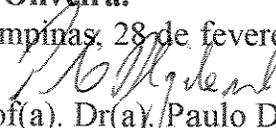


CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Medicina Interna do(a) aluno(a) **Carlos Francisco A. de Oliveira.**

Campinas, 28 de fevereiro de 2003.


Prof(a). Dr(a). Paulo Dalgalarondo
Orientador(a)

***EVOLUÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO
BRASIL: UM ESBOÇO HISTÓRICO***

CAMPINAS

2003

CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA

***EVOLUÇÃO DAS CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO
BRASIL: UM ESBOÇO HISTÓRICO***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de Medicina Interna.*

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO

CAMPINAS

2003

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	7/UNICAMP
	0640
V	EX
TOMBO BC/	55647
PROC.	16-124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	17/9/03
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

UNICAMP

CM00189059-8

bid 299966

O1 4e

Oliveira, Carlos Francisco Almeida de
Evolução das classificações psiquiátricas no Brasil: um esboço
histórico / Carlos Francisco Almeida de Oliveira. Campinas,
SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Paulo Dalgarrondo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Diagnóstico. 2. Psiquiatria. 3. Classificação. I. Paulo
Dalgarrondo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a) : Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo

Membros:

1. Prof. Dr. Marcos Lacerda de T. Ferraz
 2. Prof. Dr. Luiz José Botelho
 3. Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo
-

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/02/2003

DEDICATÓRIA

*Para Cláudia, especialmente, e também para
Geraldo, Walkíria, Lena, Paulinho e Tia
Otávia que, nos momentos de escuridão, me
iluminaram com o seu olhar.*

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais eu os faço ao Prof. Paulo Dalgalarrodo (UNICAMP), que além de me indicar o norte da pesquisa, me deu exemplos de como ser um bom psiquiatra. À Dr^a Ana Oda, que sem sua ajuda, esta monografia não teria saído do estágio do desejo. Aos Profs. Alexandre Barbosa Nogueira (UFPI) e Marco Antônio Alves Brasil (UFRJ) que, além da orientação auxiliar, também me dedicaram sua amizade sincera. À Prof^a Cibele Brandão de Oliveira Borges (UNB), pelas sugestões lingüísticas e pela correição no meu estado de humor; ao Prof. Antônio Pimentel de Lima (UFPI), por ter me ensinado a como estudar e à Prof^a Lúcia Cristina dos Santos Rosa (UFPI) pela fé motivadora.

Agradecimentos eu também os faço aos Profs. Benedito Borges (UFPI) e Antônio Gontijo (UNICAMP), pela iniciativa da cooperação entre a UNICAMP e a UFPI, através do MINTER em Ciências Médicas.

Aos colegas do mestrado, que acreditaram no companheirismo.

Às Prof^s da UFRJ, Maria Tavares, Ana Teresa Venâncio e Jane Russo, pelas valiosas dicas cariocas no IPUB.

À Lílian e Mônica, do Departamento de Psiquiatria da UNICAMP, pelas orientações precisas, a um piauiense perdido em Campinas.

Aos Profs. da UNICAMP, Dorgival Caetano, Neury Botega e Cláudio Banzato pela imprescindível reorientação do trabalho no exame de qualificação.

Aos Profs. Miguel Jorge (UNIFESP) e a Dr.^a Maria Lúcia Pires, de Itu, pela paciência nas entrevistas.

Aos colegas médicos de Teresina, Franck Janes, Genivaldo Lima, Simone Machado, Darci Passos, Getúlio Veloso, Lindomar de Freitas Santos e Wilson de Freitas Santos, pela generosidade dos apoios nos momentos necessários.

Ao Prof. Paulo Amarante e ao Técnico José Ricardo Pinheiro, da ENSP, pela ajuda providencial na localização dos artigos históricos de Psiquiatria.

Aos Profs. José Pimentel de Lima (UFPI) e João Batista Teles (UFPI), pelos unguentos aplicados à minha cegueira estatística.

À Veronésia Rosal, pela brilhante colaboração na formatação da monografia.

Ao colega Michel e ao Randal da UNICAMP, ao Seu Carvalho do CSS da UFPI e ao jornalista piauiense Zózimo Tavares, pela força que muito valeu.

Aos amigos Marcelo e Andréia, pelo estímulo espiritual.

E, sobretudo, a Deus, por ter ficado ao meu lado esse tempo todo.

*A vida marca,
Não com rancor,
Mas com precisão e candura.
Não somos ocaso,
Nem somos acaso.
Somos apenas homens,
A lutar até que o sol se ponha.
Com a esperança de que a próxima manhã seja linda.*

(Antônio César Almeida de Oliveira)

	<i>Pág</i>
RESUMO	<i>xix</i>
ABSTRACT	<i>xxiii</i>
OBJETIVOS	27
CAPÍTULO 1	31
1.1 Introdução: A pré-história das classificações psiquiátricas no Brasil.....	33
1.2 Heresias e outros desvios no Brasil colonial.....	36
1.3 A Medicina Colonial brasileira e os desvios mentais.....	38
1.4 A Medicina Mental no Século XVIII.....	40
1.5 Medicina Mental no Brasil do Século XVIII.....	42
1.6 Pinel e a transição para o Século XIX.....	44
CAPÍTULO 2	51
2. As classificações psiquiátricas no Brasil do século XIX: Dos primeiros registros classificatórios à primeira classificação brasileira da alienação mental.....	53
2.1 Introdução.....	53
2.2. Sobre as <i>Theses</i> de Conclusão de Curso de Medicina das Faculdades do Rio de Janeiro e Salvador.....	54
2.3 As teses sobre Alienação Mental da segunda metade do século XIX.....	68

CAPÍTULO 3.....	83
3. A recepção das sistematizações classificatórias psiquiátricas germânicas no Brasil.....	85
3.1 Introdução.....	85
3.2 O modelo classificatório de Teixeira Brandão.....	92
3.3 O modelo classificatório de Marcio Nery.....	95
3.4 A hegemonia da clínica classificatória kraepeliniana no Brasil.....	112
DISCUSSÃO.....	123
CONCLUSÕES.....	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
ANEXOS.....	155



RESUMO

Neste trabalho, o autor apresenta estudo descritivo de revisão crítica da literatura acerca da evolução histórica das classificações psiquiátricas no Brasil. No capítulo introdutório, traça-se paralelo entre fatos históricos e sociais, da Europa e do Brasil, a partir do descobrimento deste. Isto é feito com a finalidade de relacionar os tempos históricos abordados com a evolução da percepção classificatória da doença mental pelas sociedades das épocas. Na seqüência, são descritas, efetivamente, as importações dos conceitos classificatórios psiquiátricos europeus e as tentativas classificatórias dos “alienistas” brasileiros no campo da “alienação mental”, bem como suas inserções nos pensamentos filosóficos, políticos e sociais ao longo do século XIX e início do século XX no Brasil. A discussão estende-se às seqüências desse processo, no decorrer do século XX. A seguir, apresenta-se análise das manifestações de informantes-chaves, viventes do presente debate classificatório, possibilitando a utilização de termos comparativos com o estudo historiográfico propriamente dito. O autor conclui que, a despeito da prevalente e majoritária importação de padrões classificatórios psiquiátricos internacionais, desde os primórdios do “alienismo” no Brasil, sempre existiu uma tendência definida para classificar os diagnósticos da doença mental de maneira particularmente brasileira.



ABSTRACT

The author presents, in this study, a description critical review of the literature about the historical evolution of Brazilian psychiatrics classification. In the initial chapter, a parallel is traced between historical and social facts, of Europe and Brazil, since the discovery of the last one. This is done in order to relate the historical times treated with the classificatory perception of mental diseases' evolution by the societies of that time. This sequence describes the classificatory psychiatric concepts imported from Brazilians "alienists" in the field of "mental alienation", including their insertions in philosophical, political and social thoughts during the XIX and the beginning of the XX century. The discussion develops until the processes' sequences, during the XX century. Further, there is an analysis of key-informants' manifestations, who lived during the time of that classificational discussion. This procedure possibilitates the utilization of comparative terms with the properly historiographical study. The author concludes that, despite the majority and prevalent importation of international psychiatric classificatory patterns, since the primordial "alienism" in Brazil, there was always a defined tendency to classify the mental diseases diagnostics with a peculiar Brazilian way.



OBJETIVOS

- Descrever evolutivamente o processo de importação das classificações psiquiátricas internacionais no Brasil;
- Descrever as classificações psiquiátricas desenvolvidas e propostas por autores brasileiros;
- Analisar criticamente esses processos de importação e de tentativas classificatórias brasileiras, buscando contextualizá-los historicamente.



CAPÍTULO 1

1.1. INTRODUÇÃO

A pré-história das classificações psiquiátricas no Brasil.

O pensamento predominante no período medieval, religioso em essência e mágico em muitos aspectos, emanava e se estruturava de sólida articulação entre reis absolutos, senhores feudais austeros e uma igreja rígida e inquisidora. A esse respeito, afirma MACEDO (1975):

“Semelhante ao centralismo absolutista, no seu foro correspondente, a Igreja de concepção papal é adversária das liberdades religiosas e da crença individual, sobrepondo a organização e as exigências da instituição à intimidade religiosa”.

Para FOUCAULT (1978), o declínio da lepra no mundo ocidental, ao final da Idade Média, permitiu que tomassem lugar no processo de exclusão social as doenças venéreas e a loucura. O tema da morte, que dominara o pensamento medieval até o final do século XV, cede a vez para a inquietude da existência, sobretudo nos aspectos morais e religiosos.

Se os questionamentos eram considerados heresia nos tempos medievais, assim como também a alegria, o riso e o prazer eram associados a forças inferiores (PETTA & OJEDA,1999), é natural pensar-se então que a loucura e sua inexorável expressão passasse a desempenhar importante papel no julgo simbólico das futuras sociedades modernas.

Na Idade Média todo o poder eclesiástico respaldava-se na evocação das armas em nome de Deus e nos interesses acumpliciados do Estado. Os “Santos Ofícios”, os tribunais da Inquisição, exerciam o julgo conforme as vicissitudes desta aliança e condenavam aqueles que ameaçassem a autoridade constituída. Os *loucos* da época não representavam ameaça tal como os *hereges são* e, portanto, não sofreram a mesma ação contundente ou sistemática dos inquisidores. PESSOTTI (1995) afirma que a associação entre loucura e atuação diabólica não é artifício somente da época medieval, mas tem origem nos primeiros séculos depois de Cristo. A loucura não representaria

necessariamente uma possessão e sim uma das possíveis ações demoníacas (entre tantas outras) (*ibid*). O *louco* era identificado e preservado como exemplo, possibilitando “diagnóstico” e “terapêutica” purificadora, por meio da imposição do sofrimento.

Médicos tinham apenas participação social coadjuvante nesse contexto, já que alegoricamente eram indicados para referendar diagnósticos de qualquer doença nos ritos processuais da Igreja, conforme preconizava o Manual dos Inquisidores, escrito em 1376 por Nicolau Eymerich e revisado em 1576 por Francisco de la Peña. PESSOTTI (1995) relaciona a atuação médica como doutrinada e adaptada aos diagnósticos religiosos prévios calcados no sobrenatural:...“essa concepção demonista cristã exclui as paixões, os instintos e os desejos humanos, da etiologia da loucura, pois eles já não são forças próprias da natureza autônoma do homem. São obras do demônio, ou dos Anjos, ou de Deus”.

O ato médico terapêutico farmacológico é também minimizado em outro ícone inquisitorial, o “Compêndio de Menghius”, obra de 1576 que fundamentava a terapêutica antidiabólica exorcista como único remédio eficaz para as doenças do corpo e da alma.(*ibid*).

SZASZ (1984) citando a recomendação de Sprenger e Kramer no *Malleus Maleficarum* de 1486, para a aceitação dos veredictos médicos pelos inquisidores e pelos leigos, vê na ação médica algo mais que participação acessória.

A leitura textual do *Malleus*, entretanto, revela de fato participação secundária dos médicos nesses processos. As citações à medicina e aos médicos são escassas e sempre atreladas à instância superior do “diagnóstico” e da “terapêutica” religiosa. Como exemplificado no trecho: “Pois se os desejos secretos de alguém podem ser lidos em sua face e os médicos podem ler os pensamentos do coração pelas pulsações e estado do pulso, mais ainda podem essas coisas serem sabidas pelos diabos” (KRAMER & SPRENGER, 1977?). Ou ainda, o doutrinamento observado em:

”Não existe enfermidade corporal, até mesmo lepra ou epilepsia, que não possa ser causada por bruxas, com a permissão de Deus. E isso é provado com o fato de que nenhum tipo de enfermidade é excetuado pelos

doutores... Pois nenhuma exceção é feita pelos doutores e não existe razão para que houvesse alguma exceção, desde que, como já dissemos várias vezes, o poder natural dos diabos é superior a todos os poderes corporais” (*ibid*).

Todo esse processo de raízes culturalmente feudais, porém, transitava para outra concepção de pensamento, capitalista, alicerçada na ação mercantilista dos Estados e impulsionada pelo caráter competitivo entre eles. As idéias do **Renascimento Cultural**, já em curso desde o século XIII, encontram maior respaldo social na nova aliança entre o rei e a burguesia, que reduz progressivamente o poder da igreja. PETTA & OJEDA (1999) destacam que a expansão marítima, considerada o maior marco mercantilista, envolveu não somente a nobreza e a burguesia, mas também grande parcela da sociedade que foi chamada a participar, sobretudo a população pobre de onde saíram os marinheiros para as grandes viagens. Para AQUINO *et al.*(1993), coube aos países ibéricos o pioneirismo na expansão marítima e comercial atlântica, criando-se inicialmente em Portugal condições socioeconômicas e políticas diferencialmente favoráveis.

STONE (1999) acentua que no século XVI, a partir da perda de poder da Igreja para impedir a dissecação dos corpos, tornou-se notável o esforço da medicina em evidenciar vínculos entre as doenças e as anomalias anatômicas. A propedêutica orgânica tornava-se símbolo de ruptura com a etiologia espiritual. Mesmo a abordagem filosófica acerca da dinâmica mental, nesse período representada pelo pensamento de Vives, enfatizava ser a alma a força motora que retirava sua energia do próprio corpo (*ibid*).

A loucura passaria a ser absorvida paulatinamente no cotidiano da vida privada e nas artes, como se observa no início do século XVII no *Dom Quixote* de Cervantes. Aqui, a loucura é romanceada e o personagem principal é um desajuizado. FOUCAULT (1978) descreve que a morte de Dom Quixote ocorre numa paisagem calma, havendo a reconciliação do personagem no último instante com a razão e a verdade. PETTA & OJEDA(1999) destacam que *Dom Quixote* representa a impossibilidade de se manter os valores medievais no mundo burguês em formação.

Para PESSOTTI (1995), na sociedade europeia do século XVI as aberrações do *Compêndio* de Menghius, alicerçadas no *Malleus Maleficarum* de Kramer e Sprenger, com várias edições a partir de 1484, eram basicamente absorvidas pelas camadas urbanas incultas ou pelo baixo-clero com atuação doutrinária nos ambientes culturais das zonas rurais. O núcleo do *Malleus* estruturava-se no temor de que os demônios corrompessem e dominassem os homens ficando a cura para tal situação sob o domínio protetor (e mesmo sedutor) de homens como os dois dominicanos.

1.2. HERESIAS E OUTROS DESVIOS NO BRASIL COLONIAL

No Brasil, o século XVI transcorria sob o domínio de um Estado português centralizador e com maior domínio sobre o clero do que outros Estados europeus.

HOLANDA *et al.* (1981) enfatizam que o absolutismo monárquico europeu ocidental da época era baseado na teoria cristã da origem divina do poder e no corolário da centralização. O modelo português associava-se à Igreja, mas criava salvaguardas que garantissem o domínio inquestionável do rei, conforme se observa nas *Ordenações Afonsinas* de 1446: “O rei tem seu poder das mãos de Deus, e seu vigário tenente é livre de toda a lei humana”. O zelo religioso dos soberanos portugueses não implicava submissão ao clero e à Igreja de Roma. Assim era plenamente aceito que, para implantar-se o absolutismo real, o clero também deveria ser dominado (*ibid*).

A inquisição portuguesa, instalada somente em 1536, contrastando com a inquisição espanhola, iniciada em 1478, teve desde o início uma administração centralizada atrelada ao Estado, o que influenciaria a cultura inquisitorial, tradicionalmente baseada na classificação das heresias e na identificação dos hereges. A ação dos tribunais do “Santo Ofício” nas colônias foi, então, dependente de Lisboa (BETHENCOURT, 2000).

As visitas inquisitoriais ao Brasil deram-se nos breves períodos de 1591-1595, 1618-1620, além de uma visita extemporânea ao Grão-Pará entre 1763 e 1769 (*ibid*). O pensamento religioso, portanto, predominante no Brasil colônia, não foi o dominicano,

mas o jesuíta. Apoiado pelo rei D. João III, com sua política colonizadora, e nos propósitos missionários da Companhia de Jesus, chega o padre jesuíta Manuel da Nóbrega à Bahia em 1549, iniciando longo processo de catequese, não somente voltado para a educação religiosa das crianças e indígenas, mas também para a absorção da doença e da morte pela concepção cristã.

Para FOUCAULT (1978), a criação de várias e vastas casas de internamento na Europa ocidental, ao longo do século XVII, simbolizava nova instância do poder civil representado pela burguesia, devidamente outorgada pelo rei. A nova ordem monárquica e burguesa instituí na França, em 1656, o Hospital Geral, em substituição ao Grande Dispensário do Reino, anteriormente com direção e mediação eclesiástica e espiritual. Os internamentos, portanto, não teriam a função médica como precípua e seriam a exata materialização de luta por controle social entre a igreja e a burguesia, pelo poder de designar quem estava apto ou inapto para a vida em sociedade.

BETHENCOURT (2000) registra ser o trabalho de classificação das heresias instrumento de fundamental importância na afirmação das Inquisições acerca das crenças da população e também na demonstração de autoridade sobre outros setores da Igreja. Era, portanto, imperativo para a burguesia, incluindo-se os seus médicos, fazer as próprias classificações em nome da autonomia e da segurança social.

O Brasil, segundo Holanda *et al.* (1977a), passou, a partir do século XVII, a refletir todo o momento histórico português, sobretudo com as Guerras da Restauração de 1641 a 1668 contra espanhóis e holandeses (KOOGAN & HOUAISS, 1998). Nesse contexto, a Igreja, por meio da Companhia de Jesus, teve atuação destacada. A participação do padre Antônio Vieira, que veio para o Brasil aos sete anos de idade, em 1613, reflete a importância dos jesuítas junto ao rei e ao povo como formadores de valores. Quando é nomeado por Dom João IV pregador da corte e missionário diplomata, Vieira posiciona-se contra a Inquisição, especialmente no tocante à tipificação de hereges e de cristãos-novos como judeus (BETHENCOURT, 2000). A intervenção ativa do padre Vieira junto ao Papa contribuiu, de certa forma, para a interrupção parcial dos ofícios da Inquisição. Esse conflito da Companhia de Jesus com o tribunal da inquisição vinha de anos anteriores, devido a fortes diferenças ideológicas, inclusive as de cunho humanitário,

pois os jesuítas faziam o acompanhamento espiritual dos condenados, ouvindo confissões diferentes das publicadas pelos inquisidores (*ibid*). Vieira era, pois, peça importante do rei no controle da Igreja inquisitorial em terras portuguesas.

1.3. A MEDICINA COLONIAL BRASILEIRA E OS DESVIOS MENTAIS

Para Holanda *et al.* (1977a), a medicina colonial brasileira no decorrer dos três primeiros séculos, a partir do descobrimento, teve essencialmente um cunho empírico de notória influência jesuítica. Esses padres possuíam um conhecimento médico superior ao da maioria dos profissionais da medicina que migraram para o Brasil nessa época. A produção médica científica inicia-se com o levantamento nosográfico, através das cartas dos jesuítas, no primeiro século de existência do Brasil. A pesquisa médica, propriamente dita, dar-se-ia em publicações esporádicas, destacando-se o *Trattado Unico das Bexigas e Sarampos*, em língua portuguesa em 1683, do médico clínico com atuação no Recife, Simão Pinheiro Morão. Além desse trabalho, deve-se destacar o *De Medicina Brasiliensi* de Willem Pies, médico holandês que serviu junto com o Conde Maurício de Nassau, em Pernambuco, quando da invasão holandesa. O livro de Pies já refletia a tendência europeia de classificar as doenças da mesma maneira que as ciências naturais classificavam as espécies na botânica e na zoologia, com muitas descrições pormenorizadas até chegar ao nível das espécies e sub-espécies.

MACHADO *et al.* (1978) ressaltam preocupação nítida do governo português com a estruturação jurídico-administrativa das questões de saúde em terras coloniais brasileiras desde o descobrimento, sobrepondo-se então a necessidade do controle político às questões da medicina social, que iriam ocupar o debate médico somente no século XIX. A atividade médica era influenciada pela tutela do Estado.

PESSOTTI (1999) relata que o pensamento médico nos séculos XV e XVI era fundamentalmente galenista, baseado na teoria dos *pneumas*, as emanações espirituais que percorreriam o corpo. Este pensamento médico da época era sustentado por base filosófica advinda de Platão e de Aristóteles, estruturadores do psiquismo humano em sistema de almas. Esse núcleo de influências na medicina se estenderia até o século XIX.

Apesar do pensamento médico ter dificuldades em romper com a visão espiritual da loucura ou desrazão e não apresentar ainda respostas convincentes, cada vez mais verifica-se contraposição à visão demonista nas questões de doença e mesmo de loucura. Neste sentido, e contribuindo para importante desenvolvimento conceitual, surge a classificação psiquiátrica de Felix Plater em 1625, médico criador do conceito de *alienação mental*. Esta classificação estabelecia a divisão das doenças em critérios filosóficos e psicológicos com quatro classes de distúrbios: *mentis imbecillitas* (enfraquecida); *mentis consternatio* (abolida); *mentis defatigatio* (estafada) e *mentis alienatio* (alienada). Também no sentido da afirmação médica frente a religiosa, surge a classificação de Zacchias em 1651, que fundamentava a sua ordenação com a precípua preocupação jurídica em determinar graus de imputabilidade e responsabilidade criminais, admitindo três tipos de lesões às faculdades da mente: *fatuitas* (enfraquecimento); *delirium* (depravação) e *insânia* (perda das faculdades mentais) (*ibid*).

Se na Europa, as classificações psiquiátricas no século XVII refletiam o nítido desejo de demarcação de espaços pela classe médica no atendimento das demandas sociais, no Brasil as referências médicas psiquiátricas resumiram-se ao trabalho de Morão em 1683. Esta revelava embasamentos galenistas acerca da doença mental, explicando-as por meio dos *pneumas*. Portanto, não expressava qualquer preocupação com a inserção de fatores etiológicos, psíquicos ou sociais. Ressalte-se a tentativa de Morão em distinguir as nosogênias segundo critérios climáticos, quando afirmava, por exemplo, ser a *mania* produto dos “humores coléricos adustos”, típicos das regiões quentes do Brasil (MACHADO *et al.*,1978). Assim, no trabalho de Morão de 1683, identifica-se primeira referência (ainda que muito breve) a aspectos autóctones da doença mental.

Para PESSOTTI (1999), o século XVIII evidencia o início de grande confusão no tocante às classificações das doenças mentais, que viria a marcar o mundo médico europeu ocidental até o início do século XX. Toda essa complexidade, deveu-se, sobretudo, à necessidade de adequação teórica ao processo de apropriação do “território da loucura” pelo saber médico a partir do Renascimento(*ibid*). A panacéia de classificações que sobreviriam, demonstra a corrida por uma hegemonia na imposição do saber médico sobre o saber religioso.

1.4. A MEDICINA MENTAL NO SÉCULO XVIII

Das classificações do século XVIII, destaca-se a de 1763, de Boissier de Sauvages. Essa classificação arregimenta-se sobre critérios *naturalistas*, tais quais os de Lineu, naturalista sueco que elaborou classificações botânicas e zoológicas com incursões também na nosografia das doenças mentais no mesmo ano de 1763 (FOUCAULT, 1978).

