poucas eu conheci até hoje, um intelectual de

primeiríssima ordem, extremamente sério e tal. E eu me lembro que ele um dia chegou pra mim e disse: "Eu vou mudar. Não vou ser ... deixei ... não vou ser cardiologista. Porque a cardiologia não tem expressão social absolutamente nenhuma, conflitua totalmente com todas as minhas inquietações com relação aos problemas que nos afligem, de modo que eu vou fazer saúde pública."

Ele era o filho varão de um indivíduo ... o pai dele eu conheci era um sujeito simples, humilde, mas que tinha enriquecido, muito endinheirado. E desde o primeiro ano já tinha comprado pra ele um consultório na Marconi. Naquele tempo era a rua Marconi que era de especialidade. Tinha comprado o consultório, montou o consultório com toda a ... eletrocardiograma e tudo, aparelho de radioscopia. Ele quando se formou deu um "tchau" e foi pro Amazonas ficar pesquisando lá - índio e essas zonas mais pobres - e se tornou uma das maiores autoridades no mundo em schistossoma. Luiz ... Ficou exilado durante mais de dez anos depois da revolução de 64, tanto que a família dele ... ele saiu daqui com filhos pequenos, não deu pra voltar. Todos os filhos, ele tinha cinco filhos, fizeram formação profissional na Europa e ele voltou, hoje mora no Rio, como consultor da ONU.

Esse mesmo grupo, então, quando eu disse que ia fazer psiquiatria só faltou me linchar. "Que é isso, mas você ... como você vai jogar fora toda essa tua formação pra ficar cuidando de louco, fechado lá no Juqueri, pra fazer o que?, ficar fazendo poesia sobre a loucura?"

Realmente causou uma verdadeira loucura. Por que? Nessa época, 1944, eu fiz o meu curso todo durante a guerra. '39 entrei na faculdade - fevereiro - a guerra começou em setembro. '44 me formei a guerra estava terminando. Então um período de grande, realmente de grande inquietação, sobretudo a juventude, grande efervescência intelectual, não é? Com o fim da guerra caiu a ditadura

getuliana, Getúlio teve que abrir, fazer eleições, e tal, e entramos num período que foi realmente de liberdade assim, liberdades sociais e políticas que eu nunca vi outro. Resultou no Juscelino, embora sempre com golpe pra cá e golpe pra lá, mas a liberdade que se gozava era realmente esplêndida.

E quando saí da Faculdade eu pertencia a um grupo de estudos de Freud, ao qual pertenceram ... grande parte daqueles que vieram a ser papas da ... do Instituto de Psicanálise de São Paulo. Laertes Ferrão, Roberto Azevedo e ... vários outros. O Edmundo Maia fez parte desse grupo, embora depois ele não tivesse continuado como psicanalista.

O Lentino era uma espécie de dissidente. Você chegou a ouvir falar no Lentino, não é? O Paulo Lentino, ele não era um Freudiano ortodoxo, ele era de uma fase em que de fato não havia como fazer formação aqui, embora fosse mais moço do que o Durval. Durval não tem formação, ele não foi analisado nem nada. Ele é que nem Freud. Mas logo em seguida, chegaram aqui psicanalistas de formação profissional, Adelaide Kohr por exemplo.

Então a geração que se seguiu ao Durval foi toda psicanalisada. Só que esse grupo que o Paulo Lentino orientava que durou mais ou menos uns seis, oito anos, era de psiquiatras que não aceitavam aquela formação ortodoxa, principalmente pelo Instituto de São Paulo, que nós julgávamos incompetentes. Não tinha nível para fazer formação de ninguém. E é por aí que nós fomos fazer um grupo com orientação do Paulo Lentino, (autodidata).

Acontece que esse grupo ao fim de seis, oito anos, convenceu-se de que realmente, nem todo, não houve unanimidade, eu fui um dos que discrepou, mantive a minha coerência, eu achava a análise algo ... dispensável, não achava que fosse fundamental pra formação analítica não. Achava que o que era necessário era um aguçadíssimo espírito crítico na análise dos postulados

freudianos e uma formulação dessa teoria sempre pautada na observação dos pacientes. E uma postura científica, quase que positivista. Só. Não precisava de mais nada pra poder prosseguir. Você entender da teoria da relatividade de Einstein, precisa ter cabeça só, mais nada, não é? Cabeça e espírito crítico. Porque para entender ... "Ah, porque as emoções ... a introspecção ... o insight ... não são ...". Baboseira.

Em suma, ao fim de seis, sete anos, esse grupo que achava que precisava fazer análise, mas não se conformava em se submeter à análise pelos analistas didatas aqui de São Paulo. Nessa época ainda era a Adelaide Kohr e já tinha o Darcy Uchôa, muito meu amigo, vivia querendo me botar na cabeça pra eu fazer análise.

Estamos justamente em torno de '54, '53. O grupo se dissolve, depois de importar o Theon Spanudis, ele era romeno, radicado na Áustria em Viena. E o grupo ... pertencia Roberto Azevedo, Gonzaga Arruda, tinha um rapaz do Rio que morou muito tempo em São Paulo, ... eu não vou me lembrar o nome dele, ... o Laertes Ferrão, mais uns dois ou três, escreveram - nesse tempo era o Ernest Jones que presidia a Sociedade Internacional - escreveram para o Ernest Jones, pedindo a ele se não podia indicar algum psicanalista credenciado pela Sociedade Internacional que se dispusesse a vir para o Brasil e fazer análise do pessoal.

Era um pós guerra, a Europa estava meio destroçada, então, de fato era uma oportunidade. O Jones respondeu, indicou o nome do Spanudis e as condições em que ele viria. Ele se propunha a fazer a análise de dez profissionais e ter duas vagas por "x", cobrava então uma taxa fixa, que cobria a análise didática de dez profissionais, se tivesse seis, por exemplo, tinha que pagar o montante total. Como realmente foi o que aconteceu, quer dizer, os que

se propunham a fazer esse grupo se responsabilizava em pagar essa importância global e deixar ainda o Spanudis livre pra assumir mais dois que pagariam individualmente pra ele, atividade extra. E durante três meses ele ficaria aqui, sustentado por essa taxa para poder se familiarizar com o português, ele, por ser romeno, então ele tinha familiaridade com línguas neolatinas, não é? E achava que em três meses dominava o português. Embora pelo menos cinco dos importadores sabiam inglês em nível suficiente pra já começarem a análise em inglês. E ele aí aceitou começar desde que chegasse com aqueles que tinham fluência em inglês.

Pra resumir essa fase, ao fim de dois anos ele deu diploma pra todo mundo como se fosse um curso, uma espécie de uma cerimônia de formatura. Conseguiram a adesão de mais alguns, não é? pra completar o grupo de dez. A coisa ficava caríssima, eu era muito pobre, nem que quisesse - não queria - nem que tivesse dinheiro, mas mesmo que quisesse não tinha condição.

Então nesse ... como estudante, por essa condição é ... família no interior, vivia aqui em São Paulo em pensão, eu logo cedo fui ser interno num hospital geral. E foi por intermédio desse ... que tinha uma seção de psiquiatria, eu fui justamente por isso. E que tinha o irmão do Paulo Lentino como cirurgião, José Lentino. E ele que me convidou pra ser interno no Hospital. Hospital Vila Pompéia. O hospital estava numa crise, uma crise financeira, era hospital privado que tinha uma seção de maternidade, uma de cirurgia e tinha a seção de psiquiatria. O psiquiatra que tinha começado era um psiquiatra espírita e ele fazia passes e pertencia ao grupo de donos.

Eram sete donos do hospital, dos quais cinco médicos, uma parteira e um leigo que fazia a parte administrativa. Quando eu fui convidado pelo José Lentino para ser interno, estava havendo um racha na diretoria em que o

médico psiquiatra espírita Dr. - não me lembro do nome dele - e o administrador, também espírita, saíram e deixaram os cinco pra por em ordem o hospital. De fato eles fizeram um trabalho muito bom, mas brigando. Os dois não saíram da sociedade, continuaram donos mas não iam lá, brigas monumentais.

Ao fim de dois anos, eu fui pra lá no terceiro ano, quando eu estava no quinto, no fim do ... meio do quinto ano, o diretor do hospital ficou muito meu amigo, Ricardino Rangel, pai do Flávio Rangel, conheci o Flávio menino. Convivi com eles muito tempo, eles moravam perto do hospital. Ricardino Rangel me chamou e disse: "Olha, nós chegamos num ponto de ruptura. Nós fizemos uma oferta pros dois, demos um valor às cotas e nós cinco ou eles saem e nós compramos as duas partes deles, ou eles ficam e nos compram ao mesmo preço as cinco partes nossas. Eu acredito que pra eles vai ficar muito difícil, é muito mais fácil pra cinco comprar a parte de dois do que o inverso. Mas de qualquer maneira você fica avisado que se por acaso não der certo você procura outro rumo."

Era mais ou menos outubro, eu estava fazendo o quinto ano. E para minha ... meu desgosto, minha surpresa, os dois compraram o resto. Só que o Rangel pediu a eles que me mantivessem como interno e ... e então eles me mantiveram. E deu-se o caso que eles compraram porque um filantropo capitalista espírita é que custeou.

Só que esse filantropo e tudo, ele queria lucro e os dois não só incompetentes como também tinham ... Eu me virava lá pra poder atender tudo, foi um período difícilimo na minha vida. E o hospital foi afundando e um dia recebi um telefonema do tal fulano que simplesmente disse o seguinte, não me conhecia, queria falar comigo, eu fiquei até assustado ... a partir daquele

momento o hospital estava nas minhas mãos. Porque ele tinha uma espécie de gerentão lá dentro, que nesse período da gestão durante um período "x", não é?, que eu acho que foi uns quatro meses, foi nas minhas férias entre o quinto e sexto ano, que durou esse período da gestão nova. Observava o meu trabalho lá instrumentando cirurgias e procurando evitar que os cirurgiões que freqüentavam o hospital no tempo do Rangel saíssem, não é?, deixassem de internar lá. E eu dava anestesia, eu que ajudava na operação, fazia parto, fiz trezentos partos no tempo que eu fiquei lá.