BERTOLETE & SARTORIUS (1993) consideram que a classificação sistemática e científica das doenças mentais teve seu marco inicial com as classificações de François de Lacroix (Sauvages) e a de Lineu. Sauvages, a partir das influências naturalistas de Lineu, dividiu as *vesânicas* em quatro *ordens*, a saber: *Primeira Ordem* (erros do espírito / alucinações: vertigem, miragem, lapso, inquietação, hipocondria, sonambulismo); *Segunda Ordem* (morosidades/desejos/aversões depravadas/*bizarrias*: apetite depravado, fome canina, sede excessiva, antipatia, nostalgia, terror pânico, satíriase, furor uterino, tarentismo, hidrofobia); *Terceira Ordem* (devaneios de julgamento/delírios: congestão cerebral, demência, melancolia, demonomania, mania) e *Quarta Ordem* (*vesânicas* anômalas / loucuras anormais: amnésia, insônia). Lineu ordenou o seu *Genera Morborum* em relação às doenças mentais em: *Ideais* (delírio, congestão, demência, mania, demonomania); *Imaginativas* (inquietação, visões, vertigem, terror pânico, hipocondria, sonambulismo); *Patéticas* (gosto depravado, bulimia, polidipsia, satíriase, erotomania, nostalgia, tarentismo, raiva, hidrofobia, cacositia, antipatia, ansiedade) (*ibid*; FOUCAULT, 1978).

A tentativa de esquematização naturalista, “jardim das espécies”, das doenças mentais por diversos autores ao longo desse século em ordens, gêneros e espécies se dava paralelamente ao desenvolvimento do conjunto médico-doente, que representava o elemento novo nas relações do mundo da loucura (*ibid*). CAETANO (1996) postula com relação ao século XVIII: “Foi nesse século que a “loucura” foi incorporada à Medicina e as tradicionais categorias médicas de diagnóstico, curso, evolução e prognóstico foram transferidas para o campo das doenças mentais”.

No Brasil, ao longo do século XVIII, a atuação médica evoluiu conjuntamente com as ações de saúde desenvolvidas por religiosos. HOLANDA *et al.* (1977) comentam que os médicos cuja formação e orientação era essencialmente luso-espanhola só haviam

conseguido ascender socialmente a partir de meados do século XVII. Os médicos de então tinham ainda grandes dificuldades de associação, integrando-se alguns em sociedades literárias na Bahia e no Rio de Janeiro.

O pendor naturalístico classificatório dos jesuítas inicianos, precursor do naturalismo médico classificatório, inicia-se com Padre José de Anchieta, com a *Epistola quamplurimarum rerum naturalium quae S. Vicentii (nunc S. Pauli)* de 1560. Nesta epístola, José de Anchieta descreveu de maneira ampla o clima, os animais e as plantas brasileiros, estendendo-se até a medicina da época. Os jesuítas haviam absorvido dos indígenas o uso das plantas medicinais, sendo também os grandes responsáveis até então pelos mapas nosográficos que incluíam até mesmo as doenças de origem africana. Este saber e prática, longe de serem rejeitados pela medicina oficial, foram, na verdade, incorporados à bibliografia e ao receituário acadêmico. A importação de medicamentos de Portugal e do restante da Europa era dificultosa, e as dimensões territoriais brasileiras impediam ação baseada na medicina europeia relativamente ao tratamento das doenças (*ibid*).

Para AQUINO *et al.*(1993), o século XVIII, na Europa ocidental, marca a afirmação das idéias iluministas com base no pensamento racionalista da **Revolução Científica**, advinda do século XVII. PETTA & OJEDA (1999) sustentam que o pressuposto básico do **Iluminismo** era a razão, e seu objetivo, encontrar a verdade. O conhecimento só seria verdadeiro quando evidenciado pela razão e pelos sentidos. Todo o espectro iluminista influenciou decisivamente a sociedade da época em variadas vertentes. O novo pensamento científico, centrado no homem, vingou respaldado nas transformações na economia com a ascensão do liberalismo em substituição ao mercantilismo; e na política, com a burguesia, que viria a assumir o poder quando da **Revolução Francesa** em 1789. Para FOUCAULT (1980), é no contexto do século das luzes que nasce a **Clínica Médica**, voltada para pressuposto de “positividade” em suas ações, a partir das classificações feitas.

Se a França era o berço do novo pensamento cultural em fins do século XVIII, a Inglaterra era o berço econômico das novas idéias para o mundo ocidental. Para AQUINO (1993), o Capitalismo industrial e liberal tornou-se gradativamente o sistema econômico

predominante, a começar da Inglaterra, seguindo-se a Bélgica, França e, posteriormente, Alemanha, Itália e Países Escandinavos. Fora da Europa organizaram-se em bases capitalistas os EUA e, mais tarde, o Japão.

Nesse contexto mundial desenvolvimentista da segunda metade do século XVIII, aparecem em 1782 as classificações britânicas de Cullen e de Arnold acerca da loucura. A classificação de Cullen propugnava três espécies de *loucura*: *mania* (loucura ou delírio universal: mental, corporal, obscura), *melancolia* (loucura ou delírio parcial: melancolia, *panophobia*, nostalgia, erotomania, demonomania, etc.) e *demência*. Mais do que na especificação, Cullen dota a sua classificação de grande importância ao dividir o enfraquecimento e o erro na faculdade de julgamento, ou seja, a imbecilidade do delírio. Além disso sua classificação é relevante ao propor o entendimento em separado das causas e das conseqüências sintomáticas das doenças mentais (PESSOTTI, 1999).

Como era freqüente para classificadores da loucura na época, Cullen também produziu classificações médicas gerais. Na apresentação da classificação de 1785, faz referência ao termo *nevrose*, cunhado por ele em 1769, para designar afecções somáticas ou funcionais do sistema nervoso. Dentro da classificação médica geral, cria a “classe” *Les maladies nerveuses ou nevroses*, com as “ordens”: *comata*, *adynamie*, *spasmi* e *vesanies*. Estas *nevroses* englobavam doenças neurológicas e psiquiátricas, tais como paralisia, hipocondria, histeria, epilepsia, astenia, palpitação, diarreia, melancolia e mania (TANNOUS, 1996). Já Arnold defende uma classificação funcional e filosófica baseada em Locke, em que distingue as alterações mentais ideativas e nocionais, portanto incluindo componente cognitivo importante para a compreensão das “loucuras” (PESSOTTI, 1999).

1.5. MEDICINA MENTAL NO BRASIL DO SÉCULO XVIII

No Brasil, à época, o clima intelectual esteve bastante influenciado pelo episódio da expulsão dos jesuítas em 1760. Isto ocorreu em decorrência das reformas estabelecidas por Carvalho e Melo, Marquês de Pombal, então Ministro dos Negócios Estrangeiros de Portugal. Por um lado, a perseguição aos jesuítas provocou grandes prejuízos, sobretudo no tocante à expansão da educação, por outro lado permitiu a vigorosa entrada nos círculos culturais das

idéias, por exemplo, de Descartes, Newton, Gassendi, Bacon e Locke, estruturadas na **razão**, precursoras do **Illuminismo** e, portanto, questionadoras do naturalismo religioso, da filosofia escolástica aristotélica (HOLANDA *et al.*, 1977; KOOGAN & HOUAISS, 1998).

Os médicos brasileiros, nesse levante iluminista, fundam em 1771, no Rio de Janeiro, a **Academia Científica** que seria renomeada, em 1786, a **Sociedade Literária**. Esta instituição propagou teses progressistas para o Brasil, culminando em críticas constantes à condição de colônia, com inspirações nas idéias de Raynal, Mably e Rousseau (HOLANDA *et al.* 1977a).

NAVA (1949) postula que cabe ao “médico e naturalista” mineiro, formado pela Universidade de Coimbra, Francisco de Mello Franco, as primeiras publicações acerca da medicina mental feitas por um brasileiro. Franco, um liberal adepto da filosofia iluminista francesa e, portanto, contrário ao ambiente “clerical e reacionário” dominante na época em Portugal, foi condenado pelo tribunal da “Santa Inquisição” de Lisboa e esteve preso de 1776 até 1781 em *Rilhafolhes*, retornando a Coimbra, onde se forma em 1786. Permanecendo em Portugal, só retornaria ao Brasil em 1817. Franco publica, em 1794, o livro *A Medicina Theologica, ou Suplica Humilde feita a todos os Senhores Confessores, sobre o modo de proceder com seus Penitentes na emenda dos peccados, principalmente da Lascivia, Colera e Bebedice* e também viria a ser impresso em Lisboa, em 1814, o livro *Elementos de Hygiene, ou Dictames Theoreticos, e Praticos para conservar a Saude e prolongar a Vida*.

“Na *Medicina Theologica*, têm visto seus críticos o psicólogo que pode figurar no grupo dos antecessores da investigação psicanalítica, é ainda um verdadeiro precursor da moderna concepção psico-somática que êle revela nos capítulos dos *Elementos de Hygiene* em que trata das influências do físico sôbre o moral e do moral sôbre o físico” (*ibid*).

Enquanto a França e a Inglaterra revolucionavam os seus sistemas político e econômico respectivamente, Portugal permanecia ancorado no desejo de manutenção do **pacto colonial** estabelecido com o Brasil (MOTA *et al.*,1977). Assim, todas as ações de Estado visavam à manutenção da colônia, desde as reformas educacionais pombalinas até a instituição da **Fisicatura do Brasil** em 1744, organismo estatal português destinado a controlar a atividade médica dos físicos, dos cirurgiões e dos boticários, que ficaria vigente

até 1828 (MACHADO *et al.*, 1978; LUZ, 1982). Nesse sentido, todo o debate classificatório que envolvia a medicina na Europa, como forma de estabelecer os novos limites de domínio em contraposição à concepção religiosa, não se observava no Brasil, tendo em vista a inexistência de graves conflitos ideológicos com a ordem religiosa predominante e a preponderância do aspecto legal sobre os atos médicos, ou seja, a atitude classificatória era essencialmente jurídica.

LUZ (1988) afirma que o bojo racional e iluminista que impulsionou a medicina no final do século XVIII estruturou-se basicamente no desenvolvimento de um “sistema classificatório” e no conhecimento do “remédio”. Esses dois pontos possibilitaram a apropriação do discurso sobre a saúde e tornaram-se alvos a partir daí, da manipulação política e dos interesses hegemônicos.

O transcorrer do processo de racionalização científica na Europa no século XVIII foi acompanhado também de processo de racionalização social. Os “sujeitos sociais” passaram a ser “objetos de racionalização moral” (*ibid*).

FOUCAULT (1980) acentua que a passagem da medicina classificatória naturalista, que vai da *Nosologie* de Sauvages, de 1761, a *Nosographie philosophique*, estudo clínico classificatório de Pinel em 1798, para a medicina de método anátomo-clínico no século XIX, implicou a artificialização das doenças pelo confinamento dos doentes em hospitais e hospícios e a presença intervencionista marcante dos médicos, alterando portanto os processos patológicos naturais, a partir do surgimento da clínica moderna.

1.6. PINEL E A TRANSIÇÃO PARA O SÉCULO XIX

Ainda com influências naturalistas, Pinel constrói uma classificação médica geral na *Nosographie philosophique* de 1798, em que cria uma classe, baseada em Cullen, das *Nevroses* e suas extensas ordens e gêneros: *de sens (de l’ouïe, de la vue); des fonctions cérébrales; de la locomotion et de la voix; des fonctions nutritives, de la digestion, de la respiration, de la circulation; de la génération, génitales de l’homme, génitales de la femme* (TANNOUS, 1996).

Pinel é semente e fruto da passagem do naturalismo ao alienismo clínico. STONE (1999) define Pinel como médico iluminista fiel aos princípios de liberdade de Rousseau. Por volta de 1800, na Salpêtrière, começa o processo de remoção de correntes das mulheres insanas. Em 1794, Pinel já revelara simpatia pelos doentes mentais, com a leitura de ensaio na Sociedade de História Natural. Passaria de médico naturalista a médico alienista.

Pinel é parte de um grupamento médico que adere aos princípios e aos desvios da **Revolução Francesa**. DALGALARRONDO (1996) referencia o médico-filósofo Pierre Cabanis, amigo e protetor de Pinel, como pioneiro no estudo das condições “morais” sobre as doenças mentais. Para FOUCAULT (1978), é Cabanis quem inicia a “psicologia positiva”, com participação destacada no processo revolucionário francês e na decisão de intervenção e controle pelo novo Estado na saúde e na doença da população.

A classificação das “formas de loucura” de Pinel de 1809, inclusa no *Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, já reflete o novo espírito clínico. Diferentemente das classificações naturalistas, com suas várias ordens e espécies, a classificação de Pinel é baseada na de doenças mentais de Cullen, porém ainda mais concisa (PESSOTTI, 1999). Com apenas quatro espécies: *mania; melancolia; demência e idiotismo*, esta divisão obedece a critério eminentemente clínico por uma política médica de resultados. A instituição do *tratamento moral* atende a uma época e a um propósito, o de provar que a medicina podia mudar o curso das doenças. Os fatores morais são objeto de preocupação para Pinel no tocante ao tratamento. Para BERCHERIE (1989), quanto à topografia etiológica na gênese das *loucuras*, o entendimento de Pinel supõe ser o aparelho digestivo o seu sítio inicial, sendo o cérebro a sede reflexa (ação simpática, posteriormente detalhada por Broussais). Daí advindo a utilização por longo tempo dos laxantes purgantes como terapêutica para as doenças mentais.

Para STONE (1999), Pinel é considerado por muitos como o pai da psiquiatria moderna. Para FOUCAULT (1978), Pinel, assim como Tuke, é precursor do asilo, e a sua classificação obedeceria à lógica da intervenção.

SERPA Jr. (1998) considera o *Traité* de Pinel como a obra inaugural do **alienismo**, destacando a já observância da hereditariedade como uma das causas da loucura, ao lado das causas físicas e morais.

No Brasil do início do século XIX, vivia-se época de grandes expectativas de mudanças. Portugal sustentava-se economicamente na Inglaterra, de modo crescente desde o *Tratado de Methuen* de 1702. A dependência econômica gerava o enfraquecimento do Estado português e de suas ideologias. Nesse vácuo, encontraram no Brasil um campo fértil: as idéias capitalistas e anti-colonialistas de **Adam Smith**, o exemplo da **Independência dos Estados Unidos**, e os ideais da **Revolução Francesa** (MOTA *et al.*,1977). Campo propício à aceitação das idéias reformadoras de Pinel.

O espírito clínico libertador pineliano, simbolizado na simplificada sistematização das alienações mentais, estabeleceria o debate ideológico das bandeiras nosográficas para além da França. ANDRADE (1876) associaria a classificação de Pinel aos avanços que imprimiu à patologia mental e ao regime nosocomial, destacando o “criterio psicologico” da classificação pelo empenho em excluir “nevroses”, como a “hypocondria”, a “hysteria” e as “hallucinações”, que poderiam existir sem a perturbação da razão. SOUZA (1880), em crítica de cunho organicista, reduziria a classificação de Pinel a uma distinção imprecisa, tão somente considerando as espécies descritas como “variantes do delirio intellectual”. O novo paradigma de Pinel, o primeiro especialista da área, seria a âncora no Brasil do grande debate acerca da doença mental que percorreria todo o século XIX e se materializaria na disputa classificatória entre o mentalismo e o organicismo.

Tratando de reconstituir a história da assistência psiquiátrica no Brasil, MEDEIROS (1977) postula que tal assistência teria surgido “à sombra” das Santas Casas de Misericórdia, nas enfermarias ou asilos instituídos sob suas administrações. Essas instituições eram unidades assistenciais de cunho religioso e filantrópico, tendo sido criadas a partir de 1543 em Santos, São Paulo, e disseminadas desde então por todo o território nacional. Os padres jesuítas José de Anchieta e Antônio Vieira são nomes ligados ao surgimento dessas instituições e à perpetuação do domínio político-social português na Colônia (*ibid*).

No século XIX, no Brasil, as Santas Casas iriam adquirir maior importância no contexto da Saúde Mental, tendo em vista o estabelecimento da Medicina Social como campo de realização dos ideais intervencionistas de médicos e alienistas.

Em “Danação da Norma”, MACHADO *et al.* (1978) analisam como ocorreu no Brasil a transição da medicina colonial para a medicina social. O Estado, a Igreja, os juizes e os médicos no Brasil do início do século XIX imprimem seus ritmos em busca da sintonia

social. A chegada ao Brasil da corte portuguesa em 1808 propicia transformações para a relação entre Estado, sociedade e medicina. Com a abertura dos portos, passa o país a fazer parte das rotas comerciais inglesas, inserindo-se dessa forma nas transformações capitalistas (*ibid*).

Durante os séculos XVII e XVIII., o número de médicos formados em atividade no Brasil nunca chegou a dez.. Somente a partir de D. João VI no Brasil é que se inicia o processo de criação das escolas de cirurgia e, posteriormente, das escolas médicas. Até esse tempo, atuação de curadores populares, jesuítas, pagés e dos cirurgiões práticos era, portanto, muito grande (*ibid*).

Para HOLANDA *et al.* (1976), os intelectuais brasileiros com atuação no início do século XIX, dentre eles José Bonifácio, eram em geral representantes das novas diretrizes da Universidade reformada de Coimbra, que passou a assimilar as idéias francesas. Eram correntes, portanto, os pensamentos iluministas, ainda mais revigorados com a Revolução de 1789.

Os desejos de liberdade e de republicanismo ameaçavam o Estado português, que se viu ainda mais enfraquecido por conta do Tratado de Methuen, com a forçosa abertura dos portos em 1808. A transição pacífica na colônia, já também impregnada pelo exemplo dos Estados Unidos, para a Independência, foi acentuada pelo papel conciliador desempenhado por José Bonifácio e pelos interesses da Inglaterra (*ibid*).

Numa atmosfera romântica e liberal, segundo MACHADO *et al.* (1978), ainda não havia projeto coerente e organizado de medicina social. Havia sim, atuações médicas heterogêneas que, entretanto, iam ganhando respaldo governamental, com a criação, por exemplo, da Provedoria de Saúde e de seu plano de polícia médica com controles sobre a saúde pública e sobre o exercício da profissão.

MEDEIROS (1977) expõe que a preocupação social no Brasil com os insanos nasce somente no início do século XIX. A insanidade até então não havia merecido registros importantes, mesmo nas confissões ante os inquisidores em território brasileiro, como farto material relativo a erros, desvios e mazelas “confessados,” pouco há de relatos sobre a loucura. É nesse período inicial do século XIX que os loucos agitados deixam de ser quase que exclusivamente encarcerados em prisões e passam a ser progressivamente

recolhidos nas enfermarias das Santas Casas. Essa transferência coincide com o surgimento da imprensa no cenário social brasileiro, que dá voz às indignações populares sob a diretriz de um pensamento liberal e republicano.

HOLANDA *et al.* (1977b) descrevem que o século XIX marca definitivamente a vigência, entre os profissionais atuando no Brasil, da doutrina médica francesa, caindo em declínio os ensinamentos ibéricos. As Escolas de Cirurgia criadas no Rio de Janeiro e em Salvador a partir de 1809, transformam-se posteriormente em Academias Médico-cirúrgicas, constituindo em 1832 as Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

Para FOUCAULT (1980), nessa época na França, a medicina geral, em descompasso com a medicina mental, que permanecia sedimentada nas etiologias *morais*, seguia o curso de evolução da **clínica**, voltando-se para a **anatomia patológica** no processo de delimitação topográfica das doenças e teria em Bichat sua mais forte referência. O novo olhar médico não era mais somente naturalista, descritivo, conforme Boissier de Sauvages, mas um olhar classificatório, analítico, determinado a impor domínio científico.

Pinel, Daquin, Gaspard e Esquirol são adeptos das instituições médicas ligadas ao Estado, são adeptos do *Asilo*. As ações transformadoras no diagnóstico e no tratamento das doenças mentais, efetivadas por esses *proto-alienistas* franceses, baseiam-se em conseqüentes classificações da *loucura*. As classificações de Pinel (1809) e de Esquirol (1816) extrapolam os limites da França e tornam-se padrões referenciais para o *tratamento moral* dos *alienados* de todo o mundo ocidental (STONE, 1999).

A classificação de Pinel visava a uma nova clínica mental e sintetizava nos poucos gêneros a grande variedade de espécies até então descrita nas classificações dos séculos anteriores. Constituiu o suporte teórico para o “Tratamento Moral”, a prática terapêutica educadora das mentes desviadas pelas paixões desmedidas. As antigas *vesânicas* e os médicos naturalistas cedem lugar às *alienações* e aos *alienistas*.

A classificação de Esquirol dividia os gêneros de *alienação mental* em: *Lypemania* (delírio parcial com tristeza e depressão), *Monomania* (delírio parcial com alegria), *Mania* (delírio geral com excitação), *Demência* (enfraquecimento dos órgãos do pensamento) e *Idiotia* (fraqueza congênita), este último, agora, um gênero definido diferenciado do *idiotismo* de Pinel, mais afeito a um estado mental. Há um passo adiante

muito significativo na abordagem científica das *alienações mentais*, sobretudo com o estabelecimento das monomanias como loucuras parciais. Essa nova concepção permitiu o aprofundamento e flexibilidade maior no entendimento e ordenamento destas doenças (PESSOTTI, 1999).

BERCHERIE (1989) observa que as descrições clínicas de Esquirol são “muito mais” completas do que as de Pinel e acentua que a base psicológica na qual Esquirol apoiou-se era mais consistente, advinda da Escola Espiritualista Eclética.

A nosologia esquiroliana marcava evidente progresso em relação à pineliana, tal como se vê na separação da idiotia, sempre definitiva, quer seja congênita ou adquirida, do *idiotismo adquirido* de Pinel, que passava a ser *demência aguda*. A categorização das demências obedeceria ao curso agudo ou crônico e ao prognóstico de curável ou incurável. A *mania*, tal como em Pinel, permanecia como *loucura geral*, mas excluía-se a forma *sem delírio*, que passava a ser considerada como *monomania*. Esta era, portanto, entendida como secundária a distúrbio afetivo e não a distúrbio primário intelectual, como ocorreria nas manias com delírio. A grande classe das *monomanias* agrupava doenças mentais que afetavam parcialmente o espírito, deixando intactas as faculdades intelectuais (*ibid*).

BERRIOS (1996) comenta que a criação dos gêneros das *monomanias* e da *lypemia* foi uma contribuição extremamente fecunda para o avanço nosotáxico do *alienismo*. LINAS (1876, *apud* PESSOTTI, 1999) conclui que Pinel não define a natureza ou a sede da *mania*, Esquirol, entretanto, “apresenta muito formalmente a mania como uma afecção cerebral localizada anatomicamente e funcionalmente no cérebro”. Para BERCHERIE (1989), entretanto, assim como Pinel, Esquirol situou a sede primordial da loucura, sobretudo no tocante às causas morais no sistema visceral.



CAPÍTULO 2

2. AS CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL DO SÉCULO XIX: DOS PRIMEIROS REGISTROS CLASSIFICATÓRIOS À PRIMEIRA CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DA ALIENAÇÃO MENTAL.

2.1. INTRODUÇÃO

Em sua tese, MEDEIROS (1977) recupera escritos relativos à Santa Casa de Misericórdia de S. João Del Rei, em 1817, em que o médico de então, Dr. Domingos José Cunha, descrevia diagnósticos referentes às doenças mentais. São eles: *alienação mental, muito pouco cizo, abuso de cachaça, bebedeira, doido furioso, desordenado do juízo, vida debochada, melancolia histérica, melancolia hipocondríaca, delirante, epilepsia conseqüente à embriaguez, monomania, alienado por grande queda de cabeça e idiotismo completo*. Nesta miscelânea classificatória, depreende-se, além da notória influência do senso comum, influências das classificações de Sauvages, Pinel e já, surpreendentemente, de Esquirol, um ano apenas após a publicação da classificação deste na Europa. Com as *monomanias*, a classificação de Esquirol ganhava espaço no meio médico internacional e brasileiro.