Então, que ele tinha simplesmente dispensado o Dr. Fulano, que era o tal administrador e que o hospital estava nas minhas mãos. Eu fazia o que eu quisesse do hospital. Ele não queria era continuar tendo prejuízo. Convidasse gente, vai dirigir o hospital ... mas como dirigir não tem nem condição, não é? Mas pra encurtar esse parte o fato é que no sexto ano eu assumi o hospital. Transformei-o em hospital psiquiátrico convidando colegas pra constituir grupo que até hoje trabalha comigo, só que no Sanatório Anhembi - não sei se você já ouviu falar, na estrada de Cotia e de ... - pra onde nos transportamos depois de uns dez anos, que o hospital lá ficou estrangulado, era alugado o prédio, muito ruim.

E aí eu convidei Ciriaco do Amaral Filho que era diretor do Juqueri, eu era estudante, sextanista, e convidei José Lamartine de Assis, neurologista, indicado pelo Ciriaco, que foi meu professor no sexto ano. E que lá no sanatório trabalhávamos juntos e organizamos o hospital psiquiátrico. Foi aí que eu fiz a minha formação psiquiátrica. O hospital ... propunha a dissolução das seções de cirurgia e parto e tal, aí dava cerca de 120 leitos mais ou menos.

Assim que eu assumi eu já transformei. Eu estabeleci algumas condições pro tal dono do hospital. Ele era dono das sardinhas Rubi, Arlindo Nunes

Rodrigues chamava, tinha escritório ali na Rua Cantareira, aqueles atacadistas de cereais que tinha lá, uma coisarada, atendia lá em cima, ninguém entendia o telefonema. Eu disse: "Seu Arlindo, eu não o conheço e sei que suas intenções são as melhores possíveis, mas a coisa não se pode fazer dessa forma. Eu vou primeiro ...", não sabia que ele tinha já dispensado o ... Dr. Gaspar chamava-se. Disse: "Eu vou primeiro conversar com Dr. Gaspar, porque é um dever de lealdade, eu não posso aceitar isso ..." Ele disse: "Não, não, antes de chamá-lo aqui eu já o dispensei, o Dr. Gaspar nem vai pisar mais lá." Disse: "Isso é uma leviandade sua, o hospital está cheio de doentes lá, como é que pode, estudante e tal..." Ele disse: "E o senhor se arrume. Eu tive referências lá que o senhor não se aperta. O senhor se arrume. E o hospital é seu. Eu quero receber "x". Eu quero o que eu gastei lá até agora, acho que vale "y", que seria o dobro. Se o senhor me arrumar um lucro que pague", vamos dizer em números de hoje, não é?, duzentos mil cruzados "eu recebo cem e o senhor fica dono da metade e os outros companheiros seus. Eu disse: "Não, não, esse não é o problema. Então o senhor me dá um tempo pra eu ver se consigo arregimentar gente que queira assumir, porque aquilo lá é um abacaxi, não é? Só deu prejuízo na mão de gente competente que eu deixei lá, na mão dele deu prejuízo, como é que eu vou conseguir convidar gente que queira se aventurar, ainda mais transformando isto num hospital de psiquiatria?"

Consegui, e depois de alguns meses nós tínhamos o hospital praticamente funcionando a pleno. Só tinha doente particular naquele tempo. E o Ciriaco tinha uma boa clínica, o Lamartine também, eram ambos formados já há uns oito anos, o Lamartine já era professor na faculdade. Então já tinha um

E desde então, quer dizer, isso foi em '43, '44, começo de '44, foi quando foi fundado o hospital, com o nome de Hospital Vila Pompéia, só pra psiquiatria, que eu faço psiquiatria que era: eletrochoque, insulino-terapia, malarioterapia e uma ou outra derivação assim um pouquinho mais, como é que eu poderia dizer ... não é mais ousada ... não tenho expressão. Porque ... cardiazol, não é, esqueci de citar, método de Giorgi, não sei se você já ouviu falar. Então, método de Giorgi consistia em você fazer uma crise convulsiva no curso do coma insulínico. O coma na técnica de Sackel, que exigia comas profundos e demorados, não é?, 20 minutos a meia hora. O Sackel no primeiro congresso mundial de psiquiatria foi muito criticado porque ele precede, Sackel precede o Cerletti, que teve um sucesso muito grande, então a insulino-terapia começou a ser questionada.

E o Sackel, que era muito vaidoso, ele dizia que a insulino-terapia, quer dizer, era considerada ineficaz porque ninguém fazia de acordo com o método que ele preconizava, isto é, comas profundos e demorados e uma série de, no mínimo, de trinta a quarenta comas. Era realmente uma coisa brutal, não é? E que as convulsões que surgiam e que eram motivo da gente interromper o coma, considerávamos um acidente, ele dizia que já eram esperadas por ele porque faziam parte do módulo terapêutico e ele sabia disso. Ele tinha então sido precursor da convulsoterapia, só que provocada pela insulina, como técnica terapêutica psiquiátrica. As quatro grandes armas, vou repetir: malarioterapia, insulino-terapia, cardiazolterapia - convulsoterapia pelo cardiazol - e eletrochoque eram os únicos instrumentos em uso na época em que eu comecei o Sanatório Vila Pompéia como hospital psiquiátrico.

Nós fazíamos é ... assim ... 25, 30 aplicações do eletrochoque rotineiramente, por dia de aplicação, tinha dois por semana. Eram 120

pacientes, mais ou menos. Você vê, um terço da população tomava ... era submetido ao eletrochoque. Era uma terapia assim, uma panacéia, não é? A gente aplicava eletrochoque pra tudo, não é? Pra qualquer tipo de quadro, isso nessa fase.

É evidente que a psicofarmacologia desfigurou a evolução dos quadros. Porque hoje até os médicos clínicos se lançam a aplicar os psicotrópicos, para quadros psiquiátricos, não é? Então existe um desfiguramento indiscutível dos quadros que classicamente a gente via no passado. Catatonia, por exemplo, eu não ... faz séculos que eu não vejo um esquizofrênico catatônico, vi outro dia um, mas é ... praticamente ... Tanto que a estudantada toda não sabe o que é aquilo. E a única técnica que era usada especificamente pra esquizofrenia era a insulino-terapia. Aquela era usada realmente com muita frequência, com muita expectativa. Quando se diagnosticava um caso de esquizofrenia, era a primeira técnica a ser usada qualquer que fosse a forma que ela se apresentasse, qualquer que fosse a configuração clínica, com exceção da catatonia que a gente sempre aplicava o eletrochoque.

Nos casos da catatonia esquizofrênica, remitido o quadro psicomotor, é ... o que sobrava era tratado por meio da insulina, desde que o diagnóstico de esquizofrenia fosse realmente firmado. E a malária nos casos, muito frequentes na época, da neurolues, paralisia geral progressiva. Aí o Ciriaco que era diretor do Juqueri trazia o sangue cultivado lá no Juqueri pra inocular nos nossos doentes. O ... como que chama ... plasmodium 4, foi o plasmodium "J", porque era uma forma benigna que se tinha que usar, é claro não é?, substituir uma doença pela outra (seria bobagem). Até porque nessa época a malária não tinha um tratamento assim muito eficaz, não? Era uma forma de malária bastante amenizada, um plasmodium bem atenuado, que era tipado lá no Juqueri e a

gente recebia amostragem de sangue pra fazer as inoculações lá. Sempre tinha também nessa população, 5, 10 pacientes em malarioterapia.

Era muito freqüente a ... chegamos a tratar doentes, por exemplo, com as técnicas ... a borrasca vascular de Fiamberti. Mas isso eu por exemplo praticamente só vi colegas indicando e fazendo. É uma injeção ... está me fugindo o nome do ... é um desses ... é ... me deu um branco agora. Não, eu estou hesitando em chamar de mediador químico existente na adrenalina por exemplo, não é? Acetilcolina, será que era acetil colina que era dado?, injetado na veia no estilo do cardiazol, e isso provocava, como o nome diz, uma borrasca vascular, sensações monumentais não só de índices tensionais, como também na circulação periférica havia uma vasodilatação, o sujeito ficava rubro, ele sentia uma sensação horrorosa.

O autor do método chamava Fiamberti. Isso eu vi fazer umas duas, três vezes ... a indicação também era meio ... quando não se tinha muito o que fazer se fazia esse tipo de coisa. Ou então em quadros histéricos graves, uma histeria de conversão muito ... porque a reação era imediata, o indivíduo não perde a consciência, então seria assim uma espécie de terapia estilo analista de Bagé, só que armada, não é? Pra tirar o indivíduo de um estado assim de estupor histérico que ele estivesse, coisa assim desse tipo. Essas quatro técnicas levaram um tempo pra ser abandonadas, não?, mesmo depois da introdução da farmacoterapia.

Eu comecei então o uso da reserpina com a inauguração da enfermaria feminina do Instituto de Psiquiatria é ... e a minha intenção era usar a reserpina também em caráter universal, todos os quadros, em cem casos. Justamente porque a reserpina provocou quadros de impregnação, foi assim uma coisa que a gente não sabia o que era. O Pacheco ficou apavorado, ele estava viajando

quando eu comecei e eu tinha feito - nessa altura acho que minha casuística estava no número 54, número bastante bom, não é? Mas eu ia fazer cem casos e com todos os controles que ... depois até foram obedecidos de rotina pra todos os estudos de psicotrópicos que se fizeram na clínica e eu tenho a impressão que até hoje.