Em 1818, surge a primeira classificação de importância no século fora do âmbito francês. O médico austríaco Heinroth estrutura a sua divisão com ênfase no aspecto psicológico, tal como Pinel e Esquirol, mas a sua nosografia é mais específica, baseada nos *estados mórbidos* de humor típicos de cada gênero, quer sejam as *hiperestencias* (exaltações); *astencias* (depressões); e as *hiperastencias* (estados mistos). Heinroth, de origem germânica, foi o primeiro *alienista* a propor que a **psiquiatria** fosse reconhecida como disciplina médica distinta, já ocupando desde 1811 esta cadeira na Universidade de Leipzig (CAMPBELL, 1986; PESSOTTI, 1999). Prenunciava-se desse modo a tendência alemã de elevar o *alienismo*, no decorrer do século, à categoria de especialização científica, em detrimento da generalização clínica da escola francesa de Pinel e Esquirol.

KNOBEL (1984) afirma que se deve ao Dr. José Francisco Xavier Sigaud a publicação dos *Annales de médecine, chirurgie et pharmacie* entre 1826 e 1827 no Brasil. Encontradas traduções de artigos de Bayle (*sur les hallucinations sensorielles et la nouvelle doctrine des maladies mentales*) e de um artigo de Broussais (*sur l'épilepsie*) nos quatro

volumes editados. A ausência de artigos originalmente brasileiros ou de outras nacionalidades indica que as primeiras informações sobre distúrbios mentais em território brasileiro vieram da França.

Nos primeiros registros públicos, sob a responsabilidade da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (fundada em 1829), com listas de doenças, *Mappa dos falecidos de 1830 e Relatório da comissão de consultas gratuitas de 1831*, há referência somente a neuropatias: *appoplexia, convulsões, febre cerebral, gastro-cephalite miasmática, syphilis, neuralgia brachial e epilepsia*.

Knobel informa que o primeiro trabalho no Brasil referenciando doenças mentais foi escrito pelo Dr. José Martins da Cruz Jobim: “Il traitait de la *Folie loquace*, causée par une pneumonie chronique avec tubercules pulmonaires. C’était une psychose maniforme symptomatique”. Porém, a *these*, em 1837, de Antônio Luiz da Silva Peixoto é considerada o marco zero de estudos sistematizados nessa área. Ainda mais quando enfatiza que o trabalho de Peixoto foi escrito um ano antes da publicação da obra maior de Esquirol, *Des maladies mentales*, de 1838, autor já referenciado como eixo teórico por Peixoto. A concretização da lei francesa de proteção e assistência aos alienados e, paralelamente, a luta da Sociedade Médica do Rio de Janeiro, materializada no discurso de Sigaud em 1835 em defesa do asilo, viria a estimular outras produções científicas nesta direção (*ibid*).

2.2. SOBRE AS *THESES* DE CONCLUSÃO DE CURSO DE MEDICINA DAS FACULDADES DO RIO DE JANEIRO E SALVADOR

As teses e dissertações de conclusão do curso médico foram, durante todo o século XIX, produções escritas relevantes, arquivadas nas respectivas faculdades. Apesar de Machado e colaboradores (1978) considerarem tais documentos de valor reduzido, pois seriam simples compilações de autores franceses, deve-se ressaltar o valor de documento historiográfico da medicina brasileira. Elas representam um material significativo para reconstrução do saber médico no Brasil imperial. As outras fontes e registros do saber médico, como artigos científicos, livros e registros médicos hospitalares, são também importantes, porém menos numerosas na área da medicina mental e, em muitos casos, de difícil localização e acesso.

No século XIX, nas duas únicas faculdades de medicina do Império, era obrigatório o jovem formado em medicina redigir uma tese ou dissertação de doutoramento. Nas páginas iniciais, o formato exigia a apresentação os agradecimentos (geralmente aos pais, padrinhos e, eventualmente, professores), com toda a eloquência que o romantismo fomentava. Esses jovens médicos, a quase totalidade oriunda da elite branca do império, provinha de famílias de proprietários rurais ou da incipiente e recém formada burguesia urbana (burocratas do Estado, profissionais liberais, etc.). Assim, tais teses constituíam expressões de certa absorção do saber europeu por uma jovem intelectualidade emergente.

Algumas dessas dissertações eram muito curtas, com umas poucas, cinco ou dez folhas, geralmente comentando algum aforisma hipocrático ou princípios médicos ou cirúrgicos gerais ensinados nos cursos. Outras dissertações eram bem mais longas, com dezenas, ou mais de 100 páginas. Elas eram, de fato, muito heterogêneas, tanto no tamanho como na qualidade.

A maioria das teses não era produto de investigações originais (daí a crítica de Machado e colaboradores, 1978) ou da experiência clínica ou institucional do jovem médico. Quase sempre eram compilações mais ou menos comentadas (elogiadas ou criticadas) de autores europeus, na maioria franceses. Desta forma, tais dissertações refletem a recepção, a seleção e forma de absorção que se fazia no Brasil imperial do conhecimento gerado na Europa. Elas revelam como os professores e estudantes da nascente medicina acadêmica brasileira absorviam o saber médico dominante. Em alguns casos, verifica-se a tentativa de adaptação desse saber à realidade nacional, de checagem de como esse saber poderia ser cotejado com a realidade médica do país. Por exemplo, na *These* de Antonio Luiz da Silva Peixoto, de 1837, ele comenta como são os cuidados aos alienados nos hospitais do Rio de Janeiro, denunciando inclusive os maus tratos que sofriam.

Desta forma, essas dissertações refletem a recepção que se fazia no Brasil do conhecimento médico, geralmente da academia francesa. As escolhas intelectuais da jovem elite médica nacional, seus temas preferidos, suas preocupações, inquietações profissionais, teóricas e sociais. Assim, embora não revelem conhecimento original gerado aqui, elas bem

se prestam a uma reconstrução (ainda que dificultosa e incompleta) do saber médico no império, em particular dos saberes que estão sendo discutidos no que se refere à medicina mental.

A primeira *these* sobre alienação mental, feita no Brasil, é apresentada em 1837 por Antônio Luiz da Silva Peixoto com vistas à obtenção do título de “Doutor em Medicina” perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Revela-se nela o interesse pelo tema já na primeira turma de formandos. Neste trabalho, com o título de “Considerações geraes sobre a alienação mental”, Peixoto afirma: “A loucura tem sido classificada em diferentes especies: todavia, a divisão hoje geralmente adoptada he em *mania, monomania, demencia e idiotismo*”, com o esquema classificatório de Esquirol passando por um filtro interpretativo com a inclusão da *lypemia* no grupo das *monomaniacs*, adotando-se na prática o que o *alienista* francês já deixava antever na descrição dos semelhantes quadros clínicos desses itens classificatórios, em que o núcleo psicopatológico das várias espécies de *monomaniacs*, tais como a *hysterica*, a *erotomania* e a *hypochondriaca*, era o mesmo da *lypemia*, ou seja, o delírio parcial relativo a poucos objetos. Para Esquirol, a manutenção da *lypemia* como um gênero autônomo atendia à referência teórica em Pinel e a estratégia de ruptura parcial com a *melancholia*, um ícone da *loucura* desde os tempos de Hipócrates. Mais adiante ver-se-ia a profusa criação de novas espécies de *monomaniacs*, sobretudo com o advento da medicina legal, o que geraria um crescente descrédito, no meio científico, da classificação de Esquirol.

Na *these*, Peixoto orienta-se pela mesma divisão do delírio em “geral” para as *manias* e “parcial” para as *monomaniacs*, subdividindo-as ainda estas em *amenomaniacs* (delírio alegre) e *tristimaniacs ou melancolias* (delírio triste), especificando-as em *erotomania, monomania religiosa, demonomania, panophobia, misantropia, zoantropia, lycantropia, melancolia suicida, monomania homicida, monomania incendiaria, nymphomania* e o seu correspondente masculino a *satiriasis*. Conceitua a *demencia* como “obliteração ou debilidade accidental das faculdades intellectuaes, a qual, quando provém dos progressos da idade, chama-se demencia senil” e faz referência ao *idiotismo* (termo pineliano correspondente à *idiotia* esquiroliana) como sendo “obliteração ou debilidade congenial da intelligencia”. No sincretismo classificatório, observa a subdivisão de Esquirol

para o *idiotismo* em *propriamente dito* e *imbecilidade*, citando Dubois que divide no seu *Tratado de Pathologia Geral* os *idiotas* em *authomaticos* (vegetativos) e *instintivos* (incompletos) e retornando a Esquirol define como *imbecis*, os que sem ter inteligência satisfatória, são passíveis de algum grau de educação.

Quando relaciona os *temperamentos* com os gêneros da *alienação mental*, Peixoto, em pleno século XIX, denota ecos de influência da “teoria dos humores” de Hipócrates. Associa a *mania* ao *temperamento sanguíneo*; a *monomania* ao *temperamento nervoso* e o *temperamento lymphatico* aos dois gêneros e à *demencia*. Quanto aos *idiotas* e *imbecis*, refere não apresentarem um tipo certo de *temperamento*.

Embora o padrão classificatório de Esquirol, baseado na etiopatogenia moral, seja o adotado neste trabalho pioneiro acerca da *alienação mental* no Brasil, Peixoto já evidencia a divisão etiológica da *alienação mental* em “causas determinantes físicas”, a saber: *influencia hereditaria, meningitis, encephalitis, hysteria, epilepsia, hypocondria, menstruação, leucorrhea, hemorrhoidas, partos, dartros, transpiração, corrimento nasal, blenorragias, ulcera, exutorios, sarna, gota, febres de máo character, affecções chronicas e uso ou abuso de medimentos excitantes*. Notando-se a manutenção da hipocondria, da histeria e da epilepsia como causas e não como conseqüentes *alienações mentais*. Reserva, porém, para as “causas determinantes moraes,” a primazia etiológica para os gêneros da *alienação mental*, e cita exemplarmente: *emoções vivas, terror, amor levado a excesso ou contrariado, temor, cólera, ambição, revezes da fortuna e desgostos domésticos*, todos esses itens componentes das *paixões*, desenvolvidas evolutivamente após o *instincto*, a *rasão* e os *desejos*. Peixoto avança ainda mais no delineamento etiológico, na admissão de causas combinadas, físicas e morais, para as *alienações mentais* e na caracterização da **anathomia pathologica** como “a parte mais importante da nosographia medica”, advogando a necessidade de “demonstração mathematica” para a medicina. Define o cérebro como sede idiopática, sintomática ou simpática da *alienação mental*, embora admita a dúvida sobre a natureza orgânica ou psíquica da doença, contrapondo a teoria de Pinel, de ser a região do estômago e dos intestinos a sede primitiva da doença com a de Foville, que estabelecia para o cérebro tal primazia. Antevia, dessa maneira, a tentativa de passagem da ordem classificatória de um eixo sintomático para um eixo etiológico, conforme seria constatado no restante do século.

Peixoto utiliza um eixo direcional que vai da *symptomatologia* (psicopatologia) geral das *alienações mentais* até o diagnóstico específico, quando possível, dos quadros nosográficos mentais. Para tanto, considera: “Tres ordens de symptomas se declarão na alienação mental, e são: simples perturbação das facultades intellectuaes, complicação desta com a das sensações, ou com a dos movimentos”. Admite um diagnóstico diferencial, relativamente consistente, entre as grandes *especies* (mania e monomania) apenas a partir da *symptomatologia* relacionada no primeiro grupo, concernente aos delírios:

“O delirio geral he mais commum, quando há desordens nas facultades intellectuaes propriamente ditas: o parcial he o mais das vezes relativo aos affectos, e nestes casos a intelligencia he intacta debaixo de muitas relações”.

BERCHERIE (1989) descreve na estrutura da classificação de Esquirol, em sua segunda tópica, de 1818, uma ampliação e flexibilização do conceito das *monomanias* ao admiti-las em classes: monomanias intelectuais (delírios e alucinações em primeiro plano); monomanias afetivas (distúrbios do caráter e do comportamento com razão intacta) e monomanias instintivas sem delírio (fragilização da vontade na repressão). Essa revisão, dois anos após a primeira postulação, revelava a característica de abertura de Esquirol a novos conceitos e a possibilidade intrínseca na sua classificação de permitir adaptações, conforme observado, por exemplo, na *these* precursora de Peixoto no Brasil.

BERRIOS (1999) comenta a função das monomanias, em particular da lipemania, como categorias diagnósticas de transição. A lipemania teve, para Berrios, a função de servir de base, de conceito instrumental, para o desenvolvimento de novos conceitos, mais fecundos e operacionais, que puderam dar conta de forma mais eficaz da psicopatologia e classificação dos futuros transtornos do humor.

BERRIOS (1996) define que a “morte” da *monomania* de Esquirol seria decretada em 1854, por ocasião do encontro da *Société Médico-Psychologique*, quando o consenso da maioria organicista dos *alienistas* franceses afirmaria que ela nada acrescentou às antigas noções de Pinel.

De 1820 a 1850 Esquirol representou na França um “consenso geral” entre os alienistas, porém o debate sobre a etiologia das *alienações mentais* inevitavelmente se instalara, tendo em vista a ortodoxia científica, portanto etiológica, presente no campo médico da época (BERCHERIE, 1989). Neste debate, FOUCAULT (1980) considera o *Traité des membranes* de Bichat, de 1807, um marco representativo do nascimento da clínica médica, evidenciando-se o regionalismo topográfico da **anatomia patológica** como uma sistematização mais afeita aos rigores da “ciência positiva” do que a classificação de Pinel, com seus vazios de causalidade.

No Brasil, em *these* de 1839, no Rio de Janeiro intitulada “O Opio”, Luiz Chaves reflete a influência de Bichat na classificação do sistema nervoso em *systema nervoso cerebral* responsável pela vida exterior ou de relação, e o *systema nervoso ganglionar ou grande sympathico*, responsável pela vida orgânica ou nutritiva. Chaves utiliza-se das noções de simpatia e excitabilidade nervosas para configurar os quadros mentais. Assim, apetites depravados estariam relacionados a afecções uterinas e maníacos enfurecidos quase sempre evoluiriam para o idiotismo. Já Domiciano Moreira, também em *these*, de 1839, no Rio de Janeiro, “Considerações geraes sobre a Syphilis”, para obtenção do grau de doutor perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sustenta que a causalidade orgânica da doença, por si só, seria insuficiente para determinar o aparecimento das alienações mentais, embora pudesse gerar um estado de “inquietação de espírito” em doentes e médicos, ocasionado pela dúvida diagnóstica de semelhantes males. Contraditoriamente, observa que a alienação mental seria o espelho de uma sífilis *patente, disfarçada* ou *degenerada*.

No mesmo ano de 1839, no Rio de Janeiro, em pitoresca *these* “A influencia dos alimentos e bebidas sobre o moral do homem”, Alexandre Rosário seguindo o receituário *moral* de Pinel e Esquirol, conceitua: “O império moral é o producto do jôgo de diversas funções a que chamamos *faculdades intellectuais e affectivas*, e estas funções ou faculdades teem em o encephalo a sua séde”. Mas, seguindo a tendência dominante dos primeiros trabalhos médicos acadêmicos brasileiros, assevera que o *caracter moral* pode ser alterado não somente pelos fatores sócio-culturais, como os hábitos de vida, como também por agentes físicos, quer sejam o clima e, mais especificamente, os alimentos e

bebidas agrupados em excitantes e inibitórios. Cabanis é largamente o autor mais referenciado em seu trabalho, sobretudo com a obra *Relações do physico sobre o moral do homem*. Quanto aos gêneros classificatórios, afirma que uma dieta majoritariamente de origem animal, pressupõe o aparecimento dos casos de *mania*, enquanto o oposto, uma dieta muito rica em vegetais, propiciaria os casos de *melancholia*, *pusillanimidade* e *por fim, a imbecilidade*.

A *these* de Rosário reproduz o título e as mesmas conclusões da tese de Eduardo Ferreira França, médico e filósofo baiano que a defendeu em 1834 na Faculdade de Medicina de Paris, sob o título: *Essai sur l'influence des aliments et des boissons sur le moral de l'homme*. França viria a publicar “Investigações de Psicologia” em Salvador no ano de 1854, considerada um marco filosófico do **ecletismo** brasileiro e correspondente ao período de influência advindo de Cabanis e dos ideólogos da Revolução Francesa. Neste trabalho, encontra-se uma classificação das faculdades mentais em cinco grandes grupos, que são: a modificabilidade; a motividade; as faculdades intelectuais; os instintos, físicos, intelectuais, morais e sociais e a vontade ou atividade livre (HOLANDA *et al.* 1976; JAIME, 1998).

MACHADO *et al.* (1978) relatam que durante toda a primeira metade do século XIX no Brasil, ganham corpo a **medicina social** e a **medicina legal**, sobretudo a partir de 1830, quando começa a funcionar a Sociedade de Medicina. Na busca do espaço social, a medicina tem que ser eclética e aproximar-se das outras ciências, assim como dos “viajantes europeus”. Nesse período de afirmação, portanto, perante uma sociedade ávida por soluções rápidas, a medicina brasileira valeu-se da incorporação de referenciais teóricos já existentes, tais como os modelos classificatórios. O **ecletismo científico** marcaria todo o período de absorção pelos alienistas brasileiros das classificações psiquiátricas européias no decorrer do século XIX, especialmente na primeira metade, que corresponde ao predomínio das classificações francesas. O modo de apresentação dos quadros mentais, nos primeiros trabalhos brasileiros, é quase sempre ecleticamente entremeado e sem limites precisos, com quadros clínicos orgânicos, conforme se observa em descrição de Antonio das Neves, na *these* de 1839 no Rio de Janeiro, intitulada de “Dissertação medico-legal acerca do infantecideo”:

“Não é impossível que durante ou depois do parto, ainda mesmo o mais natural, sobrevenha à parturiente uma forte hemorragia, perca grande quantidade de sangue e cáhia desfalecida; que seja atacada de violentas convulsões, que tenha um ataque de apoplexia, de hystéria; que exista em um estado de embriaguez profunda, de adormecimento ou morte apparente”.

De modo semelhante, em outra *these* acerca da saúde da mulher, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839, João Andrade com “Dissertação sobre a puberdade da mulher”, descreve a *chlorose*, uma síndrome descrita comumente dentro do quadro das *alienações mentais*, para os casos de púberes em amenorréia primária:

“Ordinariamente tristes, procurão a solidão, a maior parte de suas sensações, de suas idéas parece envolvida no véo lugubre da melancolia; impellidas por huma tendencia irresistível ao repouso e ao somno, encarão os menores exercicios como hum trabalho penoso, sentindo ao mesmo tempo frequentes cansaços, peso e torpor em todo o corpo; os olhos abatidos exprimem hum estado de languidez que he sempre acompanhado de hum predomínio lymphatico bem manifesto pelo descoramento de todo o corpo, molleza e edemacia dos membros inferiores; a este estado se muitas vezes se acha ligada huma extrema susceptibilidade nervosa, à qual succedem syncopes, tosses secas, violentas cephalalgias, dôres pelos nervos; o cerebro em extremo perturbado as conduz a hum estado de indolencia moral bem proximo ao da estupidez, ou lhes suggere gostos e desejos os mais extravagantes: finalmente, neste estado todas as funcções se achão perturbadas, particularmente a digestão, e a puberdade vai-se passando sem manifestar-se a menstruação”.

HOLANDA *et al.* (1976) consideram: “O ecletismo foi, assim, no Brasil, mais que o positivismo, a filosofia que mais extensas e profundas raízes encontrou na alma brasileira e, ainda no fim do império, ele tinha vigência, se não a tem até hoje”.

LOPES (1939), acerca da fundação do Hospício D. Pedro II em 1841 no Rio de Janeiro, descreve a incessante luta dos médicos da Santa Casa de Misericórdia, da comissão de salubridade da Sociedade de Medicina e da Academia Imperial de Medicina no sentido da criação do Hospício. Os estatutos, por decreto do Imperador, aprovados em 1852 tinham clara influência da lei francesa de 1838 sobre a *alienação mental* elaborada por Esquirol.

A inauguração do Hospício, ainda que provisória em 1841, estimulou a escolha das doenças mentais e suas vicissitudes como tema de *theses*, por mais médicos formados na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sobretudo no ano contíguo de 1842.

Alexandre Ribeiro, no Rio de Janeiro, em “Dissertação sobre a Nymphomania” de 1842, no tocante ao diagnóstico da *enfermidade*, utiliza-se do termo *nevrose* para caracterizá-la em estágios classificatórios. A *nymphomania* pode evoluir de uma *melancolia amorosa* no “primeiro período”, no “segundo período” *coexistindo ella com outra nevrose* e no “terceiro período” *degenerando em mania*. Pela primeira vez, aparecia em trabalhos brasileiros o termo *nevrose*, denotando uma doença mental de caráter evolutivo, indo de monomania à mania ou loucura generalizada. Na França, o registro pioneiro desta terminologia é de Pinel em 1798 e quando encontrada nos artigos de Georget no “Dictionnaire de Médecine” (*articles concernant les maladies mentales et nerveuses*) em 1827, *névrose* é situada como gênero autônomo e diferenciado em relação a *folie* (SEMELAIGNE, 1930). BERCHERIE (1989) declara encontrar em Georget uma posição intermediária entre os etiologistas, anatomistas e funcionalistas da alienação mental. Para Georget, a sede tanto da *névrose* quanto da *folie* é o encéfalo, porém a primeira deve-se a causas anatômicas demonstráveis e a segunda a causas idiopáticas advindas dos fatores predisponentes morais. Georget é citado na dissertação de Ribeiro como um dos autores que fixam o cérebro como sede da ninfomania. SEMELAIGNE (1930) observa que a questão médico-legal de estabelecer distinções entre *les aliénés* e *les coupables* é uma permanente preocupação da obra de Georget, ampliando dessa forma os conceitos classificatórios para além dos alienados mentais.

Geraldo Leão, no Rio de Janeiro em 1842, com a *these* intitulada “As analogias entre o homem são e o alienado e, em particular, sobre a monomania”, analisa os gêneros das classificações de Pinel e Esquirol, acentuando de modo especial os estados intermediários e seu difícil diagnóstico. O perfil da individualização dos casos, em contraposição à generalização pineliana, refletia a trilha aberta propositalmente na classificação de Esquirol ao conceituar as monomanias, que merecem nesta dissertação atenção particularizada.

Leão institui primariamente a necessidade do conhecimento tanto da psicologia quanto da psicopatologia humana por meio de suas funções psíquicas, dividindo-as, a partir da *philosophia*, nos grupos das *faculdades intellectuales* e das *faculdades affectivas*.

Estabelece como *faculdades intellectuales, presididas pela intelligencia, a attenção, percepção, sensação ou faculdade intuitiva; a memoria; a comparação de que resulta o juizo; o raciocinio; e a imaginação*. Classifica as *faculdades affectivas, presididas pela vontade, em: desejo; preferencia e liberdade*.

Inversamente ao observado em trabalhos anteriores, parte-se agora para descrições sintomatológicas específicas, a partir das doenças, definidas por Leão como “variedades da alienação mental” ou “variedades principaes de loucura”. O *idiotismo*, na classificação de Pinel, fora admitido como carência ou insuficiência intelectual. Nesta tese ele é definido como *estado congenito* e há consistente crítica, no tocante ao instrumental classificatório, quanto à impossibilidade de se poder “colocar” os *individuos intermedios*, considerados como *mais ou menos imbecéis*. A *demencia* é descrita, por Leão, segundo a teoria esquiroliana, em aguda, decorrente das paixões súbitas, crônica, como consequência final de outras doenças mentais ou senil, quando acompanha a *decrepitude*. Um grau menor de demência aguda é suscitado na identificação de uma aparente *melancolia dos velhos*, tornando incômodo o seu *commercio*. Com muita frequência nas *theses* da época, observa-se também, de modo comparativo semelhante transações comerciais, a utilização do termo *economia dos órgãos* para designar a dinâmica corporal, física, envolta na doença mental. Isso tudo, bem antes de Freud e de sua “economia dos instintos”.