Foram introduzidas agora, é claro, outra dosagens, não é? Na época eu fiz uma bateria de exames e provas prévias e ... pra poder usar, pelo menos as doses psiquiátricas, vamos dizer assim. E tive todo o apoio do serviço de cardiologia que usava a reserpina como medicação cardiológica. As doses eram da ordem de cem vezes menores, não é? Eu usava de 5 a 12 mg. E eu me lembro que a embalagem comercial que existia na época era de 0,1mg, um décimo de miligrama. Então a dose máxima, eu cheguei a usar 12 mg, em alguns casos era equivalente a 120 vezes a dose usual na clínica. E curiosamente os efeitos hipotensores eram menores em doses maciças que quando dada em doses menores. E os cardiologistas não tinham como me dar um respaldo de que de fato eu poderia utilizar essas drogas sem maiores preocupações. O que eu obtinha era um contato direto com o laboratório que isolava a reserpina, não é?, que já tinha começado na Europa. Eu fui convidado para integrar um grupo tinha europeus, eu acho que nos Estados Unidos, não, eram europeus e talvez aqui na América Latina mais um ou dois e eu, aqui no Brasil. Então eles me mandaram.

O laboratório era o ... bom, agora eu tenho a impressão que é a Ciba. É que ... a cabeça não é ... realmente a arteriosclerose já bateu aqui ... Serpasol ... eu tinha correspondência direta com a Suíça e eles me mandavam ... Ciba, e eles me mandavam a literatura do laboratório, os protocolos de utilização, não é? Intramuros. Não só de experimentação em animais como também em

pesquisas patrocinadas pelo próprio laboratório ali na Suíça mesmo, era um psiquiatra suíço. Lá o grupo era ... de psiquiatras suíços, com os quais inclusive me corripondi. E eles estavam usando isso em '51, '52 que as experiências começaram, não aqui no Brasil. Aqui eu iniciei em '54. O trabalho deve ter saído no Jornal Brasileiro de Psiquiatria em '56. É, talvez um pouco antes, fim de '53, '54, não é? E ... na Europa já fazia uns dois, três anos que havia começado o uso da reserpina em humanos, não é? Nessa ... justamente essa literatura, esses registros não foram publicados, eu os tinha fornecidos pela Ciba, não é?

Nos protocolos da Ciba, isso não foi publicado. Não, porque eram dados de registros, não?, mais de que de resultados. E ... registros sobre os efeitos provocados pela introdução dessas doses da reserpina no organismo humano. O efeito sobre a pressão arterial, sobre determinadas taxas sanguíneas, não é? Não tinha característica propriamente psiquiátrica. Não, não, porque essa justamente é que era a preocupação, a minha ... a observação psicopatológica. Essa eu não tinha nenhuma preocupação de começar no escuro, mesmo a indicação, porque não se tinha mais nada, não é?

A minha preocupação era quanto aos efeitos colaterais, secundários, tóxicos, que a droga poderia ter sobre o organismo humano, sabendo que ela era usada em cardiologia como um hipotensor incisivo em doses mínimas. Então, ou sobre o fígado, eu fazia provas de função hepática, fazia uma série ... E tinha já essas dosagens vindas lá da Suíça, como dando o remédio como realmente sem nenhum perigo. Tanto que embora o próprio laboratório exigisse uma ... a assunção de um compromisso sobre os riscos eventuais na aplicação da droga teriam que ser assumidos por mim, eles realmente me deram garantia de que não havia como o remédio produzir efeitos danosos em nenhum tecido

nobre do organismo. É, em termos, por exemplo de animais, a pesquisa foi realizada em ratos, então a autopsia realizada, doses maciças, não é?, mostrava uma ruptura da barreira, vamos dizer assim, e muito pequena ... mínima ... e rastros da substância no fígado, realmente era mínimo, com doses maciças.

Mas com o respaldo assim do resto do HC, das clínicas médicas do HC, a cardiologia, a nefrologia, a hematologia, eu comecei a minha investigação com a reserpina. Acho que nunca ninguém usou a reserpina no Brasil fora do ambiente universitário. Realizaram este tipo de trabalho no Brasil, o Krynski, a Cléo e o Milletto. Mas eles usaram doses baixas, não altas. No entanto não me lembro se foi publicado na revista do Juqueri. Porque o que aconteceu foi o seguinte: que com esse ... essa ... descoberta, digamos, em que , determinados quadros, que depois foram denominados de impregnação, quadros parkinsonóides, que a gente via, a acatisia que provocava, quer dizer, nos corredores. E depois, logo em seguida, em '55, '56, tanto que no mesmo espaço físico, nessa altura já tinha sido inaugurada a unidade masculina, que estava sendo ...

Começou só com a feminina. Eu dirigia a unidade feminina e o Henrique Marques de Carvalho que é alguém que você devia entrevistar. Ah, esse além de tudo é uma autoridade no processo. O nome dele figura no primeiro trabalho que se fez sobre clorpromazina no Brasil, que é um trabalho que a Rhodia deve ter te dado. Não confundir com Carvalhal. O Henrique Marques de Carvalho dirigia a unidade masculina. É, então ... de que data é? Deve ser de '58. Saiu na revista da Rhodia. Depois eles até publicaram, se não me engano, tornaram a publicar ou foi uma seqüela, aí não sei, em outras revistas. Mas o primeiro trabalho saiu em 1957 na revista da Rhodia, sobre a síndrome de impregnação.

Então, é o primeiro que saiu no Brasil, sobre o Amplictil, sobre a clorpromazina. Desse eu não participei por causa disso.

Eu só vim a trabalhar depois com o ácido lisérgico. Eu fazia muito no meu hospital ... é ... digamos assim, ensaios clínicos com drogas, porque os laboratórios me procuravam muito pra isso. Mas as grandes drogas mesmo - que marcaram época, se espaçaram assim com muitos anos de ... a partir da clorpromazina é ... revolucionárias mesmo - foram os antidepressivos, que surgiram só muito tempo depois. E nesse período eu trabalhei muito com ... praticamente todos os psicotrópicos. Eu fiz ensaios terapêuticos, praticamente todos. Em nível, às vezes, é ... de pré-clínico, vamos dizer, antes do lançamento do produto no mercado.

Eu usei por exemplo o Niamid já na fase dos antidepressivos, mas o Niamid precedeu os verdadeiros antidepressivos. Ele era um inibidor da monoaminoxidase. E eu usava em profusão gota a gota e nunca o laboratório chegou a lançar sob essa forma. Eu fiz esse ensaio, e esse eu fiz no hospital das Clínicas, no Instituto de Psiquiatria. Era para casos rebeldes, de difícil controle, depressão grave, que não obedeciam ao eletrochoque que era o tratamento magno, não é? Então ... e mesmo por via oral o Niamid que era usado não funcionava, então eu fazia em profusão 24 horas, gota a gota, doses altas de Niamid. E consegui realmente sucessos extraordinários em quadros de anos de crônicos, de depressão.

Mas então nessa fase - essa já é muito posterior àquela que você investiga - eu estava muito envolvido na pesquisa farmacológica mas, no meu sanatório. E lá eu publiquei muita coisa com a minha equipe de lá, mas esses produtos subsidiários, não é? Depois aqueles que vieram posteriormente ... o ... Trilafon, ... triperidol, quer dizer...

Eu sou um conservador em matéria de medicação, não me deixo influenciar muito por essas coisas que vão surgindo. Os antidepressivos que eu uso sistematicamente são o Tryptanol e o Tofranil, quando muito o Anafranil, e assim mesmo nas indicações que agora são mais precisas. Nessa fase, o ácido lisérgico é bem mais recente. Foi com ele que eu fiz a minha tese de docência, não é? E ... mas foi uma tese de psicopatologia, investigação psicopatológica.

A justificativa pra usar o ácido lisérgico com fins terapêuticos era respaldada também por trabalhos ... sobretudo o Hans -- na Alemanha que introduziu o ácido lisérgico para uma psicoterapia armada. Tinha lá a exteriorização de conflitos e realmente funcionava. Então, mas a minha tese focalizou as alterações psicopatológicas provocadas pela ação farmacológica do ácido lisérgico. Eu trabalhei com ácido lisérgico mais ou menos uns dez anos. Desde '54 eu já trabalhava com ácido lisérgico.

No Instituto cheguei a fazer alguma coisa e no meu sanatório, mas basicamente eu fiz tudo lá no Instituto. Porque também as precauções e essa infra-estrutura técnico-clínica que eu tinha que ter, clínica no sentido de não psiquiátrica, não é?, eu só podia ter no HC. Fazia dosagens sistemáticas, muito cuidadosas, de tudo antes de aplicar o ácido lisérgico.

Não cheguei a usar a reserpina em meu hospital, porque como eu a usei em caráter puramente experimental, não é?, como eu disse pra você, como um psicotrópico de efeitos absolutamente desconhecidos, não se tinha a mínima idéia de qual seria realmente o mecanismo de ação, muito menos da indicação. Por exemplo, os ... isso eu acho que não cheguei a registrar no meu trabalho porque eu só fiquei ... só tomei conhecimento disso depois do trabalho ter ido pra publicação. Tanto que, você vê, eu consegui publicar o trabalho só no Rio, eu não consegui publicar o trabalho aqui em São Paulo. O Pacheco bloqueou de

todo jeito. Então no seguimento que eu fiz das minhas pacientes é que eu surpreendi uma das mais graves conseqüências do uso da reserpina que é a indução de quadros de depressão grave e de suicídio. Tive um caso de suicídio. Eu cheguei à conclusão de que um dos quadros, um dos casos, fosse por causa do quadro clínico. Mas seria contra-indicada a reserpina, embora eu tivesse usado nas psicoses afetivas de feição maníaca.

Em depressão ... eu não me lembro. Talvez tenha até usado em depressão. A depressão constituía um grupo junto com os neuróticos, os depressivos endógenos e os neuróticos. Foi o grupo que pior respondeu. É, então, mas eu usei muito justamente pra um quadro clínico que era de difícilíssimo controle nessa época. Não havia o que ... Porque eram quadros que respondiam muito mal ao eletrochoque. Quadros maníacos, não é?, mesmo de natureza endógena. Respondiam muito mal e eram doentes que ... de controle extremamente difícil.