Quanto às *manias*, Leão utiliza-se do referencial teórico de Pinel e admite *tres grãos* para a doença: A *mania raciocinante*, na qual “o indivíduo” apresentará alterações de comportamento a partir de um impulso irresistível, podendo para tanto “mostrar-se convencido ou não de que obra mal”. Em um segundo *gráo*, a *mania* é classificada como *agitação e perturbações de espirito*, com marcadas alterações no pensamento; e um terceiro *gráo* seria a *mania* propriamente dita com alterações difusas das *faculdades intellectuales*. Nos três casos, procura identificar o diagnóstico diferencial entre o *delirio* e a *colera do homem são*, reconhecendo que esta última, a princípio limitada temporalmente, pode evoluir para estado permanente figurativo de um quadro de *mania*. Os alienistas ganhavam *status* social, à medida que pudessem ser também cuidadores do homem são.

Tal perfil é reforçado por Leão nas referências às monomanias. As alienações mentais poderiam manifestar-se, de modo surpreendente, em homens “no uso completo da razão”. Para tanto, cita exemplos compatíveis com a histeria e com a hipocondria incluídas nesse gênero classificatório, não as admitindo, portanto, como nosologias autônomas, tal como observavam Pinel e Esquirol.

Antonio Vianna, no Rio de Janeiro, em sua *these* “Considerações hygienicas e medico-legaes sobre o casamento relativamente a mulher”, de 1842, dispõe que a “moças púberes, nubes ou inflammadas de amor”, podem sobrevir: *desigualdade de humores; chlorosis* (representada por astenia psicossomática); *palpitações; syncope; epilepsia; hysteria; etc.* Estas doenças são diferenciadas da *mania*, em suas apresentações regulares, e agrupadas por Vianna nas *monomanias amorosas, eróticas e religiosas*. A imprecisão sobre as sedes patológicas, o sítio cerebral ou uterino em especial, é enfatizada, sugerindo que essa indefinição impossibilitasse a adoção de outros padrões classificatórios além de Pinel e Esquirol. Tal situação é reforçada na *these* de 1843, no Rio de Janeiro, por Manoel Torres, “As causas e séde do suicidio”: “Entre os autores, que procurão estabelecer a sede do suicidio, alguns se limitão a indica-la no encephalo ou baixo ventre sem produzir argumentos que o provem: outros a designam de maneira especial em certos orgaos ou no systema nervoso”.

Francisco Marcello, no Rio de Janeiro, em 1843, utilizando-se das noções dos *fluidos magneticos* de Mesmer e de outros *magnetisadores* como suporte científico para sua *these* “Considerações sobre o magnetismo animal”, propõe, a partir do estudo das magnetizações e seus efeitos definidos como estados de *somno magnetico, somnambulismo e lucidez*, uma classificação para os *phenomenos magneticos* em *phenomenos physicos ou sensoriaes e phenomenos pscologicos ou moraes*. A distinção classificatória passo a passo reforçava-se entre o campo orgânico e, de forma inicial o campo psíquico, bem mais delimitado que o campo *moral*.

HOLANDA *et al.* (1976) e RIBEIRO Jr. (1988) postulam que as primeiras idéias positivistas no Brasil aparecem em 1844, na tese “Plano e Método de um Curso de Fisiologia”, sustentada perante a Faculdade de Medicina da Bahia pelo Dr. Justiniano da Silva Gomes, que havia estudado em Paris. Nesta dissertação, há referência explícita a

Auguste Comte e à *Lei dos Três Estados*. RIBEIRO Jr. (1988) explicita que a base teórica mais direta de Comte para a definição destes estados de desenvolvimento do espírito humano, a saber: *o teológico-fictício; o metafísico-abstrato; e o positivo-científico* foram as doutrinas sociais de Saint-Simon, o trabalho de “ideólogos”, como Cabanis e dos “naturalistas” Bichat, Gall e Broussais, notadamente percebendo-se a grande aproximação entre o ideário positivista e a medicina de cunho anátomo-patológico. Um positivismo difuso, abasileirado, seria preponderante na segunda metade do século XIX na vida social, política, cultural e científica do Brasil, a partir da Bahia, onde pôde ser observado em *theses* da Faculdade de Medicina, sempre afeitas, à época, em aliar aos conhecimentos médicos científicos uma base filosófica.

Joaquim de Sena (1844), no Rio de Janeiro, com a *these* “Dissertação sobre a Hysteria”, retoma o termo *nevrose* para caracterização desse estado mental. Neste trabalho dá especial atenção ao que chama de “sede da affecção”, rejeitando como tal o útero, o estômago, os intestinos, os pulmões, o coração e o cérebro pela inexistência de lesões anátomo-patológicas demonstráveis. Por um raciocínio lógico dedutivo, devido à diversidade de órgãos envolvidos, conclui que o sítio etiológico da histeria é o sistema nervoso periférico, : “Com effeito é em seu seio onde se passa esta acção molecular que produz o sentimento da nossa própria existência, onde tem lugar estas modificações materiaes correspondentes às variedades do pensamento, das inclinações, etc”. Ao conceituar a histeria como *nevrose*, Sena aproxima-se da doutrina etiológica da “irritação nervosa” simpática de Broussais, discípulo de Bichat, que é citado como referência teórica no texto.

Joaquim Manoel de Macedo, autor do clássico da literatura brasileira, **A Moreninha**, em sua *these* médica de 1844, no Rio de Janeiro, discorrendo sobre “A Nostalgia,” apresentada como *variedade* da *lypemia*, adjetiva de forma romanceada os gêneros classificatórios de Esquirol. Ele analisa a evolução psicopatológica da *melancolia* desde Hipócrates com os humores biliares e constitui Esquirol o grande reformador, tanto da terminologia quanto da definição deste quadro, agora chamado de *lypemia*: “Moléstia cerebral caracterizada por delírio parcial, chronico, sem febre, entretido por uma paixão triste debilitante ou oppressiva”. Macedo ressalta a divisão da *nostalgia* em três períodos, segundo o Barão de Larrey: *pyrexia; colapso e asthenia*, este

último um item classificatório introduzido por Heinroth. Também relaciona como *causas predisponentes da nostalgia: climas de regioes cobertas de frio gello; estações de outono e inverno; ventos; idade da puberdade; temperamento melancolico*, conforme Zimmerman e outros; *sexo feminino; profissão de músico e causas phisicas pathologicas*. Em relação à sede da doença, afirma: “O positivismo triumpha: a anathomia pathologica foi e é a lanterna mágica”. Concluindo, faz suas assertivas: “No estado actual da sciencia não se póde determinar positivamente a séde da nostalgia. Da anatomia pathologica se deve esperar a resolução de tal problema. Provavelmente a séde da nostalgia é no cérebro”. A tentativa teórica de sistematização da anatomia cerebral de Gall é posta em relevância, embora com críticas consistentes quanto a aparente “facilidade” em se poder determinar a sede das várias formas de monomania. São também citados Frederico Hoffman e Hermann Boerhaave, para quem a *melancolia* seria o primeiro *gráo* da *mania*, e Etmuller, que concebe o delírio como conseqüência da melancolia. As referências crescentes aos autores de língua germânica coincidiam temporalmente com a difusão embrionária das idéias positivistas de Comte e antevia a virada para o lado da psiquiatria organicista alemã.

A “frenologia neuro-anatomista de Gall” apresenta-se como opositora das idéias de Pinel e Esquirol, a partir da segunda década do século XIX, sendo reconhecida pelo senso médico da época como a primeira doutrina das localizações cerebrais. Muito embora Gall, na prática, não tenha sido bem sucedido ao tentar estabelecer a associação das *faculdades* com as áreas cerebrais, ele criou um “movimento frenologista”, de cunho materialista, agregando grandes *alienistas, physiologistas e philosophos* da época tais como Spurzheim, Ferrus, Voisin, Broussais e Auguste Comte (BERCHERIE, 1989; STONE, 1999).

Ernesto Camargo, no Rio de Janeiro, com a *these* de 1845, “Considerações medico-philosophicas sobre a influencia do estado moral na producção, marcha e tratamento das moléstias e como contra-indicação às operações cirúrgicas”, recorre a Cabanis para asseverar que a ação dos órgãos pode ser “excitada, sobrestada ou invertida” conforme “o estado do espirito, a differente natureza da ideas e das affecções moraes”. A seguir, define as *paixões* concernentes ao *estado moral*: “Paixões para nós sam as diversas commoções, que levantam-se na alma humana, e que se renovam e variam successivamente”. Enfim, classifica paixões que poderiam ser *causas de molestias: o amor; o ciume; a inveja; o odio; a colera; a alegria; a tristesa e dissabores e o medo*.

Rodrigo Gonsalves *em these* de 1846 no Rio de Janeiro, “Dissertação sobre a hysteria”, semelhante no título a de Joaquim de Sena de 1844, estabelece segundo Georget causas predisponentes e determinantes a este item classificatório, dentre elas: *jovens mulheres com grande sensibilidade nervosa; climas quentes; a continencia sexual desde que associada a um estado de violencia; cuidados excessivos; contrariedades; cultura immoderada das bellas artes; supressão das regras e dos lochios; paixões em geral*, etc. Divide a *nevrose*, quanto a *symptomatologia*, em *tres gráos*. No primeiro, apresenta sinais precursores, tais como risos imotivados, tristeza involuntária e outros; no segundo, os sintomas são semelhantes, porém súbitos, e no terceiro, os mesmos sintomas apresentam-se *exagerados* e associados a agitações nervosas e estados convulsivos. No tocante à sede e natureza da *hysteria*, tira conclusões mais amplas que as de Sena, ao propor que conforme a classificação de Bichat para os *phenomenos vitaes* em duas ordens, *organicos ou nutritivos presididos pelo systema nervoso cerebral e animaes ou de relação presididos pelo systema nervoso ganglionar* e, tendo em vista as multiplicadas *anastomoses* em ambos os sistemas, todo o sistema nervoso, central e periférico, então estaria envolvido.

Em “Breve estudo sobre algumas generalidades a respeito da alienação mental”, *these* de 1847, no Rio de Janeiro, Agostinho Figueredo inicia seu texto associando o cadáver ao *cirurgião anatomico* e o louco ao *medico philosopho*. Saindo dos modelos estritamente franceses, apresenta como exemplo de classificação a do “Professor da Universidade da Pensylvania”. Embora sem a citação desse nome, a referência é a Benjamin Rush que acreditava ser a inflamação dos vasos cerebrais o princípio psicopatológico das doenças mentais, tendo sido ele o criador dos termos classificatórios listados na *these*, tais como *manicula* (hipomania), *tristimania* (depressão menor) e *amenomania* (fase maníaca da PMD) (CAMPBELL, 1986; STONE, 1999). Figueredo assim reproduz este modelo: *molestias mentaes geraes, subdivididas em mania; manicula (estado precedente chronico da mania); manalgia (adormecimento do corpo e do espirito); dissociação (demencia) e fatuidade (idiotismo)*, para *molestias mentaes parciaes: tristimania e amenomania*, duas formas de *monomania*.

Outra classificação considerada por Figueredo é a de Gall e Spurzheim, admitindo as alienações mentais como produtos das lesões das *faculdades*, sendo vista desta maneira: *idiotismo; demencia; alienação e irresistibilidade*. Figueredo conclui o

capítulo dedicado às classificações, voltando-se para o velho modelo francês, faz um misto de Pinel e Esquirol e defende a definitiva incorporação da *imbecilidade* como gênero, ao afirmar: “Nossa classificação é a seguinte: *mania; monomania; idiotismo; imbecilidade e demencia*”. Adverte que o diagnóstico nem sempre é fácil, sobretudo quando se trata de um possível caso de *monomania*, frisando que presumir não é diagnosticar.

Datam desta década de 1840, os primeiros registros públicos (*estatística mortuária*), no Rio de Janeiro, a incluir a *alienação mental* como causa de morte. Incluída sempre em um grupamento neuropsiquiátrico, ao lado de doenças cerebrais como *febre, amolecimento, appoplexia, comção, congestão e derramamento* além de outras do *aparelho de enervação*, tais como *convulsões, delirium tremens, epilepsia, encephalite, meningite, meningo-encephalite, paralysisa, hysteria, suicidio, marasmo e não classificadas*. A *alienação mental* era inclusa com a rubrica “classificação científica – molestias cuja sede é duvidosa” (HADDOCK LOBO, 1848).

2.3. AS TESES SOBRE ALIENAÇÃO MENTAL DA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX

Na década seguinte prosseguia o confronto acerca das causas das desordens mentais. Em sessão na Academia Imperial de Medicina, em 22 de agosto de 1850, na defesa da *memória* “*Hypochondria da primeira infancia*”, do Dr. José Pereira Rego, inicia-se debate entre a premissa do memorialista, apoiado por outros de ser a enfermidade devida originariamente a *impressões moraes* isoladas ou combinadas (saudades da ama ou do leite, etc), e a de outros pares, que contrariamente procediam a defesa de ser a hipocondria *consequência de affecções dos órgãos abdominaes*, transcrita nos *Annaes Brasiliensis de Medicina*.

Em maio de 1851, na seção *Revista de Jornaes Estrangeiros*, dos *Annaes de Medicina Brasiliense*, é transcrito artigo de Francis Devay, médico do *Hotel-Dieu* de Lyon, original da *Gazette Medicale* de janeiro do mesmo ano. Neste artigo, Devay enfatiza a existência de um substrato anátomo-patológico no cérebro, *um trabalho molecular oculto*, na ocorrência do *amolecimento cerebral, endurecimento cerebral, na appoplexia e na*

alienação mental. É interessante ressaltar a atualização na importação dos padrões científicos internacionais vigentes na época. O célebre debate, que viria a ocorrer uma década depois em Paris (novembro de 1860), na *Société Médico Psychologique* sobre as classificações psiquiátricas, manteria o mesmo foco principal na busca etiológica e na explicação patogênica das desordens mentais. Nesta reunião, a defesa das classificações sintomatológicas clássicas, de base psicológica, seria assumida por Delasiauve, versando contra Buchez que faria a apologia da classificação etiológica, de base biológica, de Morel. Falret, como mediador, iria propor uma solução intermediária com a postulação da necessidade de melhor sistematização para as categorizações clínicas classicamente adotadas (BERRIOS, 1999).

Em *these*, “A hypocondria”, apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia em 1852, Joaquim Britto Jr. apresenta um capítulo original dos *signaes differentiales* (diagnósticos diferenciais) da *hypocondria* com algumas afecções que a ela se assemelham ou se juntam: *melancolia* (curso mais lento e indeterminado); *hysteria* (início repentino e curso mais rápido); *nevropathia* (forma descrita semelhante a um transtorno somatoforme indiferenciado); *gastralgia* (causa predisponente à hypocondria) e *nostalgia* (curso rápido e sintomatologia associada a lesão orgânica se a cura não sobrevir). Embora Britto Jr. descreva a *hypocondria* de maneira pormenorizada, ele não a insere como um gênero classificatório de *alienação mental*, “Ainda que os hypochondriacos não sejam exemplos de molestia alguma...”, evidenciando que as classificações psiquiátricas da época ainda prendiam-se aos gêneros da loucura propriamente dita.

Processo semelhante observa-se na Bahia, na *these* de Sulpício Barroso em 1853, intitulada “Breves Considerações acerca do onanismo ou masturbação”. Neste trabalho, o *onanismo* é considerado um *vicio, uma perversão*, assim como a *sodomia* e de, modo interessante, *a leitura pela mocidade de novellas escriptas em estylo mui livre*. Para o último caso, descreve: “A phantazia exerce um grande império nesta idade, criando por associação de ideas os entes chimericos deenhados n’um livro, dando-lhes uma existencia real na imaginação do individuo cuja acção nervoza mui fraca ainda pode exagerar-se”. O *onanismo* não é considerado doença, e sim fator predisponente à alteração das funções (digestão, circulação, respiração, nutrição e funções nervosas) e, conseqüentemente às

moléstias decorrentes (*padecimento chronico do estomago, sangue depauperado, respiração difficil com fadiga chronica, alterações na nutrição com diminuição das forças musculares, além de irritabilidade do encephalo com alterações nos sentidos e nas faculdades moraes e intellectuaes*).

Antonio Coelho, com “Algumas proposições sobre temperamentos”, *these* de 1853, na Bahia, mantém a classificação dos tipos humanos básicos a partir dos temperamentos. Qualifica a tipologia de Galeno, hipocrática, como extravagante e faz loas a Haller, fisiologista suíço do século XVIII, quanto à identificação dos substratos anatômico-funcionais, em contraposição aos paradigmas ambientalistas, na determinação primordial dos temperamentos e personalidades. Mantém contudo, inclusive na semelhança das caracterizações, a divisão basicamente hipocrática dos tipos de temperamento em *sanguineo; nervoso e lymphatico*, postulando-os como fatores predisponentes respectivamente para afecções agudas como *inflammções e hemorrhagias; nevroses*, aqui especificada como “phenomeno nervoso insolito e sympathias anormaes, que podem muitas vezes motivar um erro de diagnóstico”; e no terceiro caso as afecções crônicas como as *scrophulosas e tuberculosas*. Busca associar a esses tipos as funções dos sistemas orgânicos correspondentes, nada muito diferente de Hipócrates que a cada humor especificava um órgão do corpo (DALGALARRONDO, 2000).

No *Relatorio e Estatistica do Hospicio de Pedro Segundo*, feito pelo 1.º Medico das Enfermarias, Dr. Manoel José Barbosa, de 1º de julho de 1854 a 30 de junho de 1855, a *estatistica medica dos gêneros da loucura* apontava: *Mania; monomania; mania-epileptica; demencia; paralysisa; epilepsia e idiotia*. Barbosa, nas descrições, postula a freqüente associação ou combinação entre os gêneros:

“A epilepsia está ligada antes á mania e ao idiotismo, ainda que não é raro encontrá-la na monomania e na demencia...quando a epilepsia tem complicado a mania então predominam syntomas de debilidade e é no idiotismo com epilepsia que este ultimo estado é mais pronunciado. Esta complicação é para a alienação mental a mais funesta...A paralysisa pertence particularmente à demencia”.

Embora adote classificação próxima de Esquirol, Barbosa revela a tendência de combinação aos gêneros da alienação mental advinda da escala classificatória de 1833, somatista e frenopata do belga Guislain, base do alienismo organicista alemão, principiado por Griesinger (BERCHERIE, 1989; PESSOTTI, 1999). Neste relatório, Barbosa, alienista de asilo, evidencia algumas diferenças classificatórias com os pesquisadores acadêmicos e divide as causas da *loucura* em *physicas* (*abuso de bebidas al'coolicas; desarranjo de menstruação; abuso do mercurio*, aqui pela primeira vez colocada uma iatrogenia, *excesso de prazeres venéreos; onanismo; insolação; e as lesões do cérebro e das membranas*) e *moraes* (*desgostos domesticos; amor contrariado; ciúme; miseria; a religião mal entendida e os prazeres da fortuna*). Quanto ao curso das doenças mentais, assegura que quanto mais *moços* são os *loucos*, maiores são as possibilidades de cura, tendo em vista que as probabilidades de morte são maiores nas doenças mais antigas, sendo que as mulheres, cronicamente, morrem mais de demências enquanto os homens têm morte mais aguda nas manias.

Em consonância com a nova atmosfera científicista, moralista e evolucionista, portanto, positivista nos meios acadêmicos, surgem na Bahia, em 1857, as *theses* de Pedro Araújo, “Herança” e Cid Cardozo, pomposamente intitulada “Influencia da civilização sobre o desenvolvimento das affecções nervosas”. Na tese de Araújo, encontra-se o reflexo europeu do divisor de águas da medicina sintomatológica para a medicina etiológica, que estabelecia na hereditariedade a âncora necessária à explicação causal lógica, ao enquadramento classificatório das doenças. Desde o *Traité de l’Hérédité Naturelle*, de Prosper Lucas, em 1847, passando pela afirmação de Moreau de Tours, da preponderância da influência hereditária sobre as alienações mentais com *De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales* de 1851 (SEMELAIGNE, 1930), até o *Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales* de Morel em 1857, identifica-se que o alienismo acompanhava o ritmo do meio médico científicista e positivista da época:

“Do ponto de vista interno da corporação dos alienistas, a teoria da degenerescência representava um suspiro de alívio, na medida em que permitia, enfim, uma classificação etiológica das doenças mentais. Uma classificação como as adotadas pelo restante da medicina. O alienista podia, então, sentir-se um médico como os outros” (SERPA Jr, 1998).

Pedro Araújo descreve uma ordem classificatória baseada na obra de Prosper Lucas, de 1847, para *heranças do physico e do moral, physiologicas e pathologicas*. Relativamente à classe das heranças morais e intelectuais, diferencia a visão dos *organicistas materialistas*, que preconizavam ser a herança dos órgãos corporais modelos reproduzíveis para as heranças psíquicas, dos *vitalistas*, que admitiam a herança da vida, “donde o physico e o moral emanam paralelamente”. A respeito da dúvida entre o determinismo e a predisposição acerca das influências hereditárias, exemplificado nos homicidas, opta pelo entendimento de que a *herança moral* não pressupõe *transmissão* e *sim impulsão* ou *inclinação*, que embora “fortissima”, poderia ser vencida por força de vontade “a toda prova”. Este ponto de vista se assemelha à lógica comtiana da intervenção do homem na mudança social:

“Comte faz depender a reforma da sociedade de outra reforma prévia, a do pensamento humano. O espírito humano deve renunciar a conhecer a essência das coisas e limitar-se à observação dos factos de experiência e suas relações invariáveis, de que irá induzir as leis” (LEGRAND, 1983).

A *these* de Cid Cardozo é constituída de cunho eminentemente moralista. Tecendo crítica ao “estado de civilização”, põe-se em absoluta consonância e atualidade com a matriz francesa do pensamento psiquiátrico, em que, por exemplo, ver-se-ia semelhante descrição desses fatores predisponentes à alienação mental no *Traité des maladies mentales* de 1860, de Morel (SERPA Jr. 1998). Nela embute um rosário de idéias, a maioria com perfil preconceituoso, a respeito dos comportamentos sexuais, das mulheres, de minorias religiosas, etc. A ode ao moralismo, travestida em *hygienismo* totalitário encontra eco na forma do credo positivista e na sua pretensão de se tornar a “religião da humanidade”. Mesmo a defesa intransigente da religião católica não afasta intensamente Cardozo das idéias de Comte, tão em moda no meio médico baiano da época, tendo em vista que apesar das críticas ao caráter *anti-social* do catolicismo, Comte não escondia sua simpatia por esta religião (RIBEIRO Jr., 1988). Diagnosticando o “estado de civilização” como predisponente a *todas as affecções nervosas*, tais como *as nevroses (hypocondria, hysteria, palpitações do coração, tremor, epilepsia, catalepsia)*, a *alienação mental*, ou ainda, a *molestias físicas como certas affecções do tubo digestivo produzidas pelo abuzo de alimentos adubados*, doenças relacionadas por Hardy, Béhier,

Esquirol, Chomel, dentre outros, Cardozo reforça uma convicção: “Um poderoso apoio à opinião de tantos homens illustres e respeitáveis oferece a logica positiva e irresistivel dos factos”.

Cardozo identifica o progresso da civilização como antagônico ao crescimento moral do homem e classifica os fatores predisponentes às doenças da civilização como: *influencias physico-nervosas (alimentos adubados, bebidas alchoolicas, vestidos, leitos com colxões moles, luxuria no abuzo de banhos, perfumes sensuaes, tabaco, profissões mecanicas ou industriaes)*; *influencias physico-psyco-nervozas (musica, theatros, bailes, jogo, onanismo como substituto da prostituição e do adulterio, profissões liberaes, militar e maritima)*; *influencias psyco-nervosas (paixões em geral, trabalhos intellectuaes, governos com mais ampla liberdade civil e politica, religiões não catholicas)*. Na *secção medica*, um anexo da *these*, adota proposição radical *hygienista* de Fleury sobre *herança*: “A herança morbida transmite quer a predisposição, quer o germem morbifico, quer a molestia mesma”.

A alternância de *theses* com tendências mentalistas ou organicistas iria perdurar nos círculos acadêmicos brasileiros. Em um retorno a Esquirol, mas com evidentes adaptações classificatórias, Francisco Albuquerque apresenta, na Bahia, em 1858, a dissertação “A monomania”. Neste trabalho lista operosa classificação das *formas de monomania*, dividindo-as inicialmente em *monomania racionante e monomania instinctiva*. Para o primeiro grupo, inclui a *loucura delirante* com motivações definidas, impulsões refletidas com ações premeditadas. No segundo grupo, inclui as *inclinações invencíveis*, em que no monomaniaco não haveria desordem aparente das faculdades intellectuais: “Elle he levado por uma força irresistivel á actos, que elle mesmo reprova”.