Eu tive casos de furor maníaco de ... eles destruírem quartos fortes ... então era realmente um problema grave, em todos os sentidos, extremamente agressivos, tal ... Então era uma indicação realmente precisa, mesmo porque ela dava um quadro de impregnação que era uma camisa de força química, por excelência. E eu atribuí o suicídio dessa minha paciente ao fato de ela ter saído em remissão e ter entrado em seguida nesse quadro depressivo com sintomatologia suicida. Não imaginei que a reserpina tivesse ... até hoje eu tenho dúvida. Na época esse quadro eu excluiria embora tivesse sido assim uma reversão muito brusca, não é? Porque ela se suicidou ... assim ... acredito que um mês depois da alta, um negócio assim.

Eu sou muito metódico, então a estruturação do meu trabalho para publicação é praticamente feita desde o primeiro caso. Eu já redijo a

observação tal qual vai ser publicada. Depois enxugo, só e ... mas a ordenação, os protocolos, o encaminhamento já segue paralelo. Então assim que eu concluí, praticamente, dei os últimos retoques, as correções e encaminhei pra publicação. Então muita coisa que eu fiquei depois sabendo a respeito da evolução dos pacientes e também das conseqüências do uso da reserpina que vinha de outras informações, eu não cheguei a detectar no curso da minha experiência.

E não usei a reserpina, talvez tenha usado lá no sanatório assim como usei, por exemplo, o ácido lisérgico lá no sanatório: três ou quatro casos, não é?, e, mas com fins realmente puramente terapêuticos, sem nenhuma expectativa de acrescentar à casuística nada. Porque a experiência, tal como ela era realizada no âmbito do Hospital das Clínicas, ela dava já uma ... força informativa que dispensava ... fazer mais um grupo aqui, mais outro grupo lá. Aí já usava naqueles casos em que eu achava que ia ter bom efeito e ... às vezes nem eu acompanhava, era algum dos colegas que o doente era dele, eu dava, orientava, eles usavam e observavam os efeitos. O ácido lisérgico os dois casos não foram meus. E veio em seguida a clorpromazina.

Ah, tem mais: a Ciba não comercializou a reserpina nas doses maciças. Ela não chegou a lançar no mercado com 5mg. Eu usava a ampola de 5mg e completava com ampolas de 1mg, que essa eu tenho a impressão que chegou a ser lançada no mercado. Mas mesmo a ampola de 1mg, pra certos casos eu usava dose ... baixa era de 5mg, uma aplicação única. Nos casos que eu tive que dar mais, eu dava duas injeções num intervalo de 12 horas, não é? 5 e a fração, depois três, quatro. Fracionava com a ampola diluída. Então havia dificuldade para utilizar esse produto.

E quando surgiu a clorpromazina, veio com muitíssimo mais marketing que a reserpina. É, realmente, não é? A Rhodia, não só porque ela era uma empresa francesa, o Pacheco fez toda sua formação na França, e também porque era uma ... empresa farmacêutica com uma gama de produtos, o Gardenal, por exemplo, não é? O Gardenal como antiepilético. Ela tinha outros produtos ... uma série de hipnóticos ... da área de anestesia também tinha muita coisa ... tanto que a clorpromazina vem de pesquisas sobre anestésicos. Então ... assim ... o embasamento empresarial, comercial da Rounè Poulenc, francesa, instalada no Brasil, já era produtora de coisas também tipo ... nylon, não é?, aquele negócio da guerra era ... esse ... viscoso.

Então, Rhodia era um nome que se impunha em toda a parte. Um produto da Rhodia vinha com uma força de mercado muito forte. E eles tinham todo um ... uma estrutura mercadológica pra introduzir um produto novo, muito experiente, não é? Propagandistas, a direção científica é gente que tem entrada em tudo quanto é lugar. Eles tinham trânsito em todos os ambientes possíveis. Então quando eles instalaram, trouxeram para o HC, o material para a pesquisa da clorpromazina e já estava na França consagrada, não é? Isso foi ... esse ano de '55, '56. Mais ou menos coincidente com a época em que eu fiz a minha pesquisa na reserpina. Defasagem acho que ... acho que se acavaram até. Os meus últimos casos de reserpina coincidiram com o início da pesquisa de clorpromazina. Ali, junto comigo, eu acompanhei, vi.

Já chamava Amplictil. Aliás, era o nome ... Largactil. O que nós usamos ainda veio com o nome de Largactil. Só que não chegou nem a pegar a publicação, antes já estava no comércio, já estava nas farmácias. Então foi uma coisa assim que inundou o mercado e teve uma repercussão, primeiro porque a rigor a ... o neurolético padrão realmente é o Amplictil. Até hoje é utilizado

como ... vamos dizer assim, fármaco padrão para confronto de efeitos, tanto efeitos antipsicóticos como para efeitos colaterais, em outros neuroléticos. É ... freqüente ... ainda agora no Congresso da Associação Psiquiátrica Americana, agora em maio, quando eu estive, vários trabalhos sobre neuroléticos, trabalhos experimentais, e o ... a unidade, digamos assim, padrão é CZ, clorpromazina, CPZ, é a sigla que eles usam.

Então ... ela realmente foi um instante revolucionário. A reserpina não, a reserpina a gente sentia que tinha vários inconvenientes, não é? E pelos efeitos não eram ... digamos ... era usada como um anti ... anti-agitação, anti-excitação, ela não tinha os efeitos antipsicóticos que os neuroléticos, porque ela não é neurolético, ela tem efeitos psicotrópicos. Durante muito tempo foi usada como unidade de mensuração para determinadas ações em estruturas cerebrais. Efeito reserpínico em determinados grupos talâmicos durante ... até hoje é usada pelos laboratórios, para que se possa captar potenciais evocados sob o efeito da reserpina serve para confrontar com outros fármacos de efeitos menos conhecidos.

Então, a ... não prosperou a utilização clínica comercial da reserpina. E eu acredito que nem o laboratório se interessou, dado ... dada a repercussão que teve o Amplictil. E como ela continuou sendo usada num campo em que pra eles interessava mais, não é? Porque uma coisa que talvez você saiba, e isso marcou muito a história da psicofarmacologia, foi essa contradição, digamos assim, existente entre a utilização legítima, autêntica do psicotrópico, genericamente honesta, vamos dizer assim, e os interesses da indústria (que procura, é ... digamos assim, investigar o campo da farmacologia psiquiátrica. Mas o psiquiatra correto, a utilização que ele faz do psicofármaco contraria os

interesses da indústria porque num campo tão limitado, é uma clientela tão pouco assim, expandida, que o laboratório ... em seguida ele satura o mercado.

A rigor o único especialista que está em condições de receitar um psicotrópico, qualquer que seja ele é o psiquiatra. A clínica psiquiátrica é muito circunscrita e as doses em que usamos esses medicamentos são doses, a rigor, que contrariam os interesses dos laboratórios. Tanto que esse quadro da utilização maciça logo em seguida foi abandonado em benefício da utilização de doses moderadas, doses bem menos intensas dos mesmos medicamentos. E o que é que interessa aos laboratórios? Que a droga seja utilizada pelo maior número de médicos possível, em pediatria, em cardiologia, ... quer dizer, então começam a surgir os antidistônicos, não é? De onde saem os antidistônicos? Da necessidade dos laboratórios de expandir e facilitar, a nível inclusive do farmacêutico, a venda do produto no balcão.

Então essa contradição que se tornou clara mais ou menos na década de '70, que começou a haver uma espécie de tomada de consciência dos psiquiatras inclusive, psicofarmacologistas também, em função dos excessos e eventualmente até em função da utilização crônica desses remédios. As discinesias, por exemplo, provocadas pelo ... pelo Haldol, como é que chama o Haldol? Pelas butirofenonas, não é? são quadros de descrição recente, muito tempo depois que as butirofenonas foram introduzidas.

Eu tive uma relação muito íntima com o Paul Jahnsem que era o farmacologista que era um dos donos da Jahnsen, sede da Johnson lá na Bélgica, não é? E o Paul Janhsen, tive muitos contatos com ele, ele era um dos que honestamente achava que aos primeiros sinais de saturação neuronal do psicotrópico era preciso que a gente diminuísse as doses e ... existem até trabalhos publicados - eu cheguei a usar esse tipo de teste - que procuravam

surpreender na escrita as primeiras manifestações neurodislépticas, vamos chamá-las assim, do efeito ... pra poder aí diminuir as doses.

Fazia um teste antes da aplicação dos neuroléticos e depois de algum tempo, uma semana do uso, já começava a repetir as frases, comparar pra ver se estava havendo já comprometimento na escrita. E aí, no caso de haver, se reduzia as doses. As doses ficavam reduzidas a uma vigésima parte, isso contrariava os interesses, é, sobretudo, quando a medicação se tornava muito específica, não é?

Era o caso por exemplo da própria reserpina, pra mostrar que a Ciba, podendo fabricar uma mesma substância com um décimo de miligrama, que qualquer clinico do interior até hoje, seria em comprimido, não é nem injetável, está aí o Serpasol na praça há trinta anos, vai ele agora se preocupar em embalar ampola de 5mg, serviria pra quem, pra doente do Juqueri, do estado, não é? Porque o próprio doente psicótico ... que tem que prover, que tem que comprar o seu medicamento, é rarissimo, não é? Realmente a decadência social que o psicótico sofre, a família e tal, impede que pague preços altos pelo remédio.