A seguir, Albuquerque refere que a monomania tem *infinitas* espécies e opta por descrever as que julga mais importantes:

- *Monomania ambiciosa ou de orgulho (Orguilomania)*-“Os que a apresentam, julgão-se não só ricos e poderosos, mas tambem tomão as maneiras das personagens, que elles se supõe ser”.
- *Monomania alegre (Aménomania)*-“São ordinariamente expansivos e divertidos; gesticulão, fallão e riem sem cessar”.

- *Monomania triste (Lypémania)*-“N’esse estado predominão as ideias tristes e os pressentimentos...Summamente suspeitosos recusão tomar os alimentos, porque os supõe envenenados pelos muitos inimigos que os cercão”. O referido autor faz diagnóstico diferencial com a hipocondria, afirmando que nesta não há delírio. Etiologicamente considera causas morais para a lipemania e causas físicas para a hipocondria.

- *Monomania suicida, taedium vitae (Autoctomania)*-“A ideia fixa e constante he o suicidio”. Pode esta monomania ser raciocinante ou instintiva.

- *Monomania furiosa (Manicomania)*-“O furôr do monomaniaco he muito diverso daquelle, em que entrão frequentemente os maniacos; porque n’estes ultimos não há ideia predominante”.

- *Monomania religiosa (Ascetismo)*-“Nós fasemos uma monstruosa mistura das nossas paixões e das nossas crenças, resultando um mal do maior dos bens”. Descritas nesta espécie as diversidades delirantes de acordo com a crença religiosa e incluídas como subespécies, a *théomania* e a *demonomania*.

- *Monomania narcisa*- “As ideias de namôro, amor proprio e vaidade são as predominantes d’esse delirio”. Aqui relata forma particular desta monomania que afeta os que chama de *velhos-meninos*.

- *Monomania erotica* - “O amôr do erotomaniaco he ardente, porem casto, violento, mas platonico”. Nesta espécie, cita um caso da própria clínica de *ideias de mudança de sexo* e outro semelhante, referenciado no *Tratado de molestias mentaes* de Morel.

- *Monomania do casamento (Gaménomania)*- “Irresistivel desejo de casar-se”. Para estes casos evidencia sintomatologia diferenciada do *satyrisiaco*, que apresentaria *desenfreada libertinagem*.

- *Monomania do roubo (Kléoptomania)*- “Tendencia irresistivel aos roubos”. Indica que esta monomania atinge preferencialmente os ricos e abastados.

- *Monomania incendiaria (Pyromania)*- “Desejo veemente de incendiar”. Neste caso, contesta a tendência de se estabelecer múltiplos itens classificatórios de autores germânicos, citando Marc, Masius, Meckel, Henke e Klein, ao afirmar que a piromania é na maioria das vezes, somente sintoma de outra monomania.
- *Monomania homicida (Androphomania)* - Para esta espécie, a princípio, aceita como racionante, discorre sobre a polêmica criada desde Esquirol em 1818, que a admitiu na forma instintiva.

Quanto à etiologia das monomanias, Albuquerque cita causas predisponentes e determinantes, físicas e morais. Como predisponentes, ressalta a herança, os períodos etários dos nove aos vinte e dos trinta aos quarenta anos, o temperamento nervoso, alguns hábitos culturais, dentre outras. Como causas determinantes físicas, as variações da temperatura, os excessos de qualquer natureza, tais como o onanismo, a castidade absoluta, a histeria, a epilepsia etc. No entanto, postula que as causas determinantes morais como as paixões violentas, o ódio, o ciúme, a vingança e muitas outras, são efetivamente as causas preponderantes das monomanias.

Concernentemente ao diagnóstico das doenças mentais, Albuquerque denota grande preocupação clínica com a imprecisão dos limites entre as *ideias loucas e as rasoaveis*, chegando a propor teste comportamental do suposto monomaniaco com indivíduos sãos para, a partir da observação clínica, definir o diagnóstico. A escola clínica romântica de Pinel, Esquirol e Heinroth demonstrava-se suficientemente forte para manter influências, apesar da cerrada oposição dos etiologistas franceses, aos quais se seguiriam os nosotaxistas alemães.

O prelado positivista brasileiro tem seus primeiros registros no Rio de Janeiro com Luís Pereira Barreto, já formado em medicina pela Universidade de Bruxelas, com a apresentação de tese, em 1865, perante a Faculdade de Medicina sobre “A teoria das gastralgias e das nevroses em geral”. Barreto consagra a tese à memória de Comte e adota, no trabalho, o espírito do positivismo: “É urgente que façamos sentir a todos que a cada arte corresponde uma ciência; e que a arte política, incomparavelmente mais difícil que a

arte médica ou a do engenheiro, corresponde imediatamente à filosofia positiva” (HOLANDA *et al.*, 1976). O ideal positivista, que seria usado com filtros, na política brasileira da segunda metade do século XIX, teve na medicina a sua porta de entrada.

O controle social desejado pelo *alienismo* associava-o à Medicina Legal. As delimitações de normalidade da alienação mental são discutidas na *memoria*, para a Academia Imperial de Medicina, do Dr. José Luiz da Costa “Medicina Legal da alienação mental”, de 1861, posteriormente publicada em 1868. Costa discorre questionamentos sobre as rotulações da doença:

“O que são todas essas enfermidades conhecidas por nevroses do cérebro? A alienação não é também uma nevrose cerebral? E o que é nevrose? Diz-nos a sciencia que nevrose é um augmento d’ação organica de um tecido sem affluencia apreciavel de fluidos, ou será como quer Chomel uma perturbação ideopathica das funções sem lesão sensível. Estamos até hoje na ignorancia da natureza dessas enfermidades...a pessoa ou o ego, por mais poderoso que seja nunca as pode extinguir”.

Costa recorre à classificação de Heinroth, romântico germânico, para dividir simplificadamente a alienação mental em *hypersthenica e asthenica*, com *atividades organicas ou vitais*. Enquadra dialeticamente a lucidez, quando cita a visão biologizante de Morel, para quem não se podia conceber lucidez em uma afecção idiopática do encéfalo, por outro lado evoca a visão romântica de Esquirol e Hoffbauer, ao afirmar que ao se crer na lucidez, difícil é saber onde ela começa ou acaba.

O pêndulo oscilatório filosófico, no decorrer de todo o século XIX, estabelecia disputa pelas certezas científicas, que influenciavam a medicina e o alienismo, nas suas abordagens e nas suas sistematizações classificatórias, verdadeiros símbolos de hegemonia. Para tanto, as *theses* de medicina extrapolavam seus limites técnicos e assumiam novas interfaces nesse afã de respostas sociais convincentes.

Na Faculdade de Medicina da Bahia, por exemplo, surgem duas teses nos anos contíguos de 1868 e 1869, em tudo semelhantes até mesmo nos títulos: “As raças humanas provieram d’uma só origem?”, de Claudemiro Caldas e “As raças humanas descendem de uma só origem?”, de Eugenio Rebello. Esses dois trabalhos não são efetivamente médicos,

mas sim filosóficos e antropológicos. Defendem os dogmas da religião católica como absolutamente suficientes a todo e qualquer questionamento científico, numa clara alusão à filosofia escolástica, aliada próxima do ecletismo. Opõem-se à teoria *polygenista*, afirmando ser a teoria *monogenista* a única explicação plausível para a origem das raças humanas.

Esses libelos espiritualistas acerca dos limites éticos da ciência ocorrem em contraposição às radicalizações materialistas presentes no curso das ciências médicas da época e que atingiriam o seu ápice, passando pela sistematização classificatória do alienismo germânico de Griesinger, no final do século XIX com o monismo: “Tudo se reduz à matéria, que obedece às leis naturais. A alma, nesse contexto, é puramente uma atividade fisiológica do cérebro” (DALGALARRONDO, 2000).

Em sessão da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, quando da apresentação da memória “Causas da mortalidade das crianças do Rio de Janeiro”, o Dr. José Maria Teixeira, em 1890, informa que data do período de 1868 a 1876 a adoção de *estatísticas mortuárias* oficiais no Brasil, utilizando-se como padrão à classificação do *Congresso Internacional de Estatística*. Teixeira relaciona que a partir de então os registros de causas de morte no Brasil, assinados pelo *Ministro do Imperio*, passaram a ser decadentes progressivamente, chegando até mesmo a serem repassados para a *Secretaria do Imperio* em 1882. BARTOLOMÉ & SARTORIUS (1994), ao discorrerem que em 1855 o 2º Congresso Internacional de Estatística de Paris adotou uma classificação de causas de morte, comentam: “Esta Classificação representou o compromisso entre uma tradição inglesa de classificação por região anatômica e a tradição francesa de classificação etiológica, porém nunca logrou uma aceitação universal”.

Em *these* de 1874 no Rio de Janeiro, Antonio Manso apresenta “Do diagnostico e tratamento das diversas manifestações do hystericismo e da epilepsia” perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Relaciona Briquet e seu tratado “Clinique et therapeutique de l’hysterie”, de 1859, na crítica etimológica que faz à “hysteria”, considerando-a termo “sem significação alguma”. Manso relata a grande divergência de definições para esse “estado nervoso” ou “nevrose”, filia-se à concepção organicista sintomatológica e admite três formas clínicas (*convulsiva; não convulsiva e mixta*) e duas formas patogênicas (*idiopathica ou essencial e sympathica ou reflexa*), considerando a *herança* como principal causa predisponente da histeria e a sua presença nos homens, de ocorrência inquestionável.

Para Manso a sede da doença é todo o sistema nervoso, central e periférico, e como causas determinantes são designadas as orgânicas e as “emoções vivas”, estas últimas substitutas das causas morais. Estabelece como diagnósticos diferenciais para a *hysteria* os seguintes “estados morbidos”: *eclampsia; catalepsia; hypochondria; diversas lesões organicas e a epilepsia*.

Assim como a histeria, a epilepsia é para Manso uma *nevrose (cerebro-espinhal)*, dividida em três espécies: *idiopathica ou essencial; symptomatica e sympathica ou reflexa* tendo como *séde e genese*, conforme o neurologista francês Brown-Sequard, a *medulla alongada excitada por qualquer estímulo*. A inconsistência dos achados anátomo-patológicos para as *nevroses* é exemplificada por Manso: “Por ora, a anatomia pathologica nada tem dito de positivo sobre a epilepsia”. O curso da *molestia*, possivelmente iatrogenizado, é descrito conforme a concepção somatista de progressão das *nevroses* a alienações, passando a epilepsia, nesta ordem, ao *estado de indifferentismo, imbecilidade e demencia* ou da prevalência de co-morbidades entre as *nevroses*, com a citação da espécie *hystero-epilepsia*. O diagnóstico diferencial entre a epilepsia e a histeria é esquematizado, destacando-se a assertiva de que o doente de histeria não se torna estúpido, ao passo que o contrário é quase uma regra para a epilepsia.

Antonio Manso denota a tendência majoritária dos alienistas brasileiros da época na hierarquização progressiva das formas de *nevroses e alienações mentais* em consonância com a escola somatista alemã, mas o eixo classificatório mentalista francês ainda era observado com a não inclusão das *nevroses*, afeitas às postulações organicistas quanto à etiologia, no grupo das alienações mentais, estas últimas reservadas a postulações majoritariamente mentalistas (intelectuais e morais ou emocionais) quanto às suas causas, tal é o que se observa nas *theses e memorias* brasileiras até então.

Frederico Rebello, em *these* de 1878, na Bahia, intitulada “Localização nas molestias cerebraes”, acentua a divisão clássica do *encephalo: medulla alongada, cerebelo e cerebro propriamente dito*. A dissertação de Rebello, de cunho neurológico, evoca organicistas históricos, defensores da heterogeneidade funcional do cérebro, como Willis, Vieussens, Malpighi e Boerhaave e estabelece que a frenologia de Gall e Spurzheim sintetizou todo esse movimento do “principio das localizações cerebrais”, ao propor a elevação do cérebro à categoria de “orgão da alma”.

Os trabalhos experimentais posteriores, clínicos e laboratoriais de Jackson, Charcot, Hitzig e outros, levam Rebello a comprovar em “factos positivos” a “diversidade funcional das diferentes partes do cerebro...na producção dos variados symptomas das molestias cerebraes” e a fazer, por inferência, generalização, por analogia, quanto à gênese de todas as alienações mentais. A classificação anatômico-funcional do cérebro tornava-se símbolo de poder e dominação científica.

A partir do segundo semestre de 1879, os *Annaes Brazilienses de Medicina* passam a apresentar, concomitantemente em capítulos, as *memorias*, apresentadas à Academia Imperial de Medicina com vistas à obtenção do grau de membro titular, de Nuno de Andrade, denominada “Da natureza e do diagnóstico da alienação mental”, e a de Affonso Pereira Pinheiro, intitulada “Das lesões somáticas na loucura”. O confronto ideológico expressado sintetiza a oposição ideológica acerca da alienação mental e evidentemente de seus processos classificatórios, entre os mentalistas (vitalistas, espiritualistas e *philosophos*) e os organicistas (materialistas, positivistas e *physiologistas*). Andrade afirma que os sintomas da *alienação* não são os mesmos que traduzem as diferentes *lesões do corpo*, mesmo nas lesões encefálicas. Critica Voisin por ter incluído a *alienação mental* na ordem das *molestias somaticas*. Define a sua linha de pensamento, frente ao dualismo *alma/corpo*:

“Somos *vitalista* convicto, não só porque a logica no-lo ordena, como também porque os organicistas, com sua argumentação contraproducente, nos ensinarão a robustecer a crença na vida-principio. Além da vida possuímos uma alma; - alma, quer dizer – intelligencia, sentimento, vontade. È ella independente do corpo... portanto: a assimilação das lesões somáticas às perturbações da intelligencia é illogica e perigosa”.

Para Pinheiro, a *psychiatria* não é exceção, mas tão-somente capítulo da *pathologia geral*. Argumenta, relativamente ao conjunto *alma/corpo*:

“É por isso que os diversos estados da alma se representão na parte material da entidade humana, como as excitações organicas modificão tambem a actividade psychica, reconcentrando-se, ou tendendo a concentrar-se no centro cerebral”.

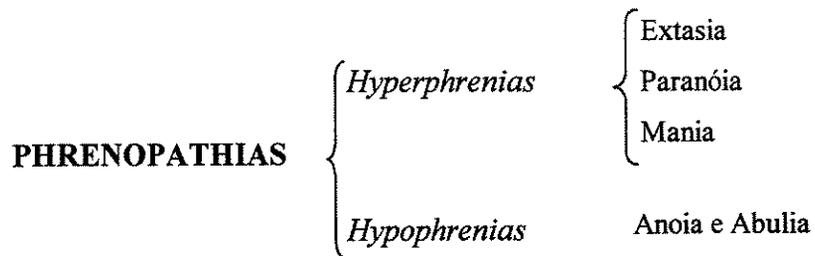
Acerca da discussão dos achados clínicos ou da anatomia-patológica como determinantes nas classificações das doenças mentais, temos em Andrade a assertiva de que as *autópsias dos alienados* nada provaram quanto às especificações dos quadros, defendendo a posição de Pinel, Esquirol e Heinroth de considerarem, nosograficamente, a perturbação da razão como *critério psicológico* de inclusão para a alienação mental. Por outro lado, Pinheiro postula a possibilidade de existência de alterações no *tecido nervoso cerebral*, particularizadas para cada espécie classificatória, indicando os avanços da anatomia patológica na Alemanha a partir dos *archivos de Virchow*, faltando tão-somente o apuro dos microscópios para sua detecção definitiva (*ibid*).

Pinheiro concorda parcialmente com a teoria de Maudsley, alienista britânico materialista radical e de “moral vitoriana”, autor de *Pathology of the Mind* de 1879, em que considerava ser as alienações mentais devidas diretamente a agentes orgânicos conseqüentes a alterações viscerais (STONE, 1999). Pinheiro postula que as alterações nos “estados da alma” possuem substrato principal nas variações das *dinâmicas celulares viscerais*, fato comprovado pela *exploração plessimétrica orgânica*, e que a gênese das *espécies de loucura* seria, indiretamente, determinada por esse processo patológico funcional. Pinheiro, baseado nos itens classificatórios de Pinel, diferencia o *idiotismo* e a *demência* da *mania*. Para ele, somente devem ser considerados como *loucura idiopática*, caso da *mania*, as doenças funcionais, ao passo que nos processos de doenças lesionais cerebrais, casos do *idiotismo* e *demência*, a terminologia aplicada deveria ser “estados de enfraquecimento das forças intelectuais” (*ibid*).

Andrade atem-se às classificações com *critério psicológico* da alienação mental como as que melhor agrupam estas espécies. A partir de síntese da classificação de Heinroth, precursora das numerosas sistematizações germânicas, e da incorporação terminológica de Guislain na designação das doenças mentais (*hyperphrenias* e *hypophrenias*), propõe o primeiro modelo classificatório brasileiro para as alienações mentais. O modelo de Nuno de Andrade seria pioneiro como referencial bibliográfico nacional, a ser citado por outros estudiosos do alienismo no Brasil.

CLASSIFICAÇÃO DE NUNO DE ANDRADE (1876)

CLASSIFICAÇÃO DAS ALIENAÇÕES MENTAES



Fonte: Nuno de Andrade, 1876

Acerca dos itens desta classificação, Nuno de Andrade expõe:

"Caracterisãm-se as *hyperphrenias* por aumento e perversãm das faculdades intellectuaes; e as *hypophrenias* por depressãm ou perversãm dessas mesmas faculdades. A *extasia* ou estado de extase é caracterisada por excitaãm da imaginaãm, com prediminio dessa faculdade perversada sobre as outras. A *paranoia* comprehende o delirio e as hallucinaãm. O delirio subdivide-se em loquaz, ideologico e lypemaniaco. A *mania* apresenta tres fõrmas: simples, mixta e secundaria. A *anoia* comprehende a demencia e a estupidez; a *abulia* consta do idiotismo e cretinismo".



CAPÍTULO 3

3. A RECEPÇÃO DAS SISTEMATIZAÇÕES CLASSIFICATÓRIAS PSIQUIÁTRICAS GERMÂNICAS NO BRASIL.

3.1 INTRODUÇÃO

Dr. João Francisco de Souza, médico das *Enfermarias dos Alienados* do *Hospital de S. João Baptista de Nictheroy*, em anexo acerca das *classificações das molestias mentaes (A Psychiatrica)* na apresentação do relatório anual de 1880 ao diretor do hospital, posteriormente enviado ao Presidente da Província do Rio de Janeiro e à Assembléia Legislativa (www.crl.jukebox.uchicago.edu/), refere: “Como succede nas sciencias medicas em geral, a classificação das molestias mentaes, á despeito do avanço real da psychiatria desde o começo do nosso seculo, é puramente empirica”, tendo a evolução das classificações psiquiátricas no decorrer do século XIX acompanhado a dialética entre mente e corpo a partir do *estudo da conformação dupla da natureza do homem*, havendo falta de equilíbrio dos *pathologists* classificadores em ora serem *physiologists* extremados e outras vezes *philosophos* excessivamente influenciáveis pelas filosofias dos tempos.

Souza, neste relatório, enumera criticamente aquelas que considera como as mais importantes passagens históricas, ao longo do século XIX, no estudo das classificações psiquiátricas. A classificação de Pinel seria limitada, por considerar somente como *variante* classificatória o *delirio intellectual na intelligencia pervertida*, esquecendo de considerar as *variantes da vontade enferma* (afetivas), conforme observaram Matthey e Foville no quadro da *loucura impulsiva*, ou ainda no caso das *loucuras epilepticas*, que segundo alienistas de então, sobretudo os ingleses, representavam *variantes sem distincção precisa*.

Sobre Esquirol, Souza destaca que embora mantivesse o padrão classificatório de Pinel, baseado nos *symptomas da intelligencia pervertida*, sua classificação observou avanços clínicos identificando as *monomanias*, novamente incluídas na *grande classe das melancolias* na sistematização de Kraft-Ebing e por “inconscientemente” abrir caminho para as *faculdades affectivas* como variáveis classificatórias. A contribuição de Esquirol é associada à de Georget na delimitação da *idiotia* e da *estupidez* no rol do *idiotismo* de Pinel.

Souza, apesar das críticas às ordenações de Pinel e Esquirol, considera que o processo das classificações das *mentalidades enfermas* só teve “desvirtuamento” com as classificações alemãs da primeira metade do século XIX, chamadas de *systematicas* e impregnadas de *filosofismo idealista exagerado*. Estas classificações, que dividiam a *loucura* em três ordens do pensamento (*exaltação, depressão e perversão*), são criticadas a partir desta divisão “... como se a exaltação e a depressão não constituíssem uma perversão”, além de sofrerem reprovação de ordem prática por serem extensas e se basearem unicamente em critérios *psychologicos*.

Nesse particular embora discorde do direcionamento psicológico da classificação de Nuno de Andrade, Souza faz menção elogiável ao seu *character synthetico*. STONE (1999) adjetiva de românticos os psiquiatras germânicos da primeira metade do século XIX, citando dentre outros Reil, que cunhou o termo **psiquiatria**, Carus, que subordinava os processos biológicos à psicologia da consciência, Ideler, precursor de estudos sobre o inconsciente e Heinroth, o classificador do grupo.

Souza critica também a escola classificatória psiquiátrica inglesa da época, citando Tuke, Skae e Maudsley e a classificação francesa de Morel, por quererem adotar exclusivamente os critérios etiológicos para a definição das espécies.

Embora de clara tendência organicista, segundo João Souza o futuro das classificações estaria na hierarquização e na mescla dos critérios psicológicos e etiológicos para o devido agrupamento *clínico* das espécies, referindo que tal fenômeno já era observado na classificação alemã de Griesinger, construída a partir dos pilares da obra de Guislain e da sua influencia real no progresso da *psychiatria*:

“A divisão das loucuras em primitivas ou affectivas, e secundarias ou loucuras da intelligencia e vontade, é a reprodução aperfeiçoada das velhas idéas hypocraticas; além d’isso systematica por influencia de escola e saliencia dos elementos psychologicos, que devem ser tolerados, porém que não pódem fundamentar exclusivamente qualquer modo de pensar em relação ás psychoses e suas divisões”.

Para Souza, as novas classificações alemãs eram as únicas a possuírem capacidade evolutiva, por permitirem absorção de diferentes conceitos. Citando Griesinger, exalta a disposição em aperfeiçoar a sua tábua classificatória, aproximando-a da *escola franceza*, mais superficial, porém mais prática.

Nesse importante trabalho descritivo e crítico, Souza postula que as *hypocondrias e agoramánias* são tão-somente *complicações do nervosismo em molestias do aparelho gastro-hepato-intestinal* e estando, assim como os *alcoholismos*, “acumulando sem critério o quadro das vesánias”, não devendo figurar no quadro das *verdadeiras psychoses*, tendo em vista o sentido que tem esta *palavra*. O termo psicose fora introduzido pelo psiquiatra austríaco Feuchtersleben em 1845 e utilizado na classificação psiquiátrica de Schule em 1878 (ROUDINESCO & PLON, 1998; PESSOTTI, 1999).

De acordo com Souza, o alicerce filosófico das classificações psiquiátricas deveria ser o **positivismo** de Comte e o seu derivado, o **evolucionismo** de Spencer. O conceito de unidade biológica e social seria aplicável às unidades classificatórias e critério nosológico de Cotard, “sob a direcção da escola allemã”, seria o que melhor atenderia a esses preceitos, em que cada espécie de doença mental representaria uma unidade própria, podendo estar ou não associada a outras espécies, correspondendo a cada indivíduo doente. Havendo, portanto, individualizações, os agrupamentos das espécies, embora obedecendo a direcionamento sintomatológico, seriam disponibilizados por um sentido hierárquico clínico mais apurado que levasse em conta a natureza, a forma, o curso e o prognóstico das doenças (PESSOTTI, 1999). Como premonição, Dr. João Souza apontava o norte classificatório, que viria a ser definitivamente seguido no Brasil na virada do século, depois das tempestuosas radicalizações organicistas e mentalistas.