Esses aspectos mercadológicos que influíram fortemente na evolução da ... psicofarmacologia. Há medicamentos por exemplo, como é o caso do Melleril que tem um mercado espantosíssimo. Eu usei Melleril assim em prova clinica, não é?, muito tempo, bastante. E tinha um ... resultado esplêndido com ele. De repente ... eu não entendi, agora parece que voltou, não sei. Parei de usar porque não tinha aqui no Brasil. E lá nos Estados Unidos, um uso espantoso. Agora tem no Brasil, de vez em quando eu receito. Mas perdi o jogo de cintura pra receitar o Melleril. São conseqüências desse campo que foge completamente da estrita técnica de investigação clinica, não é? Estrita

exploração real dos efeitos do medicamento, específicos no combate a determinados sintomas psicopatológicos, não é? que foge portanto do interesse mercadológico.

O sucesso de uma droga tem muito mais desse jogo do que realmente das suas virtudes e ... principalmente hoje que a coisa está totalmente confusa, muito complicada. Então eu digo a você, eu sou muito conservador, porque são medicamentos que eu tenho controle total sobre eles. Todos esses novos antidepressivos, eu fico naqueles clássicos.

Houve uma época em que eu participava praticamente de todos os eventos em que se discutiam sobre ensaios clínicos da clorpromazina. A nível de congressos, congressos regionais, congressos brasileiros, não é? Nós temos já há vários anos congressos anuais à nível nacional.

ENTREVISTA VII

O conhecimento do médico advém da vida comum, do entendimento entre os médicos, da conversa entre os médicos e principalmente da apresentação de trabalhos. O entendimento comum é a conversa ou a troca de idéias. Um cita uma revista, o outro cita um encarte. Porque muitas vezes um remédio aparece aí como novidade num encarte. Nessas folhas de propaganda, não é? Então eles estão trabalhando lá, estão fazendo, descobrindo, pesquisando e a gente não está aqui nem sabendo, vai tomar conhecimento através de encarte. E muitos produtos, inicialmente o conhecimento é pelo encarte.

Hoje em dia até há outros meios de comunicação que não este da propaganda direta, não é?, do propagandista para o médico, do laboratório para o hospital. Através dos meios de comunicação também, como este ... o antidepressivo que há pouco tempo surgiu, era ... se não me engano foi o Survector e o Olcadil. O Survector foi feito uma propaganda através de satélite no mundo inteiro. Repercussão mundial, não é? De maneira que esta é a fonte mais direta.

Agora há uma outra de ordem mais científica. É através de reuniões científicas, sociedades médicas, não é? Sociedades médicas estaduais, nacionais ou até sociedades médicas mais restritas, como era o caso do Centro de Estudos Franco da Rocha.

O Centro de Estudos Franco da Rocha era ... tinha filiação de todos os psiquiatras do Brasil e outros médicos de outras especialidades, mas

principalmente os médicos do Departamento de Assistência ao Psicopata daquela época. Depois veio a ser chamado Coordenadoria de Saúde Mental. Eu me lembro de uma estatística de 105 médicos, mas isso no começo, depois chegou a ter mais. No tempo que eu era diretor, só eu nomeei numa pancada, uma vez, 40 e tantos. Isso foi em 72, bem mais pra frente, mas no tempo mesmo '48 a '53 eram mais ou menos uns 105 médicos.

Então este era o conhecimento, não é?, direto: através da propaganda, direto ainda através de médico pra médico, troca de idéias. Nós tínhamos uma espécie de ... local de reunião no Juqueri que era o ... trem: o carro restaurante! Então a gente sentava no restaurante e tinha aqueles que se divertiam jogando, ou só batiam papo, discutiam futebol, mas tinha a turma interessada em psiquiatria. Às vezes nos vagões também, mas o carro restaurante era a sede de reunião.

Depois as reuniões de teor mesmo, marcadas, sessões ordinárias e extraordinárias do Centro de Estudos Franco da Rocha, em que eram apresentados trabalhos sobre ... com medicamentos como esse que a senhora citou da outra vez, da ismelina, não é?

A ismelina foi um pouquinho mais tarde. Foi feita através de um trabalho lá apresentado, pesquisa feita ... era um remédio pra baixar a pressão e depois passou a ser usado como antidepressivo, perdão, como depressivo, em pessoas exaltadas em casos de mania. Então a gente dava os remédios hipotensores, porque estes remédios reduzem depressão. Quantos casos eu não tratei de clientes, principalmente mulheres, e que vinham com depressão e era depressão sintomática, quer dizer, como sintoma do hipotensor. Serpasol ... esse foi usado bem mais tarde, não? Mas naquela época o meio de comunicação, o conhecimento que você tinha era desse jeito.

Sobre o Amplictil ... tenho lembrança do grande sucesso que ele causou e foi ... o sucesso foi muito grande e ... tinha-se muito cuidado porque no início o uso era de doses elevadas, com a finalidade era impregnar. Mais tarde ... e era ... produzia quadros intensos de extrapiramidalismo, não é? O indivíduo ficava com doença de Parkinson, como se fosse uma doença de Parkinson, é a síndrome parkinsoniana sintomática. E com hipersialorréia, como se tivesse babando mesmo, tremores e a movimentação de Parkinson típica, não é?, aquele andar. E depois de uns tempos se chegou à conclusão que não era a dose intensa que levava à melhora do estado. No começo acreditava-se que era preciso impregnar, não é?

Depois então passou-se numa segunda ... há trabalhos do Professor Pacheco e Silva sobre isso naquela época, não sei se a senhora conhece. Eu me lembro de um trabalho dele bem feito em que ele mostrava que não havia necessidade dessa impregnação. Então ficou a impregnação apenas para aqueles casos em que a agitação ... a agitação intensa. Precisava conter o doente pra dispensar o eletrochoque ou qualquer outra terapêutica mais drástica. Aí começou-se a aliviar as doses para os doentes.

E houveram ... os doentes que eu trato em consultório e que eu preciso usar os neurolépticos atuais, eu uso em dose pequena. Não passo de 4mg do Orap ou de 5mg do Haldol, não é?, dividido em duas ou três vezes. Que se for ter que dar mais, a gente sempre precisa acompanhar em dose pequena, eu acompanho o antiparkinsoniano, o Akineton, o Artane, o Fenegan, qualquer coisa. Eu mais uso o Akineton e o Artane. Mas o ... com doses pequenas a gente obtém bons resultados. Se bem que há casos em que precisa dar doses intensas e às vezes, acompanhando o Haldol e o Orap é preciso ainda voltar o Amplictil ou Neozine. Em casos de mania, por exemplo, na mania ... e em caso

de insônia também em depressão, em outros tipos de psicose, mas isso é coisa mais recente, não é tanto daquela época não.

Naquela época a aplicação do Amplictil ideal era nos casos de esquizofrenia, nos casos de mania, não é? Então, as duas grandes indicações foram nos casos de esquizofrenia e de mania, desde o início, nas psicoses epiléticas também do tipo que requeria o neuroléptico. Como hoje ainda se usa, junto com o barbitúrico obrigatoriamente hoje em dia é o neuroléptico. Eu uso muito quando tenho uma psicose epilética com distúrbio de consciência, é obrigatório o neuroléptico, e ... sempre com distúrbio de consciência, com delírio, etc. Mas naquela época não era bem assim especificado. Mas a grande aplicação era na esquizofrenia e na mania. O eletrochoque ainda se usava, na depressão ainda era o eletrochoque. Depois surgiu o antidepressivo então se começou também eliminar o eletrochoque na parte da depressão.

No começo, quando eu entrei lá, em todos os pavilhões havia o dormitório onde se fazia a aplicação da insulina e o quarto especial e geralmente ao lado do consultório do médico. Porque os pavilhões no Juqueri, não sei se a senhora viu bem, eles têm duas alas em cada pavilhão, não é? Um corredor bem comprido separado por uma escada. Em cima, ao lado da escada, no topo da escada tem sempre dois consultórios médicos. Um consultório médico e uma outra sala, numa dessas salas a gente usava para fazer a aplicação do eletrochoque. Ou em outro compartimento que tivesse no pavilhão. E antes se fazia também dessa maneira o cardiazol, se fazia no próprio pavilhão. Todos os pavilhões tinham essa aplicação, depois, mais tarde, bem fora desse período, bem mais pra adiante é que se passou a usar um pavilhão só, depois transferido para um outro pavilhão, uma colônia de

crônicos, destinado única e exclusivamente à terapêutica psiquiátrica. Isso foi, eu acredito que depois de 1960. E depois também foi extinto.

Hoje em dia eu não sei como é que está. Acredito que tenha voltado ao método talvez antigo. Não sei como é que está. Se ajeitam como podem. Se bem que hoje em dia o número de doentes é tão diminuído lá, não há necessidade dessas coisas tão intensas, coletivas, não é? Mas essa era mais ou menos o que acontecia naquela época.

Havia pavilhões por tipo de doença, como por exemplo o pavilhão de paralisia geral progressiva, o 8o pavilhão. Era só pra sífilis mental, não é?, quando atingia o psiquismo. Um pavilhão muito bem organizado, etc. Depois foi suspensa a malária e substituída pela penicilina, não é? Mas foi intensamente e por longos anos usada a malária. E aí foi substituída pela nova terapêutica, depois acabaram com esse pavilhão.

Havia o pavilhão das velhas. Nome meio feio hoje em dia, se diz as senhoras de idade, não é? Havia o pavilhão das velhas e havia o pavilhão dos menores. Os menores eram reunidos num pavilhão que era praticamente o pavilhão-escola, Escola Pacheco e Silva. Então havia menores de todos os tipos de doença, mormente oligofrenia, mas havia muito encefalopata, paralíticos de outra origem que não a sífilítica e até esquizofrenia - depois dos doze anos, esquizofrenia antes dos doze eu nunca vi. Mas tinha também esquizofrenia, não é? E outros tipos de doença.

Havia o manicômio judiciário que era só pra doente mental e criminoso e também subdividido, o pavilhão central pros de máxima periculosidade e o pavilhão de crônicos para os de mínima periculosidade e um pavilhão especial para as mulheres, de todos os tipos de doença e de todo grau de periculosidade.