Em *these* de 1880 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Americo Luz apresenta: “Do diagnostico differencial das molestias chronicas do encephalo”. Nesta dissertação, de cunho neurológico, Luz faz um libelo organicista sustentando: “...a anatomo-physiologia persegue o animismo no seu ultimo reducto – o cerebro, o organismo disputa direitos em toda parte ao vitalismo; n’esse litigio dos factos contra as hypotheses, a victoria é da verdade, a verdade é o facto, e o facto é o organicismo”. A *these* postula que o modelo da *periencephalite diffusa* (paralisia geral progressiva), no qual os achados anátomo-patológicos serviram para definir a exata correspondência entre “personalidade clínica” e “personalidade anatômica”, deve servir de padrão para todas as formas de alienação mental.

Luz afirma que em todas as doenças encefálicas, inclusas as alienações mentais, há comprometimento circulatório atingindo cérebro e meninges, listando para os diversos quadros os achados, díspares, da moderna *anatomia microscopica* nos estudos de Tigges, Hoffman, Meynert e outros. As *nevroses*, não classificadas efetivamente como doenças por não terem substrato orgânico, tais como *hysteria*, *epilepsia* e *catalepsia* seriam predisponentes ao aparecimento de *molestias chronicas do encephalo* como a *periencephalite diffusa* e a *sclerose do encephalo*.

Na década de 80 do século XIX intensificou-se o sentimento mudancista na sociedade brasileira, tendo como vértice principal a mudança do regime político. FAUSTO *et al.* (1977) relatam que no bojo desse sentimento de mudança política, agregaram-se valores de toda ordem. A busca de bandeiras demarcatórias do novo posicionamento atingia diferentes ramos sociais ligados à cultura, às ciências e, evidentemente, à política. “A verdade é que palavras tais como **positivismo** e até **socialismo** serviriam em tais casos de simples rótulos para a conduta ideal dos que mais se exacerbavam na oposição à monarquia brasileira” (*ibid*).

A mudança do olhar médico francês tradicional, clinicamente soberano, para o novo olhar franco-germânico, sempre escorado na clínica de base classificatória, está presente na *these* de 1888 da Faculdade de Medicina da Bahia, “Qual o papel que desempenha a civilização no movimento das molestias mentaes”, escrita por Guarino Freire. No capítulo preliminar, Freire destaca a *herança*, ponto inicial de encontro entre os alienistas organicistas franceses e alemães, como fator determinante do *funcionalismo organico*. Para tanto, defende a classificação de Haeckel para os tipos de herança: *Conservadora (directa, bilateral, sexual, simplificada e atavica)*; *Progressiva (adoptada, constituída, homocranea e homotopica)*.

Absorvendo o evolucionismo de Spencer e a degenerescência de Morel, crê que a prostituição não é por si determinante da *hiperoesthesia psychica sexualis* de Wittmaach ou *loucura hysterica* de Morel, diferenciada da histeria, mas a doença sobreviria por causas diversas que afetassem a *unidade physiologica* (conceito positivista-evolucionista). Para Freire, *nevroses* como *hysteria*, *catalepsia*, *epilepsia*, *hypocondria*, *impressões moraes (raiva, inveja, amor ao dinheiro, odio, etc.)*, *os vicios*

(*fumo, jogo, alcool, morphina, haschisch* e outros) não eram doenças, e sim fatores predisponentes às *molestias mentaes*, sujeitos às intervenções médicas. Em ode a Comte, cita Theophilo Braga, positivista brasileiro, na justeza de se entender a sociedade sob normas mais rígidas advindas da biologia: “A oscilação do movimento social faz-se entre dois extremos, forças extaticas de conservação ou *Ordem*, e forças dynamicas de transformação ou *Progresso*”.

O alvorecer dos novos tempos republicanos para a nação foi acompanhado por um debate entre setores civis e militares da sociedade. Entre os civis, estudantes acadêmicos e intelectuais, predominavam as idéias do liberalismo político, enquanto os militares filtravam, ao seu interesse, as idéias positivistas e proclamavam a autoridade disciplinadora (SILVA, 1998). À corrente hegemônica conservadora militarista, juntaram-se setores da sociedade civil. A ocupação da cátedra de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e do cargo de diretor do Hospício Pedro II se personificaram na figura do alienista-organicista, Prof. Teixeira Brandão, republicano com pretensões políticas que seria eleito deputado federal em 1901, partidário da ala militarista dos republicanos, posteriormente sendo nomeado Coronel da Guarda Nacional pelo *Marechal de ferro* Floriano Peixoto.

Igual apoio político não teve o alienista-vitalista Nuno de Andrade, primeiro professor da cadeira de clínica das moléstias mentais da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ao iniciar a luta pela estadualização médica do Hospício, propondo o afastamento das irmãs de caridade mantidas pelo interesse da burocracia do próprio estado imperial, e a efetiva transformação do Hospício em centro difusor da ciência psiquiátrica. O Hospício mantinha até essa década cultura classificatória própria, baseada na arquitetura e no comportamento dos doentes (*tranquilos, agitados, imundos*) que se sobrepunha, na prática, às classificações científicas da alienação mental (MACHADO *et al.*, 1978; PORTOCARRERO, 1980; VASCONCELLOS, 1998).

Quando da publicação do romance de Machado de Assis **O Alienista**, entre 1878 e 1882, estava em curso a tentativa de imposição da supremacia do saber médico, inclusive utilizando o instrumental classificatório, na assistência dentro e fora do Asilo. Isso justificou a crítica machadiana ao suposto monopólio do saber, dentro da passagem

do **Romantismo** ao **Realismo**, parcialmente adotado por Machado, como nova doutrina literária que abrangia objetividade, impessoalidade, racionalismo, análise psicológica, etc (FARIA, 1998). Machado de Assis, vítima que era do uso do *bromureto de potássio* como antiepiléptico, expunha no personagem Simão Bacamarte a iatrogenia dos excessos classificatórios e intervencionistas do alienismo republicano de então.

Machado de Assis, no conto, descreve *Simão Bacamarte* como um alienista “frio como um diagnóstico, sem desengonçar por um instante a rigidez científica... um déspota científico com espírito de ganância”, criador de novos diagnósticos, como “demência dos touros” e “mania suntuária” e consultante das *universidades italianas e alemãs*.

Machado de Assis critica o sincretismo classificatório adotado pelo personagem Simão Bacamarte, que representaria um típico alienista da época, nos diagnósticos direcionados aos habitantes da *Casa Verde*, reproduzindo de modo satírico as denominações pejorativas que predominavam no ambiente asilar da época, ao designar genericamente todos os doentes mentais nominando-os de *mentecaptos ou dementes*, dividindo-os em uma ampla classificação inicial em *mansos ou furiosos* e subseqüentemente relacionando como subclasses, os itens classificatórios do *alienismo* corrente como *maníacos e monomaníacos (loucos por amor, por vingança, religiosos, etc.)*, demonstrando dessa forma a supremacia da visão preconceituosa acerca do *louco* sobre a visão científica.

O objetivo de Simão Bacamarte, segundo Machado de Assis, era: “Estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal... própria a alargar as bases da psicologia”.

No conto machadiano fica clara a profunda divergência da prática alienista com a dos outros profissionais da saúde, já há mais tempo no ramo, como clínicos e barbeiros, e o alinhamento, por interesses conjugados, com padres e boticários. O furor classificatório desproposital do alienista é configurado na derradeira ordem classificatória dos internados na *Casa Verde*: *modestos com perfeição moral; tolerantes; verídicos; simples; leais; magnânimos; sagazes e sinceros*. Aberrações

classificatórias que, somadas à *modéstia*, exclusiva de Simão Bacamarte, motivariam o próprio alienista a se identificar como o mais puro dos alienados, e então auto-internar-se para morrer em seguida.

Marcio Nery, um discípulo do Prof. Teixeira Brandão, apresenta à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1890, a *these* “Da influencia exercitada pelas molestias do aparelho circulatorio quanto ao desenvolvimento das molestias mentaes e d’estas sobre aquellas”. Nery é absolutamente organicista quanto à etiologia das doenças mentais, admitindo a influência do espírito nas *desordens da mentalidade*, como a grande maioria dos organicistas da época, mas somente em plano secundário ao corpo: “A etiologia das molestias mentaes é exactamente a mesma das outras molestias do cerebro e nervosas; todas fazem parte da mesma familia pathologica... as causas são divididas por Kraft-Ebbing em *predisponentes geraes e individuae* e *accessorias physicas e moraes*”. Nery relaciona inicialmente as alterações circulatórias a *symptomas nervosos*. Assim, as *hemorrhagias* determinam *anciedade epigastrica*, as *anemias agudas* um certo *torpôr moral*, as *anemias chronicas* ocasionariam *máo humor e inquietação*, à *hyperhemia activa* (derrames) sobrevém *exaltação de humor até quadros de delirio* e na *hyperhemia passiva* (insuficiência cardíaca) ocorreria a *depressão psychica*.

Por um raciocínio inverso, Nery tenta estabelecer a correspondência etiopatogênica entre doenças circulatórias e doenças mentais a partir de autópsias, realizadas no Asilo, juntamente com Teixeira Brandão. Utiliza dados estatísticos para comprovar que em quase 100% dos casos considerados como *alienação mental* (46 casos de *demencia, mania, lypemania* e *idiotia* em 51 autópsias) havia lesões no *aparelho cardio-vascular*. Para os outros casos de *molestias mentaes* (*paralysia geral, paranoia, loucura periodica* e *pseudo-paralysia alcoolica*), a proporcionalidade seria menor. Deve-se ressaltar que, neste caso, observa-se um primeiro movimento de pesquisas nacionais originais, que visavam investigar se nos alienados brasileiros os pressupostos dos alienistas europeus se revelavam significativos. A utilização de estatísticas e autópsias em casos autóctones deve, desta forma, ser ressaltada como original neste período. Nota-se que no regime asilar ainda permanecia imbatível a classificação de Esquirol.

Marcio Nery, na seqüência final de sua dissertação, correlaciona distúrbios circulatórios com espécies circunscritas a uma *classificação das molestias mentaes*, proposta por seu mestre, o Prof. Teixeira Brandão. Desse modo, no primeiro grupo das *psycho-nevroses*, a *mania* seria acompanhada de *hyperhemia activa cerebral* e possível *cardiopathia* conseqüente e a *lypemia* de *anemia* e *dilatação do coração*. Prossegue, referindo-se ao grupo das *cerebro-psychozes*: “No segundo grupo de classificação do Professor T. Brandão, encontramos fórmulas clínicas, cujo desenvolvimento tem estreitas analogias com a *lypemia*, e, como esta, podem determinar lesões para o lado do aparelho cardio-vascular”.

Nery faz adendo para explicitar uma *cerebro-psychose*, de *apparencia complexa*, designada na classificação de Teixeira Brandão por *psychose systematisada progressiva* análoga ao *delirio chronico systematisado* de Magnan. Subdividida em quatro períodos (*hesitação, perseguição, grandeza e demencia*), esta *psychose* cerebral degenerativa e evolutiva apresentará, segundo Nery, o mesmo correlato dinâmico no coração, passando de *perturbações funcçionaes* e indo até o *coração forçado* (cardiomegalia). Marcio Nery também viria a elaborar classificação de doenças mentais atendendo à lógica demarcatória de domínio desse novo grupo médico da embrionária psiquiatria brasileira.

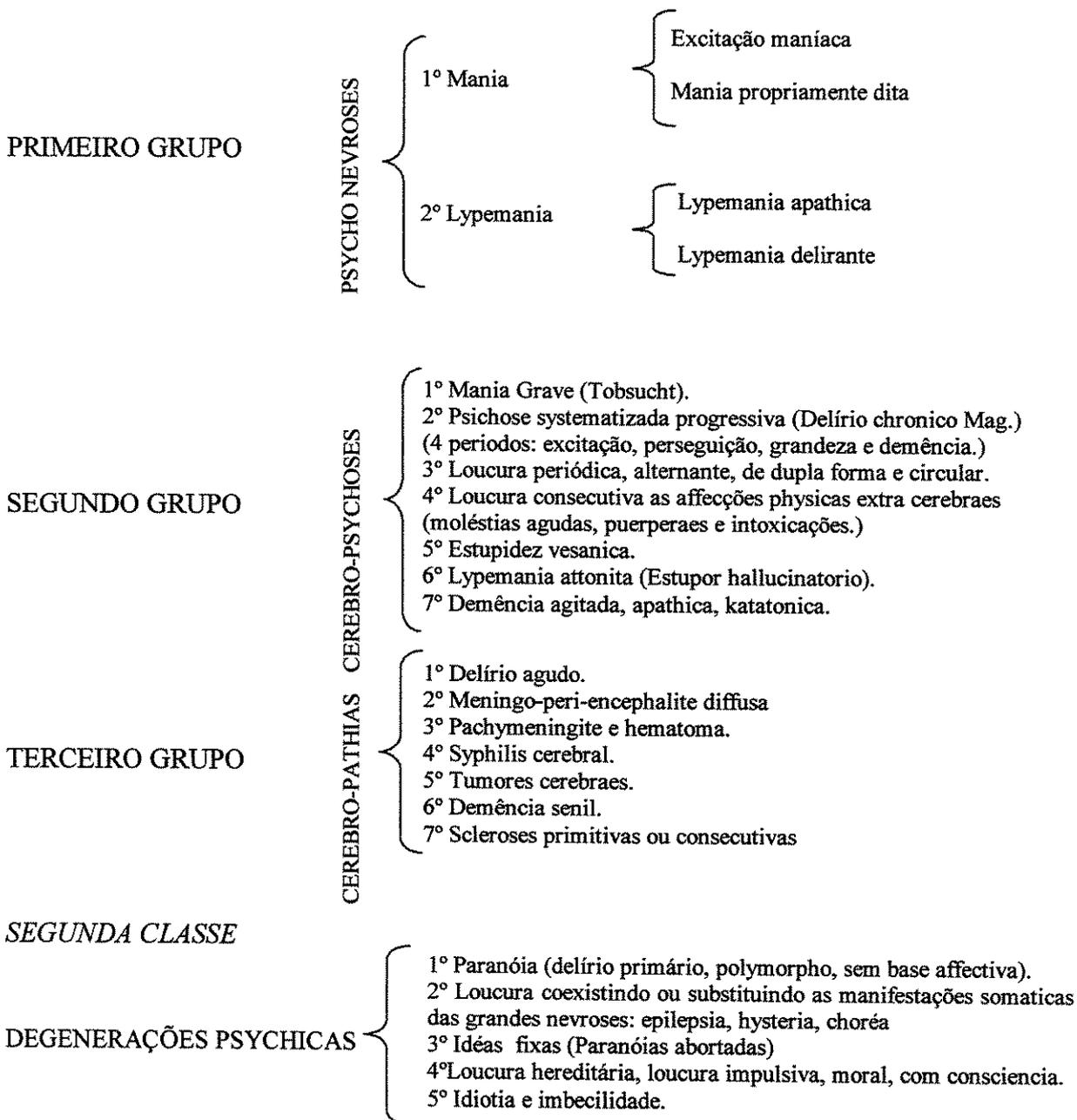
3.2. O MODELO CLASSIFICATÓRIO DE TEIXEIRA BRANDÃO (1880)

Em *theses* de 1891 e 1892, perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, intituladas, respectivamente, “Da degeneração psychica” e “A electricidade estatica nas molestias mentaes e grandes nevroses”, Lucio Oliveira e Eugenio Lima reproduziram a *Classificação das Molestias Mentaes* do Prof. João Carlos Teixeira Brandão, já adotada oficialmente no Hospício Nacional de Alienados, definindo-a como o padrão classificatório a ser seguido pelos alienistas brasileiros.

CLASSIFICAÇÃO DE TEIXEIRA BRANDÃO (1880)

CLASSIFICAÇÃO DAS MOLESTIAS MENTAES

PRIMEIRA CLASSE



Fonte: Eugênio José de Lima, 1892

Deve-se ressaltar que a classificação psiquiátrica de Teixeira Brandão (1880) constitui adaptação da classificação organicista alemã de Kraft-Ebing, de 1879. As espécies classificatórias, nos dois casos, são divididas em três grupos principais com um grupo anexo acessório.

No primeiro grupo das classificações, *psycho-neurose* (já com a nova grafia) para Kraft-Ebing e *psycho-nevrose* para T. Brandão, são incluídas espécies nas quais o “cérebro” atingiu desenvolvimento aparentemente normal e veio a adoecer, sendo, portanto alterações menos graves e de caráter funcional. Assim, existe a predisposição à doença, mas ela não é tão profunda.

Neste grupo, T. Brandão subtrai a divisão de Kraft-Ebing para as *psiconeuroses em estados primários curáveis* (graus menores e maiores de *melancolia* e *mania*) e *estados secundários incuráveis* (*paranóia secundária* e *demência terminal*), optando por apenas listar os tipos de *mania* e *lypemia* (preferida à *melancolia*). T. Brandão também exclui deste grupo as categorias *estupidez ou demência curável* e *delírio sensorial* incluídas por Kraft-Ebing.

Ao segundo grupo correspondem, com algumas adaptações nas duas classificações, as doenças mentais em geral mais graves com um caráter etiológico constitucional mais facilmente identificável. Neste caso, o desenvolvimento cerebral, embora presente, apresenta falhas precoces no seu curso. São as *degenerações psíquicas* definidas por Kraft-Ebing e as *cerebro-psychoses* na definição de T. Brandão. As formas graves de *mania* e *lypemia*, diferentemente do esquema alemão em questão, são incluídas por T. Brandão neste segundo grupo.

Este grupo apresenta uma novidade para os padrões classificatórios brasileiros, a *psychose systematisada progressiva* (*delírio chronico* de Magnan), correspondendo na divisão de Kraft-Ebing à *paranóia primária*. As loucuras derivadas de *neuroses constitucionais* (*epiléptica*, *histerica* e *hipocondríaca*), inclusas neste grupo por Kraft-Ebing, são deslocadas por T. Brandão para o grupamento anexo, menos importante, nomeado de *segunda classe*.

Essa atitude revela a tendência do organicismo brasileiro, mais radical se comparado ao alemão, de efetivamente reservar o rótulo de moléstia ou alienação mental, somente para doenças passíveis de hipotética comprovação anátomo-patológica.

O terceiro grupo, das lesões anatômicas cerebrais, doenças orgânicas no cérebro plenamente desenvolvido, é o de maior correspondência entre as duas classificações. Cabe ressaltar que neste grupo incluem-se doenças cerebrais com distúrbios psíquicos predominantes, conforme enquadra Kraft-Ebing, com vistas a delimitar os campos de domínio da psiquiatria aos da neurologia, em processo de franca ascensão.

A proposição de Kraft-Ebing de substituição do termo *nevrose*, doenças do sistema nervoso sem comprometimento permanente das funções cognitivas ou afetivas, por *neurose*, acopla-se logicamente a essa preocupação externada pelo alienista alemão (PESSOTTI, 1999).

O grupo anexo de doenças mentais varia entre as duas classificações. Kraft-Ebing restringe a esse grupo, em contraposição aos três primeiros em que se observa desenvolvimento cerebral, as *paradas no desenvolvimento psíquico (idiotia e cretinismo)*. T. Brandão agrega a estas espécies as *degenerações hereditárias* com menor possibilidade de comprovação anátomo-patológica, nomeando todo o grupo como *Segunda Classe*, em contraposição aos três primeiros integrantes da *Primeira Classe*.

3.3. O MODELO CLASSIFICATÓRIO DE MARCIO NERY (189?)

A classificação psiquiátrica de Marcio Nery, em período posterior à de Teixeira Brandão, além de refletir a influência da linha alienista de seu mestre Teixeira Brandão, corrobora o vasto alcance de influência das idéias de Kraft-Ebing em estabelecer para o alenismo nova atitude organicista, promovendo o corte epistemológico com o mentalismo, porém menos apegado às quimeras da anatomia patológica em relação às verdades etiológicas definitivas. Kraft-Ebing criou um padrão classificatório para atender à nova demanda clínica, procurando formular uma classificação mista de fatores etiológicos e sintomatológicos e observando suas variações evolutivas de curso e prognóstico (*ibid*).

CLASSIFICAÇÃO DE MARCIO NERY

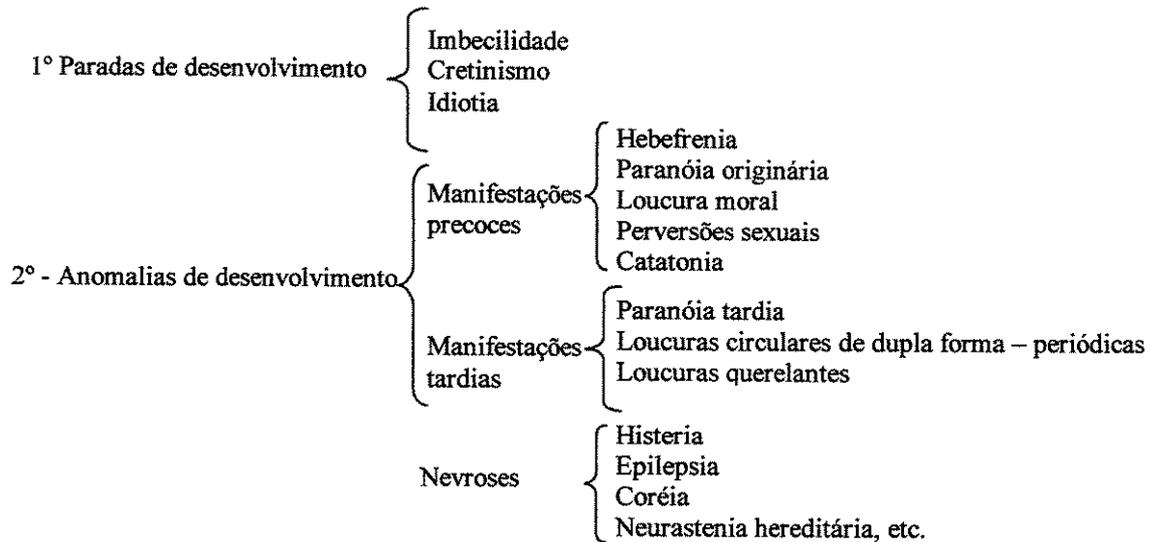
1º Grupo

MOLÉSTIAS MENTAIS DE INDIVÍDUOS CUJO CÉREBRO ATINGIU PERFEITO DESENVOLVIMENTO



2º Grupo

MOLÉSTIAS MENTAIS DE INDIVÍDUOS CUJO CÉREBRO PAROU EM SUA EVOLUÇÃO OU EVOLUIU ANORMALMENTE (DEGENERAÇÕES)



Fonte: Uchôa, 1981

Marcio Nery, em sua ordenação, é mais organicista que Kraft-Ebing e T. Brandão. Opta pela divisão simplificada das *moléstias mentais* em dois grandes grupos, postulando identificação mais rígida nas diferenças etiopatogênicas dos dois conjuntos. No primeiro grupo, altera as terminologias para *psiconevroses* e *cerebropatias*, doenças com substratos anátomo-patológicos definidos ou presumíveis, associando no segundo grupo as *paradas e anomalias de desenvolvimento*, doenças nas quais os substratos causais orgânicos seriam marcadamente ligados à herança, evidenciando-se uma deterioração funcional, porém sem lesões patognomônicas cerebrais.

Sem perder o foco para as causas da doença mental, já externadas em sua *these* inaugural, Nery apresenta nesta classificação importante deslocamento do eixo etiológico nas doenças adquiridas, passando das hipóteses etiopatogênicas circulatórias, inclusive citadas na classificação de Teixeira Brandão, para as hipóteses infecciosas ou tóxicas, conforme registrado na sua tábua classificatória.

Nery incorpora itens classificatórios de outros autores, ainda não constantes em publicações brasileiras, como *catatonia* de Kahlbaum e *hebefrenia* de Hecker, além de recuperar tipos de quadros nosológicos, como a *loucura circular* de Falret.

Segundo Isaias Pessotti (1995), o século XIX revela progressivo incremento da visão estritamente organicista da doença mental. Neste sentido, o embrionário alienismo brasileiro reproduz tal predomínio ou crescente hegemonia dessa visão.

Outro ponto importante a destacar é a inclusão das *perversões sexuais* como modalidade classificatória. A obra de Kraft-Ebing é vasta nessas descrições revelando-se a crescente inclinação dos alienistas brasileiros pelos temas da **medicina legal** (PEIXOTO, 1938). Temas esses, presentes em trabalhos posteriores do próprio Marcio Nery.

A nova ordem da dinâmica organicista era não permanecer estaticamente na anatomia-patológica, mas sim, cinematicamente, aproximar-se da clínica. Nesta direção, Franco da Rocha apresenta, em 1890, no Rio de Janeiro, *these* de doutoramento de título “Das perturbações do movimento nas molestias mentaes”, em que promove estudo, neuro-psiquiátrico, sobretudo a partir de Kraft-Ebing e Morselli, da *semeiologia das desordens motoras nas molestias mentaes*.

Rocha associa seis grupos de sintomas motores com as doenças mentais respectivas: 1) *Tetania* - Sintoma não específico de *molestia mental*, que poderia ser observado nos casos de: *alcoolismo chronico, psychose systematica progressiva, melancholia profunda, estupidez aguda e catatonia*. Ressaltando-se a diferença diagnóstica com o período convulsivo das *nevroses* que poderiam coexistir ou preceder, como no caso da epilepsia, “certas formas de loucura”; 2) *Catalepsia ou catatonia e paracatalepsia* (menor intensidade) - Não considerada uma *molestia* e sim *symptoma* que poderia aparecer com maior intensidade no *estupor allucinatorio* e na *estupidez vesanica (alienações mentais)*, nestes casos designada por Rocha contrariamente aos autores europeus como *pseudo-catalepsia*, e com relativa freqüência conjuntamente com a *epilepsia* e a *hysteria (nevroses)*, aqui considerando a *catalepsia* uma outra *nevrose*; 3) *Paracinesia* - Podendo apresentar-se de três modos: *contração paradoxal ou paramimia (período demencial da PGP)*; *torpor ou irresolução dos movimentos (syndroma de loucura da dúvida dos degenerados e mellancholia grave attonita)*; *paralysis psychica (nevroses de hysteria, hypochondria e hypnotizados)*; 4) *Desordens psycho-motoras* - Nesse grupo, questionado por Rocha, por considerá-lo não específico, incluem-se as *perturbações motoras typicas, (excitação maniaca, inercia lypemaniaca e actos impulsivos dos alcoolicos e nos epilepticos, aqui designados como terror dos asylos)*; 5) *Movimentos systematicos fixos*- Típicos de formas degenerativas crônicas com estados mentais *acanhadissimos (idiotia, imbecilidade e demencia)*. Rocha pugna por serem classificados à parte os chamados *tics convulsivos* por poderem surgir em “pessoas isentas de perturbações psychicas”, incluindo a *molestia de Gilles de la Tourette (incoordenação motora, echolalia e coprolalia)*; 6) *Formas da expressão perturbada nos alienados* - Relacionadas como *desordens da linguagem*, etiologicamente psíquicas e indeterminadas nas *alienações mentais* e orgânicas nas *nevroses*, como na *hysteria*, que cursaria com *paralysis nos musculos do larynge; desordens de escripta*, citando como exemplo um caso de *loucura circular (alienação mental)* onde a escrita se *amiudava* na *depressão* ou se *expandia* na *excitação*; *desordens de physionomia*, onde afirma: “A *physionomia* no alienado é, como no homem em geral, em muitos casos um verdadeiro psychoscopio”, fazendo dentre outras a correspondência da *physionomia tristonha e dolorosa* com a *lypemia, embrutecimento facial às demencias e a successão rapida na physionomia dos maniacos*.

Franco da Rocha finaliza, particularmente, esta última descrição, evidenciando a valorização dos detalhes, característica da escola clínica alemã:

“Não se pode duvidar que existe em medicina uma arte profunda: a de ver em um conjunto de phenomenos uma multidão de detalhes onde outros só veem generalidades ou nada veem... os allemães, diz Morel, têm dado mais valor do que os francezes aos traços physionomicos como indicação symptomatica”.

No início do regime republicano no Brasil, o país passava por dificuldades dentro do próprio governo e no enfrentamento às oposições, fossem monarquistas ou mesmo republicanos insatisfeitos com os rumos da proclamação. O sistema necessitava, pois, afirmar-se perante o julgamento público (SILVA, 1998). A exigência pela cidadania estendia-se à Saúde Mental, e as manifestações críticas técnicas ou leigas na cobrança por respostas satisfatórias ressurgiram após um período de latência desde a fundação do Asilo Pedro II. As respostas exigidas pela sociedade prendiam-se às garantias de segurança individual e efetividade dos tratamentos, tendo em vista que o avanço da ciência do alienismo revelava riscos à integridade física ou psíquica de qualquer cidadão comum.

O aumento na frequência das ações médicas quanto ao domínio territorial do alienismo é coincidente com o esforço de imposição política dos primeiros tempos do novo regime. Era necessário não mais estudar as moléstias mentais de um indivíduo, mas sim o indivíduo mentalmente doente e suas implicações no meio social. Nesse contexto, surge na Bahia, em 1890, artigo científico intitulado “Os mestiços brasileiros”, no qual Nina Rodrigues postula a necessidade do estudo das raças concernentes à população brasileira, abordando aspectos de uma *etnologia patológica* que seria específica para cada tipo antropológico brasileiro, tanto no âmbito da fisiopatologia quanto da psicopatologia. Para tanto, estabelece uma *classificação racial* com seis grupos: *brancos; negros; mulatos; mamelucos (ou caboclos); cafusos e pardos* (ODA, 2000). O *zeitgeist* (espírito dos tempos) era o de se tentar estabelecer padrões científicos nacionais em atendimento à demanda republicana, em contraposição à adoção sem maiores filtros de padrões europeus, bem mais ao gosto da exilada monarquia brasileira.

Nos dizeres de FAUSTO *et al.* (1977), o início do período republicano no Brasil foi marcado por um discurso reformador social, em que havia convergência de interesses militares, burgueses e religiosos, já simbolizados nos estertores do regime monárquico em discurso de Floriano Peixoto:

“Fato único, que prova exuberantemente a podridão que vai por este pobre país e que muito necessita a ditadura militar para expurgá-la. Como liberal, que sou, não posso querer para o meu país o governo da espada; mas não há quem desconheça, e aí estão os exemplos, que é ele o que sabe purificar o sangue do corpo social, que, como o nosso está corrompido” (*ibid.*).

O *élan purificador*, impuro na mistura católico-positivista, uniria na alvorada republicana o *brio militar*, o *nacionalismo*, os *ideais liberais* e a *questão religiosa*. Essa elite do novo regime utilizaria instrumentais de poder junto à *massa crítica das cidades*, socialmente crescente e influente com a progressiva urbanização do país, instrumentos políticos como o PRP (Partido Republicano Paulista), ícone maior do liberalismo civil, e a Constituição Federal de 1891, além de instrumentos sócio-culturais, como o *cientismo*, que demarcaria a linha de domínio da elite pensante sobre o povo (*ibid.*).

Em conformidade com esse retrato da época, no Brasil, a *teoria da degenerescência* de Morel ganha novo alento dentro do alienismo, com a incorporação das idéias renovadoras de Magnan que reafirmam e ampliam os conceitos de Morel.

Em 1891, surgem, concomitantemente no Rio de Janeiro e na Bahia, as *theses de doutoramento* de Lucio Oliveira e Felipe Gonçalves, denominadas respectivamente “Da degeneração psychica” e “A degeneração psychica”.

Oliveira atem-se à *segunda classe*, das degenerações psíquicas, da *classificação das molestias mentaes* do Prof. Teixeira Brandão para expor a patologia dessas espécies. Opta pela definição de Tonnini para os *degenerados*: “É todo aquelle que, victorioso ou vencido na luta pela existencia, por defeitos hereditarios ou por lesões adquiridas do character ou por funccionalismo atavico, psychico fica improductivo ou nocivo à sociedade”. Como *atavismo*, conceitua o fato dos indivíduos apresentarem sinais físicos ou psíquicos

que “lembrem os povos da antiguidade (anacronismo) ou os povos selvagens (anatotismo)”. Gonçalves, por sua vez, considera a definição do *professor* Magnan como a mais precisa: “A degeneração *psychica* é um estado mórbido resultante da acumulação, mais ou menos considerável nos antecedentes de um indivíduo, de *affecções* cerebro-espinhaes, capazes de influírem sobre a sua descendencia”.

Para os dois autores, a sede das degenerações encontra-se no cérebro e na medula. Gonçalves divide os degenerados em quatro categorias: *idiotas*, *imbecis*, *debeis e degenerados superiores*. Não considerando, em contraposição ao senso médico comum, os retardos mentais como inatos ou adquiridos, mas sim a ordem crescente de capacidade intelectual nos tipos citados. Oliveira, de acordo com Magnan, divide os *syndromas episódicos* dos degenerados em: *obsessões*, *impulsos e perversões sexuais*. No respeitante às perversões sexuais, apresenta sub-divisão organicista etiológica de Magnan em quatro grupos: *Espinhaes* (idiotas) - o centro dos impulsos está na medula, os atos sexuais são realizados sem pudor; *espinhaes cerebraes posteriores* (imbecis) - o reflexo parte da região cerebral posterior e se propaga à medula, o *orgasmo venereo* sobrevém a partir da imagem de uma pessoa do sexo oposto; *espinhaes cerebraes anteriores* (superiores com atitude sexual ativa) - o ponto inicial do reflexo acha-se no córtex cerebral anterior com passagem medular, a influência dos estímulos sexuais é *análoga* à normalidade, porém com respostas inadequadas de *idéa*, *sentimento e inclinação*; *cerebraes anteriores ou psychicos* (superiores com atitude sexual contemplativa) - o ponto reflexivo inicial é no cérebro anterior, porém sem passagem medular.

Gonçalves refere que os conceitos de *desequilíbrio e desigualdade* psíquicos surgem com a criação da *quarta classe de degenerados*, a de indivíduos com inteligência superior, por Magnan, conceituações essas complementadas pelos estudos médico-legais de Lombroso nas suas tentativas de identificar as *desigualdades físicas* entre as paridades anatômicas num mesmo indivíduo ou em diferentes indivíduos das várias espécies de degenerados.

Oliveira inclui a paranóia (*delirio parcial, polymorpho, sem base affectiva*) na classe das degenerações conforme T. Brandão e a nova escola alemã de Schule (*decrepitude das cellulas pensadoras do cortex cerebral*) e Kraft-Ebing (divisão de

paranoicos em dois eixos: *depressivos e excitados*) e a italiana de Tanzi e Riva (influência da medicina legal de Lombroso), salientando que durante muitos anos a *paranoia* estivera incluída na classe das *monomanias*. Para tal, Oliveira estabelece uma definição: “É uma forma psycho-pathica caracterizada pelo apparecimento brusco de idéas delirantes, com ou sem allucinações e desenvolvendo-se sobre um fundo degenerativo”, observando que a divisão dos paranóicos compreenderia sete tipos específicos, segundo Tanzi: *perseguidores, ambiciosos, eróticos, religiosos, indeterminados (litigantes sem delirio), mixtos e rudimentares (de idéas fixas ou abortados de Westphal)*.

Consequentemente à patogenia, Oliveira apresenta a lista de *causas* do Prof. Teixeira Brandão: *causas que actuam directamente sobre o cerebro esgotando a sua actividade; causas que actuam indirectamente debilitando a actividade cerebral e enfraquecendo a energia vital; causas que actuam por intermedio do sangue, diminuindo a actividade cerebral e causas que actuam por via reflexa alterando a função do cerebro e provocando o seu desequilibrio*. O diagnóstico diferencial da *paranoia* com a *psychose systematica progressiva* (delírio crônico de Magnan) é descrito pela forma, curso e conteúdo do delírio, nem sempre sistematizado, de curta duração, com início súbito e com mistura dos conteúdos das idéias de perseguição e grandeza na *paranoia*, enquanto na *psychose systematica* ter-se-ia um delírio mais organizado, crônico e com identificação clara dos conteúdos. Para Oliveira, *hypocondria* é o mesmo que *melancolia*, e deve (a hipocondria) figurar, de acordo com Kraft-Ebing e Merklins, na classe da *paranoia*, tendo em vista o *fundo degenerativo* e a presença do *estado de consciencia*. Quanto ao uso da terminologia e aos aspectos de herança da paranóia, elucida:

“Mendel, que foi quem deu a esta fôrma de degeneração o nome de paranoia, que quer dizer semelhante á intelligencia, attribue á uma alteração antes qualificativa que quantitativa das celulas corticaes cerebraes, e só attribue aos individuos affectados de cunho degenerativo em duas condições: quando há uma molestia grave, ou quando a arvore genealogica offerece muitos signaes de decadencia, e dividio as paranoias em primarias e secundarias, divididas em simples e allucinatorias e subdivididas em agudas e chronicas”.

CAMPBELL (1986) refere que a “reintrodução” do termo paranóia (pré-hipocrático) deu-se com Vogel, em 1764, e que Kraft-Ebing, quanto à herança, descreve duas formas de paranóia: *original hereditária* (desenvolvimento na puberdade) e *adquirida* (desenvolvimento no período involutivo).

Gonçalves, citando Ribot, afirma que a *herança* é lei biológica em virtude da qual os seres vivos se *repetem* em seus descendentes, sem os *caprichos do acaso*:

“Sem ella as nações civilisadas estarião expostas a cahir subitamente no nivel dos povos selvagens por não poderem reproduzir de geração a geração os mesmos sentimentos, as mesmas tendencias e os mesmos instinctos... todo o habito adquirido, toda a impressão levada aos centros nervosos, ahi deixa um estigma mais ou menos duravel, que é susceptivel de transmittir-se por herança. Tal é a consequencia fatal das leis do atavismo... que tem influencia tão manifesta sobre o estado physiologico, se faz sentir de uma maneira ainda mais notavel no estado pathologico e sobretudo no estado mental do individuo”.

Gonçalves complementa que além dos critérios de herança dos *degenerados*, deve-se ater aos *estados psychicos dissemelhantes* (espécies diferentes de um mesmo tronco genético familiar) nas suas diversas gerações e, portanto, conclui a necessidade de se levar em conta todos os *desvios materiaes ou moraes parallelos* (*nevrose, constituição nevropathica, excentricidade, vicio, crime e genio intellectual*). Gonçalves considera que os individuos chamados de *genios*, segundo Morel um *estado nevropathico da intelligencia*, deveria sempre ser considerados como *degenerados* e que, culturalmente, *o homem de genio* deve ser visto como o *homem completo*, comparativamente *superior* nas diversas aptidões às *individualidades vulgares* e sem nenhum predomínio desigual das *qualidades do espirito e do coração, energia do character, sentimento precioso do dever, firmeza da vontade e sentido esthetico*. Nessa escala, *epilepticos* representariam o mais alto grau de degeneração, a partir de Lombroso, tendo em vista o total desequilíbrio no funcionamento do *apparelho cerebral*, estando sujeitos a praticarem perversões, cometerem crimes, etc.

Gonçalves atribui a Magnan a sistematização das diversas *syndromas dos degenerados* em seus *estigmas psychicos*, assim como credita a este alienista francês a *synthese* classificatória das *degenerações* e seu conseqüente *isolamento* da vala comum das *monomanias*. Fundamenta-se a crítica a Esquirol pela denominação de *monomanias* a

certas modalidades delirantes, o que ensejou a multiplicação (das monomanias) *ao infinito*. Elas passam a ser, simplesmente, conjuntos sintomáticos representativos das *degenerações*:

“Os syndromas, considerados ainda hoje por muitos auctores como monomanias diferentes, não constituem, a despeito de seu aspecto clinico e de seus caracteres especiaes, molestias distinctas como pensavão out’rora todos os alienistas, os quais fazião das monomanias outras tantas entidades morbidas diferentes... com essa nova concepção dos auctores modernos, as diversas monomanias devem desaparecer do quadro nosographico para ceder lugar unicamente aos syndromas, que, segundo a expressão do Professor Magnan, representam apenas *as vestes diferentes com que se cobre sempre o mesmo doente: o degenerado*”.

Como forma de asseverar a inclusão das *monomanias* nas *degenerações*, Gonçalves relaciona os *caracteres ou phenomenos* comuns a ambos, a *degeneração*, como entidade nosológica e os *syndromas degenerativos*, nas *monomanias: obsessão, impulsão, irresistibilidade, angústia, satisfação e estado de consciencia*.

Após relacionar os *signaes physicos e psychicos* nas *degenerações*, Gonçalves dedica-se a descrever os *estados de degeneração moral*, aqui diferenciados do psíquico, presentes nas *degenerações* de início precoce. Fazendo diagnóstico diferencial destes quadros degenerativos, designados como *loucura moral* (transtorno de personalidade), com os *syndromas degenerativos*, refere que nestes últimos está presente o *estado da consciencia*, e há ausência na *loucura moral* de *obsessão ou impulsão* e do *caracter de irresistibilidade*. Citando como melhor definição para a *loucura moral*, a de Maudsley, consagrada na *escola inglesa*, Gonçalves estabelece os caracteres próprios e essenciais da *esphera affectiva* nessa espécie: *perversão do sentimento de personalidade e insensibilidade em face das leis moraes*. Associando Morel a Lombroso, sentencia:

“O único estímulo affectivo dos loucos moraes é a satisfação egoistica e brutal; o único factor de repugnancia ao delicto é o temor do perigo ou da pena...o facto de encontrarem-se nos criminosos natos (descritos por Lombroso) os mesmos estigmas degenerativos (descritos por Morel), constitue um argumento de grande alcance em favôr do parentesco do

crime com a degeneração, parentesco que denuncia-se ainda pela frequente coincidência destes dous estados, quer no mesmo individuo, quer na mesma familia...é preciso notar, emfim, que o proprio Lombroso, depois de ter admittido exclusivamente a theoria atavica, foi obrigado a reconhecer a importancia da influencia pathologica, convencendo-se ao mesmo tempo de que o criminoso nato não pode distinguir-se dos loucos moraes e dos epilepticos”.

Em uma visão representativa da época acerca da sintomatologia das alucinações, Braule Pinto, em *these* de 1892 perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apresenta: “Da allucinação psycho-motora verbal”.

Nesse trabalho inicia abordando a temática etiopatogênica sobre se as *allucinações* seriam alterações da sensopercepção ou do pensamento. Relata que os opositores da *theoria sensorial* citam que se esses fenômenos tinham a ver com os *orgãos dos sentidos*, então como explicar, por exemplo, que indivíduos *cegos* ou *surdos* estivessem sujeitos às *allucinações*? Na *theoria intellectual ou psychica*, acreditava-se na existência de *perturbação da intelligencia, da imaginação ou da memoria*, “dando ao individuo a noção de uma sensação, que na realidade elle não teve”. Ainda como prova da *origem intellectual do phenomeno*, relaciona o fato de indivíduos poliglotas, terem alucinações em várias línguas.

Retomando Esquirol, apresenta a definição, *sensorial*, de que a alucinação seria “a percepção actual d’uma sensação sem que um objecto exterior venha excitar os sentidos. O homem que tem a convicção intima dessa percepção é um allucinado; é um visionário”. Numa outra definição sensorialista, cita Sargar: “Toda falsa percepção é uma allucinação”. E, em contraposto, relaciona as concepções *intellectuais* de Brièrre de Boismont e Ribot. Para o primeiro, alucinação “é uma simples representação mental”, e para o segundo, complementa: “A psychologia experimental nos ensina a não duvidarmos que entre a imaginação viva e a allucinação não existe senão uma differença de gráo”. Por último, correlaciona as explicações *methaphysicas* de Parchappe, Reil e Neumann, para quem a *allucinação* é um “estado d’alma no qual puras imaginações se produzem na consciencia, analogas ás verdadeiras sensações, independentes, no entanto, do concurso dos orgãos dos sentidos”.

Conforme Kraft-Ebing e Schroder van der Kolk, Pinto crê que o *phenomeno allucinatorio* seja de natureza *psycho-sensorial*:

“A allucinação é *psychica* porque tem como factor constante, primordial a *imagem* sob uma de suas fórmãs, imagem essa que depende de um trabalho cerebral. É *sensorial* porque é imprescindível o concurso dos órgãos dos sentidos para que esta ou aquella *imagem* venha se depositar, se armazenar, se *organizar* no cérebro”.

Quanto à patogenia das *allucinações*, Pinto as atribui a uma *apercepção morbida*, causada por *irritação morbida* dos *centros perceptivos corticaes*, pelas *imagens sensoriaes* ali depositadas. Aqui, fazendo distinção entre espécies que não cursariam com alucinação, caso das *demencias*, em que ocorreria *lezão destrutiva* dos *centros corticaes*.

Referindo-se especificamente à *allucinação psycho-motora verbal* (alucinação auditiva), Pinto procura explicar que *imagem sensorial* é a representação de *idéas simples ou complexas* (uma ou mais sensações), e que a natureza dessa *imagem* pode ser: *auditiva, visual, tactil, etc.* Concluindo, define os tipos classificatórios sujeitos às alucinações:

“Por nossa parte, fundado em nossas observações, acreditamos que a allucinação verbal só se manifesta em individuos pertencentes ao *typo motor*, comtanto que estejam incluídos na grande classe dos degenerados, por isso que dos doentes que observamos, uma é *paranoica*, outra é *debil* e o terceiro é *louco moral*”.

Para os alienistas brasileiros, a grande classe, ampla, geral e irrestrita, das *monomaniacs* cedia a vez para o estabelecimento de outra grande classe inespecífica, a das *degenerações*.

BARTOLOMÉ & SARTORIUS (1994) referem que na tese de 1893, o *Chef des Travaux Statistiques de la Ville de Paris*, Jacques Bertillon, apresentou ao Congresso do Instituto Internacional de Estatística, em Chicago, uma nova *Nomenclatura de Enfermidades* baseada na utilizada, então, em Paris. Esta classificação constituía mescla das classificações inglesa, alemã e suíça. O Congresso recomendou a

adoção da classificação de Bertillon, o que foi feito de imediato por México, Canadá e Estados Unidos, e sugeriu a revisão periódica a cada dez anos. Nesta classificação, que se poderia considerar atualmente como sendo a **CID-0**, as enfermidades mentais estavam distribuídas ao longo de nove das quatorze seções. Bartolomé e Sartorius citam que, por exemplo, as demências foram espaçadas em seis seções distintas: *apoplética, por endurecimento cerebral, por paralisia geral, epileptica, coreica e senil*. O Congresso Estatístico Internacional ficaria como responsável pelas revisões de 1900 (**CID-1**), 1910 (**CID-2**) e 1920 (**CID-3**). Após a 1ª Guerra Mundial, com a criação da **Liga das Nações**, a **Organização de Saúde** passou a realizar em conjunto com o **Congresso Estatístico** as revisões de 1929 (**CID-4**) e 1938 (**CID-5**), ficando as demais revisões a cargo da **OMS**. Bartolomé e Sartorius ressaltam que até a quarta revisão a classificação oficial tinha *enfermidade* no título principal e no subtítulo *causas de morte e invalidez*. Na quinta revisão apresenta no próprio título *causas de morte*, ainda que se proponha a manter a classificação original de *enfermidades* de Bertillon. Esta quinta revisão apresentaria, pela primeira vez, uma categoria de doenças mentais com quatro subcategorias: “*Diseases of the Nervous System and Sense Organs: a) mental deficiency; b) schizophrenia; c) manic depressive psychosis; d) all other mental disorders* (KRAMER, 1988).

Alberto Cunha, em *these* de 1898, no Rio de Janeiro, “Obsessões”, extrapola os limites da *degenerescência*, ao indicar que os indivíduos obsessivos são *degenerados* (alienados mentais) quando têm a base etiológica de sua doença ligada à *herança* e ocorrem a *concomitancia desses diferentes estigmas*. No entanto, a *obsessão*, uma *neurasthenia*, trata-se de *syndroma* quando se apresenta apenas como um *desarranjo no funcionalismo psicologico*, sob influência de *ordem depressiva*. Cunha, de modo diferencial ao historicamente admitido, considera o *syndroma da obsessão* uma *nevrose emocional* curável, diferentemente do caráter de incurabilidade da *obsessão* nos *degenerados*.