Ainda ... e as colônias, que eram tudo pra crônico. Tinha uma colônia especial para doentes mais em decadência psíquica, aqueles que rasgavam roupa, que não permaneciam vestidos, havia essa relativa separação, porque a separação absoluta sempre foi desaconselhável, por exemplo, separar seletivamente só esquizofrênico, só epilético, não é? Havia pavilhão para epiléticos, colônia para epiléticos, isso havia, mas não é bem a orientação boa, porque como no manicômio judiciário tinha todos os tipos de doença no prédio central.

Porque a idéia é a seguinte: um doente ajuda o outro. O oligofrênico pode ajudar um epilético em crise, não é? O doente mais consciente, mais lúcido pode ajudar uma briga, a separação de uma briga, a socorrer um agredido. Então a mistura, em certo sentido, é bom. É o contrário do Japão que chegou a existir até um hospital particular especializado em esquizofrenia. Bom, não sei se aí seria totalmente ruim, num país tão populoso como aquele, talvez tenha cabido fazer essa separação. Mas no Brasil não existe, não conheço hospital que tenha tido esse tipo de atendimento como particular, não tenho conhecimento. Hoje em dia tem, parece que tem toxicômanos, não é? Principalmente toxicômanos, não é? e pessoas moças com distúrbio de comportamento. Mas assim, especializado só em epilepsia, só em esquizofrenia, eu não acredito que tenha.

Após formado, para se tornar psiquiatra era difícil, porque o número de hospitais particulares onde se podia trabalhar eram muito poucos, então a gente tinha que se socorrer dos hospitais do estado, serviços do estado. E serviços do estado também era pouco, era o Juqueri, e Pirituba, Hospital Pinel, aqui em São Paulo, na capital. E tinha a Divisão de Ambulatórios, aqui na cidade; e no interior tinha o Hospital Santa Tereza em Ribeirão Preto, mais tarde foi criado

o de Casa Branca, é o antigo leprosário foi transformado em hospital de doente mental, mas isso foi bem depois. No começo era Juqueri, Pirituba e a Divisão de Ambulatórios aqui em São Paulo. E o hospital Santa Tereza em Ribeirão Preto, esse já existia naquela época, e o Higiene Mental de Sorocaba já existia naquela época porque a Instituição de Assistência Social a Psicopatas é que dava cobertura a esse Instituto de Higiene Mental. Ela foi fundada em 1938.

Esse instituto era da Sociedade Protetora dos Insanos de Sorocaba. E depois foi feito um convênio desta Sociedade Protetora dos Insanos com o Departamento de Assistência aos Psicopatas. Eu trabalhei lá e fiz a adaptação desse instituto para a cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Sorocaba em 1955 e depois dei aula lá junto com o Prof. Teixeira Lima, eu era assistente dele até 1965.

Dos hospitais particulares daquela época onde se podia trabalhar tinha o Instituto Aché, tinha o Instituto Bela Vista, tinha o Instituto Paulista, a parte de psiquiatria do Instituto Paulista, e tinha a Casa de Saúde Homem de Mello. O Sanatório das Perdizes pertencia também ao estado, começou com o nome de Recolhimento das Perdizes, depois transformado em Hospital Psiquiátrico das Perdizes.

Agora, tem que fazer mais um acréscimo: naquela região de São Paulo, ainda tinha de particular o Instituto Pacheco e Silva, que era um hospital particular de importância. Quando o Professor Pacheco e Silva vendeu o Pinel para o estado ele fundou essa clínica, ou já tinha a clínica aqui na cidade e lá. Isso eu não tenho bem lembrança. E parece que já existia o Sanatório Anhembi também, se não existia quando eu me formei, foi fundado logo em seguida que era do Dr. Ciriaco do Amaral. O Ciriaco foi vice diretor do Hospital do Juqueri, psiquiatra conhecido, muito distinto, até amigo meio chegado, é lá de perto da

minha cidade. O pai dele foi o primeiro prefeito de Laranjal Paulista, aí saiu, ficou um pouquinho e ficou no lugar dele o meu cunhado, que morreu agora no fim do ano com 100 anos de idade. O Ciriaco era muito boa pessoa, muito boa. Hoje, um dos sócios principais é o Dr. Clóvis Martins. É na Raposo Tavares. Não sei, parece que não tinha mais não, os que existiam parece que eram esses.

Então era difícil conseguir emprego naquela época porque os hospitais particulares eram poucos e o estado ... tinha estágio no Juqueri, naquela época já existia estágio. Tinha o cargo de estudante interno, o estudante interno eu tenho impressão que vinha... eu tenho nas minhas notas marcado, mas eu tenho a impressão que se não for da década do fim de '20 é dos anos '30 que já existia o estudante interno, como estagiário. De qualquer clínica, tinha estudante interno. Quando eu entrei já não existia mais estudante interno, não existia. Mas era obrigatório, de regra, o estágio. Então a gente trabalhava de graça, sem compromisso, depois de formado. Havia casos ... houve casos raros de alguns, dois ou três colegas, que foram estagiários como estudantes, tanto que me lembro de um dos casos em que ele se aposentou muito cedo, porque justamente começou como estudante, estagiário, não é? E eu até criticava muito essa situação, no fundo era protecionismo. E não sei se ele estagiou lá ou aqui.

Porque era difícil a gente ir todo dia pra lá, a gente tinha que se socorrer do Juqueri, apesar da distância, porque arrumar emprego na psiquiatria, local para trabalhar ganhando, remuneradamente era difícil, eram poucos os hospitais, não é? Um, dois, três psiquiatras satisfazia uma casa de saúde psiquiátrica. A sorte, se é que se pode falar em sorte, é que os psiquiatras e os médicos não tinham muita resistência para ficar no Juqueri, então, aprendiam e vinham embora. Pediam transferência pros setores aqui de São Paulo ou pra outros serviços médicos do estado, então ficava a vaga. E por outro lado o

serviço do Juqueri sempre foi aumentando, então abria um pouco de vaga também, não é? Então era a sorte da gente.

Quando eu fui nomeado, foram nomeados junto comigo, se não tinha 10, se não tinha um pouco mais de 10, no mínimo 10 tinha, isso em outubro de '48. Os colegas ... tinham dois colegas de turma, o Dr. Horácio Belfort de Matos, que veio a ser coordenador de Saúde Mental aí por 1970 e poucos, depois que eu saí do Juqueri, 1973, 74. O Dr. Josafá Ferreira Góes depois fundou junto com outros colegas um hospital psiquiátrico em Mairiporã, esses dois eram colegas de turma. E também um outro colega de turma, mas da turma do Paraná, fiz três anos no Paraná, Dr. Vitor Sabag, que hoje é um dos diretores da Casa de Saúde Anchieta em Santos e pertence à cadeira lá da Faculdade de Medicina de Santos.

Além deles, o Dr. Aldo Miletto, que é psiquiatra de criança, não gosto de falar psiquiatria infantil nem psiquiatra infantil, porque dá a impressão de que o psiquiatra é que é criança. O Dr. ... tinha um que era cirurgião, não me lembro agora o nome dele, que já faz tanto tempo.

Mas esses eram psiquiatras que se distinguiram, criaram nome na psiquiatria em São Paulo. Médicos bem relacionados, não é?, todos eles trabalhando em serviços aí, tanto que o Horácio e o Sabag trabalharam também no IPASE, no serviço de psiquiatria, que já existia naquela época também. A senhora vê, devagar a gente lembra. Existia também o serviço psiquiátrico do IPASE. Existia também a clínica a parte de neuropsiquiatria do SESC. Mas eram serviço de ambulatório apenas. E se não me engano havia também no IAPC, no IAPI. Os institutos isolados depois é que foram reunidos, não é? Mas havia ambulatórios nesses institutos. Tanto que eu trabalhei no SESC. Eu era psiquiatra do SESC e ... trabalhei pouco tempo, um ano e pouco, mas trabalhei.

Em consultório, antes dos neuroléticos, se tratava em primeiro lugar neuróticos. Que é o grande receptor de clientes em que a gente intervém. E naquela época, aparecia muito pra consulta também psicóticos. E à medida em que os neuroléticos e os psicotrópicos foram aparecendo, foi diminuindo cada vez mais o número de psicóticos em consultório. Porque coincidiu, coincidindo com o aparecimento dos psicotrópicos também foi aumentando os serviços do INPS e dos convênios médicos com a medicina de grupo. Então, tanto a medicina de grupo como o INPS tinham convênios, têm convênios com hospitais psiquiátricos particulares. Então, de regra, consultam diretamente no convênio, com médicos do convênio da medicina de grupo, ou nos ... com os próprios médicos do INPS que encaminham diretamente para os hospitais conveniados. Então isto faz com que diminua bastante o número de psicóticos no consultório. Mas naquela época, dependendo da psicose, umas a gente encaminhava também direto pro hospital e outras a gente tentava tratar em consultório.

Os que sistematicamente a gente internava era esquizofrenia. Esquizofrenia. Já psicoses de tipo, é ... redutível, quer dizer que era o curável, não como a esquizofrenia que era como padrão e incurável, a gente mandava para o hospital. Mas as que eram de tipo curável como surtos passageiros, psicose epilética bem conhecida, aqui até que se usava bastante ainda o diagnóstico de *buffet* degenerativo, nos degenerados. *Buffet* é uma baforada, quer dizer, um acesso rápido, não é? o francês usava muito. Então, esses casos como a psicose degenerativa do Kleist a gente tentava tratar em consultório, porque era coisa rápida. Se bem que as psicoses epiléticas a gente mandava internar porque estava sujeito ao uso de eletrochoque.

Eu me refiro que tentava-se em consultório na época do neuroléptico, quando já tinha surgido o neurolético. E quando não tinha, de regra, a gente mandava pra ambulatório ou pra internação. Já naquela época muitos colegas faziam a terapêutica por eletrochoque em ambulatório. E alguns até em consultório ou até em residência, tinham o aparelho de eletrochoque. Eu tenho um colega, me lembro muito bem, o Dr. Sales, ele ia até a residência e fazia a aplicação do eletrochoque, ou no consultório, etc. com esses aparelhinhos que foram fabricados naquela época pelos dois colegas do Juqueri o Mauro e o Rios, é de fácil carregamento, como se fosse uma valise, não é? Então se fazia o atendimento também assim.

Agora, nas psicoses afetivas, humorais, a mania e a depressão, isso dava pra tratar em consultório. Mas como também não havia os antidepressivos, muitos exigiam a internação e, de regra, em grande número. Tanto a doença exigia internação como os médicos tinham como prática internar. Era uma média grande de internação de depressões e mania. Mania, de regra, precisava internar porque o maniaco não consegue obedecer, não obedece, não é? é difícil de a gente conduzir, na depressão já é mais fácil, então é mais fácil internar um depressivo.

Mas de todo jeito a gente internava bastante, mas quando surgiu o Amplictil, os neuroléticos, o número de internação de esquizofrênico diminuiu, bastante. Tanto que eu disse pra senhora que de início eu fazia uma estimativa de 60% a diminuição, porque permitia tratar o doente no ambulatório e até no consultório. E hoje, de regra, a gente quase que tenta sistematicamente tratar o esquizofrênico inicialmente no consultório. Eu faço isso de regra. Eu só mando inicialmente para internação quando o esquizofrênico tem ansiedade, não é?, perigo de suicídio, perigo de agressão. Então neste caso a gente manda internar

diretamente. Mas do contrário a gente tenta fazer a terapêutica no consultório mesmo. E na depressão e na mania a mesma conduta, a diminuição das internações de mania.

Mas o número, a diminuição de internação de mania e de depressão (foi) muito maior do que da esquizofrenia. Tem-se internado muito menos caso de depressão e de mania do que se internava antigamente. E em relação com a esquizofrenia, a internação é muito maior, o tratamento sem internação é muito maior. É uma raridade se mandar internar um deprimido. Os antidepressivos unidos aos ansiolíticos favorecem muito a remissão da doença, não é?, das fases.

(E os hospitais lotados atualmente?) Aí é aquilo que eu disse pra senhora outro dia: será que os psicotrópicos resolveram ou estão resolvendo com mais eficiência o problema do tratamento dos doentes mentais do que os antigos tratamentos biológicos? Insulina? Eletrochoque? É difícil fazer essa resposta, mas era uma pesquisa outra que se podia fazer. A senhora podia sugerir pra alguém que a senhora conheça com disposição. Porque fazer pesquisa é trabalhoso, não é?, precisa ter uma vocação especial. Mas como eu falei já da outra vez pra senhora, eu tenho a impressão que não tanto. Porque o número de reincidência de depressão no mesmo doente é muito grande. O número de ... de surtos depressivos é intenso. Exige que o doente esteja em permanente vigilância. São raros os casos em que se percebe que o doente passa muito tempo sem reaparecer. Quando não reaparece é claro que trocou de médico. Primeira suposição é essa. Porque o povo, de regra, em matéria de doença quer uma solução de imediato. Como se tudo fosse cirurgia. E a ... essas doenças do nosso campo, infelizmente, a gente apenas controla, não cura. São moléstias controláveis e não curáveis. Então o resultado é que a pessoa tenta outros

médicos, outras terapêuticas, porque as alternativas são muito grandes. Inclusive sem base médica.

Existem aí tipos de psicoterapias os mais variados e mesmo outros tipos de medicina alternativa e até no setor psiquiátrico. Existe até tratamento de doente mental com homeopatia, é uma ingenuidade, não é? Uma ingenuidade, mas existe. E outras coisas que a gente vê por aí e as práticas de sentido místico, candomblé, espiritismo, além do catolicismo. A senhora liga rádio de madrugada, é uma beleza. Não há estação de rádio que não tenha um programa religioso. Católico, protestante, candomblé, espírita e por aí a fora. Todas, praticamente, as estações de rádio. E todas as pessoas que estão lá vão dar testemunho da ... do que sentiam e que os médicos não curaram - esse que é o pior - e que através daquela igreja, daquela prática religiosa, vieram se curar.. Quer dizer, através de milagre, não é?

E na época antes dos neuroléticos existia também, mas em muito menor escala. Muito menor, é um paradoxo. Quer dizer, hoje devia ser menor, não é?, no entretanto é maior o socorro que as pessoas pedem a essas terapêuticas alternativas ou de fundo místico. É muito grande, o número de centros espíritas que existem no estado de São Paulo e no Brasil afora é enorme. Dos terreiros de candomblé, nem se fala. Se a senhora sair pelos bairros aí, não há bairro que não tenha vários terreiros de candomblé. Várias casinhas lá escondidas e que fazem sessão espírita e de candomblé. Não é?

Eu já contei também pra senhora de que quando foram feitos os primeiros convênios pra tirar os doentes do Juqueri, o número de convênios com os hospitais espíritas era de quase 50, mas naquela época já existiam 340 centros de tratamento psiquiátrico espírita. Hoje deve ser muito mais. Naquela época? 1972,73. Foi quando começaram os convênios. Quando saíram os dois

primeiros, os dois mil doentes primeiros comigo. Eu resisti muito pra entregar os doentes pros convênios, mas no fim, não adiantava, porque era a minha opinião contra a orientação política da Saúde Mental, não é?

A assistência heterofamiliar criada pelo Franco da Rocha em 1908. Os chamados nutrícios. Ele criou o neologismo nutrício para atender, primeiro para dar os doentes a funcionários do hospital, enfermeiros e outros funcionários. Depois ele estendeu esta prática a famílias da vila. Então pessoas para trabalhar como serviçais em casa, mas também para trabalhar na lavoura, não é? E pagava, se não me engano, era 10 tostões por dia, para que os doentes fossem mantidos nesses lares. Foi uma novidade no mundo inteiro, foi uma originalidade brasileira, não é? o que demonstra que o Franco da Rocha era um homem bem aberto a terapêuticas, não ficou preso ao tratamento de portas fechadas. Foi o primeiro a criar aqui em nosso ambiente o tratamento de porta aberta. Mas isto eu acredito que terminou com a saída dele do hospital. Durou uns 15 anos ou mais.

Eu acredito que não chegou até o Pacheco e Silva e se chegou com ele terminou com ele. Porque o estado ... o Juqueri chegou a se manter pela sua produção agrícola e artesanal, inclusive um pouco industrial. Então havia fábrica de vassoura, colchões. Havia produção de horta, de cereais, havia criação de animais. Quer dizer, o Juqueri produzia ao ponto de em 1919 Franco da Rocha dizia: "O hospital é mantido pela sua própria produção". Depois o estado foi cerceando essas atividades. Passou a se comprar em vez de se produzir. E o Juqueri então tinha que ter a verba direto do estado. E tinha também outra grande fonte no tempo do Franco da Rocha, que era a sessão paga do hospital.

Os doentes particulares que tinham ... era no primeiro pavilhão feminino, as mulheres e parece que no primeiro também masculino, o dos homens. Era como se fosse uma clínica psiquiátrica dessas que tinha aqui em São Paulo. E gente naturalmente de bom nível, inclusive, se socorria do Juqueri. Eu conheci pessoas muito distintas de famílias muito boas que estavam internadas. Conheci pessoas desse tipo.

Havia preconceito contra quem faz tratamento psiquiátrico, assim como hoje, e talvez exista um pouco menos hoje em dia. Porque naquela época era sempre uma repercussão maior, a cidade de São Paulo era menor. Quanto menor a cidade, mais um fato repercute, a não ser que seja um fato muito escandaloso, muito ... tipo assim mesmo antisocial, como um crime, etc. Em matéria de doença eu tenho a impressão que hoje em dia há mais abertura, há mais aceitação. Se bem que ainda é bastante grande a prevenção contra a doença mental.

Ninguém quer ter uma tara na família. Todo mundo esconde muito. Então a gente no consultório percebe isso muito bem. A gente vai fazer a anamnese, a senhora é psiquiatra sabe disso, a gente pergunta por antecedentes psiquiátricos e tanto o marido como a mulher negam. Depois, se tem que fazer psicoterapia, é caso de filho, por exemplo, depois de seis meses tem epiléptico dos dois lados.

Lembro-me de um caso muito interessante em que o pai: "Não tem ninguém", e a mãe também: "Não tem ninguém". Depois a menina na orientação, na psicoterapia descrevia epiléptico de todo lado. Mas então em primeiro lugar a pessoa não quer ter tara, não quer ter louco e nem anormal, personalidade psicopática. E descarrega o negócio para o fator psicológico, é preferível aceitar que é erro de educação, é muito mais leve do que ter uma tara, não é?, degenerado. E a pessoa em segundo lugar também não aceita que

seja erro de educação. Porque aí tem que assumir a responsabilidade de ter errado de não ter sabido educar. Então apela pra terceira que é a má companhia, o efeito social, a causa social. Então é o que está acontecendo hoje em dia. tudo tem causa social. O louco tem causa social, a prostituta tem causa social, o delinqüente tem causa social. Ao ponto de um grande antropólogo, o Audrey, ter dito que toda época tem um álibi. Essa é a época do álibi social.

Hoje tudo tem causa social, mas naquela época não. A tendência era muito mais médico-biológica. A tendência era achar sempre, procurar em primeiro lugar uma causa material. Ao ponto de no primeiro grupo estarem as psicoses sintomáticas de doenças lesionais do cérebro, doenças gerais que levavam à doença mental. E em segundo lugar as doenças endógenas, a esquizofrenia, a PMD e outras psicoses, a psicose epilética, etc. E só em último lugar é que a gente via as causas sociais, que no Juquetry eu nunca vi. Eu nunca vi. Eu lembro como uma raridade muito grande uma reação ou um desenvolvimento anormal. Porque isso podia ser tratado mesmo aqui fora. E se chegava lá era de rápido atendimento e de saída - no caso das reações, desenvolvimento não.

Desenvolvimento delirante a gente encontrava. Mesmo no manicômio eu me lembro até que nós chegamos a ter 15 a 20 delirantes sensitivos de autoreferência de origem psicógena. Mas isso é caso de delinqüência, não é? Mas o fato é que esta defesa contra as causas degenerativas estigmatizantes eu tenho a impressão que era maior do que hoje. Hoje se aceita mais. Se aceita mais. Eu rarissimamente me lembro de um caso em que havia uma componente social como desencadeante ou preparadora da doença. Era raríssimo. Eu citei já pra senhora que por exemplo, a Volkswagen dispensar 1000 empregados, quantos ficam loucos? Quantos têm uma reação anormal equivalente à loucura?

Valendo-me da terminologia alemã. Os franceses chamam de psicose psicógena. Os alemães acham que é errado e é. Primeiro etimologicamente psicose quer dizer doença mental de origem orgânica, o sufixo "ose" quer dizer organicidade. Então dizer psicose psicogenética é uma tautologia, é uma burrada muito grande. É doença mental orgânica de causa psíquica! Não é? Não precisa nada disso. Então os alemães chamam de desenvolvimento delirante. E isto é raro. Aqui no consultório a gente encontra e faz tratamento, faço psicoterapia e às vezes associo com medicamento, mas é uma gota d'água no meio dos neuróticos. Aqui pra mim, psicótico aparece a cada seis meses atualmente. O grande número, 50% é de deprimidos e o resto, maioria, são neuróticos.

Quando eu comecei, eu já disse isso pra senhora, o número de epiléticos era grande. Porque quando a gente começa, e começava naquela época, a gente fazia também um pouquinho de neurologia. Tanto que tinha muitos colegas que colocavam no receituário: "Especialista em doenças mentais e nervosas". Assim como os neurologistas também acrescentavam: "Especialista em doenças nervosas e mentais". O Prof. Paulino Longo era um exemplo. Ele era neurologista, professor de neurologia da Escola Paulista de Medicina mas a maioria da clientela dele era de psiquiatria. Todo mundo passava primeiro pelo Longo. Primeiro porque ele tinha sido assistente de outro grande neuropsiquiatra: Dr. Vampré, que foi psiquiatra do Juqueri e neurologista também do Juqueri. Mas ele era mais neurologista do que psiquiatra, enfim, no fundo era neuropsiquiatra, um homem de alta capacidade e de grande renome, não é?

E ... mas nós brincávamos, porque teve muito médico que era assim. Então trabalhavam nos psiquiátricos alguns neurologistas aqui em São Paulo e

faziam psiquiatria no Juqueri, e a gente então maldosamente chamava de "giletes", porque eles faziam neurobiologia aqui e faziam psiquiatria lá. E no fim a gente não entendia bem o que é que faziam. Mas eram todos eles de filiação do Paulino Longo e do Prof. Tolosa. Quer dizer, a turma do Prof. Tolosa da USP já seguia mais ... eram neurologistas e quase todos faziam neurologia. A turma do Prof. Longo é que como neurologista, também faziam psiquiatria. Mas eram todos ótimos colegas e boa gente, não é? Mas a gente se defendia em parte fazendo também um pouquinho de neurologia. E à medida em que passava o tempo ficava só com psiquiatria ou só com neurologia.

O arsenal terapêutico naquela época era menor. Muito menor. Então, como não havia medicamento, não havia psicotrópico, a salvação eram os tratamentos biológicos: a insulina, o eletrochoque e, antes, o cardiazol. E havia também, eu ainda peguei um pouquinho do uso dos calmantes vegetais. Também eram muito usados. Passiflorine, coisas desse tipo, não é? E muito calmante injetável, Magnosedans. É uma coisa muito bonita na psiquiatria é a moda, não é?, a moda medicamentosa. Então ... eu me lembro perfeitamente do Calcibronat que era um calmante muito usado, e o Magnosedans. E depois um vai substituindo o outro. O Calcibronat era à base de bromo, o Magnosedans era, parece que, hipossulfito de magnésio.

E depois tinha outros ... Belergal, Nossa Senhora! Era um antidistônico e tinha ... tanta coisa lá no meio. Este teve uma saída, não é? Não havia pessoa que não tivesse pelo menos uma vez na vida tomado um tubinho de Belergal. Depois surgiu o ... parece que era Succil, esse também teve grande saída. E felizmente apareceu a era dos ansiolíticos, então os calmantes verdadeiros foram aposentados, não é? Se bem que ainda tem alguns por aí. Muitos foram adaptados, desses antigos, acabaram colocando junto esses ansiolíticos

modernos. Associação do vegetal com o ansiolítico moderno, mas foi muito pouco, muito pouco.

E havia também um outro grupo de medicamentos malandros, não é? é do tipo extremo, não é? Eu não me lembro o nome de nenhum. Mas num desses embarcou até um grande psiquiatra italiano, o Cerletti. Que foi o homem que descobriu o eletrochoque. Eram puras suposições, assim por exemplo placenta, macerado de tecidos. A senhora está entendendo? Coisas que não tinham cabimento, mas que sempre arrumavam um grande nome da medicina para poder dar passagem, respaldá-la. Se usava bastante. Eu não me lembro o nome de nenhum porque nunca usei. Alguns chegaram a ser fabricados aqui. Mas eram muito ... eram bem usados. Hoje eu acredito que não tem mais nenhum.

Bom, os barbitúricos eram largamente usados, porque o barbitúrico, além de ser antiepilético especificamente, ele é hipnótico e em terceiro lugar ele age como calmante. Então, não só o barbitúrico puro como existia, não é? e havia uns mais intensos, enérgicos, mas havia uns mais brandos. Mas o Gardenal é de velha data, o Luminal e ... e um colosso naquela época, não é?

Eu por exemplo, quando tenho que ... eu uso o Edanol, é um sal bem purificado, não é? Naquela época era caro. E até não era exigido no receituário especial. Depois passou a ser incluído. Parece que o laboratório só tinha esse produto, Laboratório Edanol. Mas era muito usado. E havia até casos de barbiturismo, não é? A gente usava o barbitúrico com uma finalidade e a pessoa acabava viciada, eu tratei de um senhora assim com barbiturismo. Ela era viciada em morfina. E foi viciada em morfina por um médico inclusive. O marido tinha câncer e o colega receitava a morfina pro câncer. Hoje estão todos mortos. E quando ela foi internada por causa do morfinismo, da morfinomania, então foi dado barbitúrico. Foi uma forma de substituir e combater. Mas acabou

com barbiturismo. Inclusive com sintomas físicos, rosto vermelho, aquela coisa toda, não é? Era uma pobre coitada, senhora e tudo mais, não é? E esses casos não eram muito raros.

O barbitúrico era de larga escala. Não era só na epilepsia, não. Usava-se pra tudo. Assim como a morfina, antes era a morfina. Pra depressão, antes, bem antes do meu tempo de iniciar, a morfina era usada inclusive pra depressão. No tempo do Franco da Rocha se usava muito a morfina pra depressão, não é?

Não se utilizava mais de banhos e massagens. Só conheci de referência. Usava-se muito a expressão talassoterapia, pelo mar, não é? cura pelo mar. E usava-se muito banho assim como terapêutica perfunctória, no consultório. Não tendo o que fazer, mandava fazer isso.

Era como hoje, não é? Manda a pessoa ir de férias, manda a pessoa ir pra praia, quando não tem uma orientação, uma coisa melhor pra fazer. Mas no fim do século passado, começo do século era um tratamento hidroterápico. Chama-se hidroterapia, um tratamento sério. No Juqueri havia uma sessão especial de hidroterapia, eu conheci, deve estar lá ainda. Inclusive o último aparelho de hidroterapia eu consegui salvar e está lá no museu. Mas depois foi também abandonado, porque com o aparecimento da malária, então foi uma revolução na terapêutica e uma humanização muito grande.

Depois veio a do cardiazol, melhorou muito. Com o eletrochoque, substituindo o cardiazol, muito menos perigo, muito mais aceito. E finalmente com a insulina então, abriu um campo muito grande. Então tudo isso veio salvar em parte a falta de medicamento. Então não sei porque a turma condena tanto o eletrochoque, quando ele veio substituir a falta de medicamento. E salvou a mãe de muito louco. É a expressão que eu uso em aula pra amainar a fúria dos anti-eletrochoque. No fundo são tudo anti-psiquiatra, não é? ... gente de

orientação ideológica. O ECT é o bode expiatório. Não meter o pau em coisa mais séria, de tipo político, etc.

Mas desempenhou o eletrochoque, assim como a insulina, uma função muito grande na psiquiatria. E antes ainda desses tratamentos biológicos, se tentava muito, o que nós falamos da outra vez, da piretoterapia. A piretoterapia não era só usada em doença mental, não: em doença orgânica. Quantos médicos não usavam a piretoterapia para a cura da blenorragia. Dava uma reação violentíssima. E também foi usado para neuroses. Um abscesso provocado por injeção de éter. Era usado para neurótico. Mas não na psiquiatria de regra, de regra era mais na neurologia.

O Prof. Paulino Longo receitava injeção de piretoterapia pra neurótico. Porque a febre produzida aliviava a angústia. O indivíduo com aquela angústia meio prolongada e meio disfarçando depressão, ah, era uma beleza! O indivíduo ficava naquela quebradeira com a febre na cama e desviava a angústia. Era a mesma finalidade do abscesso de fixação, a mesma finalidade. E aliviava, e alivia mesmo, é como a gente tendo uma preocupação e que nos dá angústia, dá sofrimento, a senhora cria uma outra preocupação, uma disfarça a outra. Mas de regra uma maior disfarça a outra. Então o resultado é que essa era a técnica, a finalidade.