Quanto ao curso da *obsessão*, Cunha cita a controvérsia entre Magnan e Séglas. Para o primeiro, a evolução desse quadro não poderia dar origem ao *delirio* e, subsequentemente, à *demencia*, contudo, para o segundo, os *obsecados* poderiam

tornar-se *hypochondriacos delirantes* ou produzirem um *delirio systematico de perseguição*. Nesse sentido, Cunha endossa a segunda hipótese, admitindo que do estado de uma *paranoia rudimentar*, ela pode evoluir para a *paranoia (loucura systematica) confirmada*:

“Não há razão de ordem alguma para se excluir a terminação em delirio, embora a clinica restrinja o numero d’esse facto. É essa a opinião de quase todos os psychiatristas, entre os quaes sobressahe o illustre professor da nossa Faculdade, Dr. Teixeira Brandão. Como conclusão, devemos dizer que a idéa obsecante nem sempre mantem-se com o mesmo character; as suas modalidades pôdem-se substituir, o que é de commum notoriedade. Assim, um impulsivo ao homicídio, torna-se um suicida etc. Além d’isso o mesmo doente muitas vezes é torturado por mais de uma obsessão”.

Cunha descreve a elaboração do quadro dos *symptomas pathognomonicos* das *obsessões*, definidos no **Congresso de medicina mental de Pariz**, em 1887: 1° *Ellas são todas acompanhadas da consciencia do estado de molestia*; 2° *São habitualmente hereditárias*; 3° *São essencialmente remmittentes, periodicas e intermittentes*; 4° *Não ficam isoladas no espirito no estado monomaniaco, porém propagam-se a uma esphera mais extensa da intelligencia e do moral, e são sempre acompanhadas de angustia e de anciedade, de luta interior, de hesitação no pensamento e nos actos, assim como de symptomas physicos de natureza emotiva mais ou menos pronunciados*; 5° *Nunca apresentam allucinações*; 6° *Conservam os mesmos caracteres psychicos durante toda a vida dos individuos atacados, apesar das frequentes e prolongadas alternativas de paroxysmo e de remissão, e não se transformam em outras especies de molestias mentaes*; 7° *Nunca terminam pela demencia*; 8° *Em alguns casos raros, ellas podem se complicar de delirio de perseguição ou de delirio melancolico ancioso em um periodo adiantado da molestia, conservando sempre os seus caracteres primitivos*. Cunha tece crítica a essa padronização classificatória pela exclusão da *allucinação*, “um dado de predominancia na symptomatologia da obsessão”. Outro ponto considerado é a dúvida quanto à conservação da *consciencia* durante as *crises* e a ausência de citação do *signal de irresistibilidade*, além de reafirmar a possibilidade de transmutação da *obsessão* em outra espécie classificatória, como já citado.

Cunha, referindo como novidade as citações de trabalhos em congressos médicos, cita *memoria* de Pitres e Régis sobre a *semeiologia das obsessões e ideias fixas* no **Congresso de medicina de Moscow**, em 1897. Neste trabalho, revela-se a tendência patogênica da escola de Morel de consideração da *perturbação morbida de base emotiva*, opositora da escola de Westphall, das *perturbações* terem um *fundo idéativo*. Cunha apresenta as *cathegorias* de Pitres e Régis para as *obsessões*: *panophobia* (*anciedade diffusa*); *monophobias* (*emotividade sistematizada*); *obsessões propriamente ditas* (*estado obsecante de idéas anciosas ou monoideicas*). Como se depreende desta complexa exposição sobre as *obsessões*, a evolução da sistematização classificatória, a partir da influência de Kraft-Ebing no começo da década, havia se “degenerado” em agrupamentos de espécies com perfis etiopatogênicos, absolutamente dessemelhantes.

Afranio Peixoto, com “Epilepsia e Crime”, *these* apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia em 1897, materializa a definitiva aproximação da psiquiatria com a medicina-legal, sobretudo a partir do aparecimento de Lombroso como importante referencial teórico para autores brasileiros interessados no estudo associativo das *cathegorias* de *Medicina Legal e Clinica psiquiatrica e de molestias nervosas*. Para Afranio Peixoto, a epilepsia com a nova interface com o moderno estudo do crime, aprofunda a discussão da dicotomia classificatória entre *entidade morbida* (*nosologicamente distincta*) e *complexo syndroma* (*sob formas e intensidades diversas*). Afranio Peixoto referenda:

“A epilepsia é mais que um syndroma clinico; é em si um estado diverso da molestia, mas equiparavel a ella como um modo de ser da anormalidade biologica; é um estado involutivo, uma degeneração do plano da organização, uma anomalia, um facto de teratologia morbida”.

Afranio Peixoto faz a primeira referência em trabalhos brasileiros a Freud, quando reafirma o inequívoco caráter de herança para as epilepsias:

“Seja-me permitido endereçar algumas palavras ao Dr. *Sigm. Freud* de Vienna, auctor de uma pequena memoria sobre <A herança e a etiologia das nevroses>. Este estudo que *prima facies* parece contestar o papel sabido da herança na etiologia das nevroses, não desempenha absolutamente seu fim. O medico viennense reconhece tres ordens de causas daquelas perturbações morbidas: condições, causas concorrentes,

causas específicas. As condições são indispensáveis para a produção da afecção em questão, e na pathogenese das grandes nevroses a herança preenche o papel de uma condição. Depois disto é conveniente deixar o Dr. *Freud* que não importa mais a meu estudo, e que, é preciso confessar, não consegui entender a proposito das suas causas específicas”.

Afranio Peixoto posiciona-se contrariamente à idéia da maioria dos autores que pugnam pela *abolição constante da consciencia durante as determinações comiciaes, mesmo na grande crise convulsiva (epilepsia larvada e equivalentes psychicos do ataque)*. Por outro lado, ele acreditava na *persistencia da consciencia* em vários tipos epiléticos, o que alteraria bastante a questão da imputabilidade penal.

O crime para Afranio Peixoto seria uma exacerbação das *degenerações*, indo até níveis muito abaixo das formas mais simples. Estipula a classificação das criminalidades e criminosos: a) *Criminalidade essencial- seres anti-sociaes (idiopathica ou idiogenetica)*; b) *Criminalidade mixta- anti-social revoltado (sobre o tipo anti-social incidem as deformações da degeneração)*; c) *Criminalidade symptomatica-indifferentes bizarros (estado de perversão mental, de desorganisação psychica)*.

Em *dissertação* de 1898 perante a *Faculdade de Medicina e Pharmacia*, denominada “Dos nevropathas e degenerados”, Claudio Justiniano de Souza Junior evidencia que no final do século XIX no meio alienista brasileiro ainda prevalecia a dúvida sobre a transmissão dos caracteres hereditários adquiridos, mesmo após a distinção por Auguste Weismann, em 1883, das linhagens celulares somáticas e germinativas e a demonstração de que estas últimas seriam as únicas responsáveis pela transmissão hereditária dos caracteres ou das *qualidades adquiridas* (ODA, 2000).

Souza Junior, acerca da questão da *herança pathologica* relacionada às *nevropathias e degenerações*, aceita a transmissibilidade hereditária adquirida da *propria molestia*, embora admita parcialmente a concepção de Michel Levy, para quem a *herança morbida* resumia-se na *predisposição do descendente*, e lança dúvidas sobre a transmissibilidade inata dos caracteres hereditários, comentando a posição de Weismann:

“Weissman levantou a sua tenda e acampou no arraial trazendo consigo, para explicar a subdivisão do patrimonio morbido, a theoria da continuidade do plasma germinativo. Segundo ella, o ovulo fecundado traz consigo, alojada em seu nucleo, uma certa quantidade de plasma germinativo. Por uma subdivisão elevada ao infinito, este plasma é distribuido por todas as cellulas do novo organismo. Há n’esta theoria a negação da hereditariedade dos caracteres adquiridos, porque o procreador não passa de um vehiculo do plasma germinativo contaminado ou não. Ora, a hereditariedade dos caracteres adquiridos pelos differentes geradores, é hoje um facto mais que provado. A tal objecção respondeu Weissman que as influencias exteriores, agindo sobre o organismo, agiam sobre as suas cellulas e portanto sobre o seu plasma germinativo e eis de que maneira se dava a hereditariedade dos caracteres adquiridos. A theoria é engenhosa e digna de nota. A argumentação sobre ella tem fatalmente de correr sobre o tablado falso da supposição”.

Na *these*, Souza Junior considera a *nevrose congenita* como causa dos *transportes hereditarios* para *alcoolistas, apaixonados e apavorados*, através da *coragem stoica do inconsciente*. Tanto *degenerados* por *abastardamento physico* como por *abastardamento moral* (*obcessivos, originaes, extravagantes, phobicos, maniacos por suicidio, dementes senis, hystericos, neurasthenicos, perversos sexuaes, etc.*) teriam essencialmente etiologia hereditária, portanto sem causa neurológica identificável, ou pelo menos presumível, conforme são enquadradas as *nevropathias* (*molestia de Basedow, choréa, tics ou cacoetes, molestia de Parkinson ou paralysisa agitante, etc.*). O caráter de *contagio da loucura*, a partir de *predisposição hereditária ou adquirida*, entre os *degenerados* é enfatizado: “Os desequilibrados attraem-se mutuamente; os criminosos procuram-se; os excentricos e hystericos encontram-se”.

A *these* de Souza Junior simboliza a confusão classificatória acerca do alienismo, ao final do século XIX, com a banalização da *teoria da degenerescência* criando uma grande distorção classificatória (*classe dos degenerados*), assim como havia sido observado com a invencionice desenfreada das *monomanias*. Um outro exemplo prende-se à utilização indistinta, sem nenhum critério plausível, do termo *nevrose* na identificação tanto de *degenerações* quanto de *nevropathias*. Oscar Wilde é citado como *possuido da nevrose do escandalo*, uma doença da *vaidade* que também atingiria *os criminosos, os litteratos e as mulheres galantes*.

Em 1901, Babinski ao tentar cunhar o termo *pitiatismo* em substituição a *histeria*, sinalizava o descrédito neurologista com a psiquiatria da época (LEVY Jr, 1974).

3.4. A HEGEMONIA DA CLÍNICA CLASSIFICATÓRIA KRAEPELINIANA NO BRASIL.

POLÓNIO (1955) considera que Kraepelin, cuja “objetividade científica” seria decorrente de sua sólida formação *organicista, anatomo-clínica e neurológica*, teria escrito o seu primeiro *Compêndio de Psiquiatria*, que inclui a sua primeira versão classificatória, aos 27 anos, em 1883, por necessidades econômicas. Acerca dessa evolução, Polónio complementa: “Só a partir da 4ª edição, já com a experiência pessoal das Clínicas que dirigia, em especial em Heildelberg, é que se revelou a originalidade da sua exposição e nosologia das psicoses e começou a tomar influência decisiva na psiquiatria alemã”.

PESSOTTI (1999), sobre os modelos classificatórios psiquiátricos de Kraepelin relata que a partir do *Compêndio*, em 1883, as classificações seguintes se inseriram nas edições subseqüentes do *Tratado de Psiquiatria*, até a oitava edição, em 1915. A classificação de Kraepelin é organicista e extensa, conforme a escola alemã da época. Porém, diferencialmente admite, etiologicamente, causas *endógenas e exógenas* (cerebrais ou não) para as doenças mentais, o que permitiu uma considerável ampliação da adequação do padrão classificatório à atuação clínica psiquiátrica.

Juliano Moreira nasceu em Salvador, Bahia, a 6 de janeiro de 1873. Filho de uma empregada doméstica, negra, da casa de um barão benfeitor da Faculdade de Medicina da Bahia, inicia o curso de medicina aos 13 anos, e forma-se aos 19. Alguns anos, depois de formado em medicina, contrai tuberculose e vai para a Alemanha tratar-se. Lá, faz estágios com importantes figuras médicas como os anátomo-patologistas Virchow, um ícone do racionalismo médico da época, e Unna. Também aproveita a sua estadia germânica para cursos de clínica e psiquiatria com, dentre outros, Kraft-Ebing, e, sobretudo, toma contato com a obra de Kraepelin (VASCONCELLOS, 1998).

Após ter tomado posse, convidado que fora pelo governo Rodrigues Alves, no cargo de diretor do “Hospício Nacional de Alienados”, em 1903 no Rio de Janeiro, Juliano Moreira viria a corresponder-se, por cartas, com Emil Kraepelin, entre abril de 1905 a março de 1906, articulando a visita do professor alemão ao Brasil, o que de fato não ocorreu. Juliano Moreira transformaria o “Hospício Nacional” em um efetivo centro difusor psiquiátrico de assistência, ensino e pesquisa, tendo como base a sua vertente prioritária de voltar-se para a assistência clínica. Ao identificar-se com a obra de Kraepelin, e por conseguinte ser o alienista brasileiro pioneiro na divulgação e comentário da “nova” classificação das doenças mentais de Kraepelin, Juliano Moreira estava afirmando a sua postura de ir além da teoria, semelhante a Kraepelin, e concentrar as pesquisas sobre o doente (DALGALARRONDO, 1996).

Juliano Moreira funda juntamente com Afranio Peixoto, em 1905, a primeira publicação brasileira especializada em psiquiatria (*Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*), onde publica neste mesmo ano, em co-autoria com Afranio Peixoto, respectivamente em abril e julho, os artigos “A Paranoia e os syndromas paranoides” e “Classificação de molestias mentaes do professor Emil Kraepelin”.

No primeiro trabalho, Juliano Moreira e Afranio Peixoto fazem uma consistente crítica acerca da confusão classificatória até então estabelecida, principalmente pela banalização dos diagnósticos de *degeneração* que englobavam, dentre vários outros, os casos de *paranoia*. Sobre esse fato, analisam:

“É um verdadeiro estado de Babel ou confusão psychiátrica, em que a gente se arrisca, no fim, a não sahir à luz com uma iddée definida. De estados agudos e transitórios a idéas fixas ou obsessões, de conceitos arazoados em systema a demencias com idéas residuaes de grandeza ou perseguição, até mesmo estados em que taes delirios faltam por completo, tudo tem sido descripto sob a mesma rubrica, sendo corrente ouvir-se falar de paranoia aguda, rudimentaria, persecutoria, ambiciosa, religiosa, erotica, masturbatoria, indifferente, até. Por outro lado, uma enfiada de designações francezas, allemãs, inglezas, italianas, todas sem sentido limitado, abrigam, velleidades diagnosticas de especies affins, completando

o labyrintho...Esta doutrina de degeneração, desde que se apresentou a Morel, e veiu nos tempos recentes a se assenhorear da Psychiatria, não encontrou ainda sinão submissões irreflectidas...ella existe, ella é profunda, a ella se deve grande parte de nossas miserias. Mas não é menos verdade que muito se tem abusado de sua fama, exaggerando capitalmente a sua acção...permitindo de um lado suppôr degenerada toda a especie humana, marcando-lhe do outro, como destino ineluctavel, o hospital, o manicomio, aprisão, a esterilidade e a extincção, fazem crer que chegamos a um *finis hominis* irremediavel...Quanto ao atavismo peor ainda. Esta expressão tem vindo por ahi além, imputada de signicados aleatorios; sobremodo os auctores italianos têm, em materia de psychopatologia, abusado della; serve-lhes para tudo, coisa alguma há n'estes dominios que eles não expliquem, do crime á loucura...O atavismo é uma mera phantasia”.

Juliano Moreira e Afranio Peixoto deixam clara, no texto do segundo artigo, a sua inclinação pela autonomia clínica no uso do modelo classificatório kraepeliniano, de 1904, ao comentar:

“Interpelados por alguns de nossos colegas sobre a classificação do notavel professor julgamos util resumi-la de acordo com a ultima edição de seu excellent tratado. Não se infira d’ahi que seguimos servilmente a mesma classificação tanto assim que cada um de nós tem sua modificação que mais tarde será publicada, sempre sem a preocupação de que seja a definitiva. O ensaio nosographico de Kraepelin tendo por base a *clínica* e sobretudo a *evolução* das psychoses merece a attenção dos practicos visto como é muito avantajado o espirito de observação do auctor e não menor seu grande amor á verdade. D’ahi o desapego com que successivamente tem vindo melhorando o referido ensaio e as reservas que francamente faz sobre o valor d’esta ou d’aquella fórma morbida”.

VENANCIO & CARVALHAL (2001), acerca desse artigo, referem que Moreira e Peixoto evidenciam a importância da proposição de novas bases, a partir de Kraepelin, sobre as quais as classificações psiquiátricas devessem ser estabelecidas, nas quais a “anatomia patológica, as causas e os sinais clínicos” deixassem de ser “tomados” isoladamente e passassem a ser analisados em conjunto.

PORTOCARRERO (1980) descreve a classificação de Kraepelin, e a forte adesão de Juliano Moreira a esse modelo, como uma “nosologia”, ou seja, mais que uma nosografia, ela representaria um estudo classificatório organizado em sua própria apresentação, contendo elementos situacionais de individualização como questões de sexualidade, raciais, de civilização, de hereditariedade e de educação da personalidade.

ODA & DALGALARRONDO (2000) ressaltam que Juliano Moreira não questiona a *teoria da degenerescência*, mas apenas os seus fatores causais, embasados na questão racial. Na luta contra as *degenerações nervosas e mentais*, os inimigos a combater seriam o alcoolismo, a sífilis, as verminoses e as condições sanitárias e educacionais adversas. Nesta questão da etiologia racial das doenças mentais, VENANCIO & CARVALHAL (2001) comentam o trabalho de 1906, de Juliano Moreira e Afranio Peixoto, apresentado por J. Moreira no XV Congresso Internacional de Medicina em Lisboa “*Les maladies mentales dans les climats tropicaux*”, onde são descritas as diferenças demográficas de forma das doenças mentais. Neste trabalho há a nítida tentativa de provar com estatísticas, que, quanto aos conteúdos, as doenças mentais seriam semelhantes nos diferentes países. Sob os climas quentes, não haveria nenhuma forma que fosse estranha à “neuropsiquiatria” de outros climas, e tais formas passavam a ser expressas em categorias tidas como universais.

Em publicação de 1906, o Prof. Henrique Roxo apresenta “*Molestias Mentais e Nervosas – aulas professadas durante o ano lectivo de 1905*”. Deste trabalho, depreende-se a diferença de postura entre a praticidade alienista, representada por Juliano Moreira no “Hospício”, e a visão acadêmica, mais presa à teoria, representada por H. Roxo (*professor interino da Clínica Psiquiátrica e de Molestias Nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*). Ao analisar, comparativamente, os modelos classificatórios de T. Brandão e E. Kraepelin, H. Roxo enumera favoravelmente as vantagens da classificação do professor brasileiro, titular da cadeira acadêmica que ora ocupava:

“A classificação do professor Brandão é mais perfeita que a do professor Kraepelin. Baseia-se nos dados evolucionista, pathogenico, anatomo-pathologico e symptomatico. A de Kraepelin é, a meu vêr, antes symptomatica. Não descremina os typos clinicos segundo a

evolução que se deu para o lado do cérebro, não os separa segundo foi ella normal, completa ou incompleta. Destaca em rubricas distinctas entidades cuja patogenia é, no final das contas, a mesma. A do Dr. Brandão póde peccar por *synthetica* em demasia em alguns pontos, mas é a mais perfeita que existe”.

As divergências de interpretação classificatória entre Juliano Moreira e Henrique Roxo, representantes de duas vertentes díspares da psiquiatria brasileira, materializavam-se na própria sede geográfica de atuação profissional. ARRUDA (1995) refere a nomeação oficial, ao tempo em questão, a alienistas, para aqueles com atuação profissional institucional majoritária, e a psiquiatras, aos que ocupavam função precípua de professores da Faculdade de Medicina. No tocante às percepções classificatórias propriamente ditas, entre as classificações psiquiátricas de Kraepelin, difundida por J. Moreira, e a de T. Brandão, defendida por H. Roxo, observa-se: 1) A classificação de T. Brandão estrutura-se na divisão dual entre *molestias mentaes*, onde o cérebro, supostamente, desenvolveu-se normal ou anormalmente. A de Kraepelin afasta-se desse paradigma etiológico, mais próximo da *teoria da degenerescência*, valorizando a evidência dos aspectos clínicos; 2) T. Brandão e H. Roxo reconhecem como indiscutível a existência do *delirio chronicum de Magnan (psychose sistematizada progressiva)*, própria dos *psychoticos*, e não dos *degenerados*, que seriam afetos à *paranoia*, no qual ocorreria *allucinação cenesthesica* e posteriormente *delirio persecutorio* a partir, inicialmente, de uma *ruminação cerebral* voltada para uma víscera corporal (hipocondria). Para J. Moreira, baseado em Kraepelin, tal doença não passa de um caso de *paranoia* em que a *demencia* ocorre tardiamente. J. Moreira cita ainda os casos de *syndromas paranoides*, não sistematizados, podendo ocorrer no curso de qualquer das doenças mentais; 3) A classificação de T. Brandão, semelhante à escola italiana, dedica um grupamento distinto às *cerebro-psychoses*, cuja *pathogenia* seria *toxi-infecciosa (alteração do metabolismo cerebral)*. Kraepelin, por sua vez, restringe-se a classificar apenas o que para ele não é suposição, advindo daí o inevitável pendor sintomatológico da sua classificação; 4) H. Roxo alia-se parcialmente, em um dos poucos pontos, a Kraepelin e a J. Moreira, na aceitação do grupo das *demencias precoces* pela observação do curso dessas doenças, embora ressalve que nelas identifique casos, a priori, de *confusão psychica (cerebro-psychoses)*; 5) H. Roxo contesta com veemência a existência do grupo das *loucuras maniaca-depressivas*, admitindo tão somente os diagnósticos, isoladamente, ou de *mania* ou de *hypomania*.

Em 1907, Juliano Moreira, juntamente com outros médicos, funda a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal. Em reunião de 1908, o neurologista e neuropsiquiatra Dr. Antonio Austregesilo propõe a formação de uma comissão (Drs. Eiras, Afranio Peixoto, Austregesilo, Roxo, Juliano Moreira) com a finalidade de apresentar um “projecto de classificação de doenças mentaes”. Esta classificação serviria de base para as estatísticas dos “manicomios nacionaes”. A referida classificação foi apresentada à Sociedade em junho de 1910, conforme relata Juliano Moreira em 1919 no artigo “Classificações em Medicina Mental”.

CLASSIFICAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, PSYCHIATRIA E MEDICINA LEGAL (1910)

Elaborada por uma Comissão formada pelos professores Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, Antonio Austregesilo, Carlos Moreno e Henrique Roxo.

1. Psicoses infecciosas.
2. Psicoses autotóxicas.
3. Psicoses heterotóxicas (alcoolismo, morfinomania, cocaino-mania, etc.).
4. Demência precoce (esquizofrenia).
5. Delírio sistematizado alucinatório-crônico. Parafrenias.
6. Paranóia.
7. Psicose maníaco-depressiva (psicose periódica). Formas: maníaca predominante, depressiva predominante, mista.
8. Psicose de involução.
9. Psicose por lesões cerebrais e demências terminais (arteriosclerose, sífilis, etc.).
10. Paralisia geral.
11. Psicoses epilépticas.
12. Psicoses ditas nevrósicas (histeria, neurastemia, psicastenia, nervosismo e coréia).
13. Outras psicopatias constitucionais (estados atípicos de degeneração).
14. Imbecilidade e idiotia.

Fonte: Uchôa, 1981

Nesse artigo de 1919, “Classificações em Medicina Mental”, Juliano Moreira faz uma retrospectiva historiográfica das classificações psiquiátricas, deixando clara a sua perene opção pelas classificações sintomatológicas. Cita para justificar tal opção, a tentativa, “digna de pormenorizada menção”, de uniformização das classificações francesas, por Toulouse, em janeiro de 1900. Juliano Moreira parece ter sugerido os critérios propostos por Toulouse para que a elaboração da classificação SBNPML, de 1910, atingisse o grau de uniformidade desejado:

“1º- os caracteres classificados devem ser apparentes e facilmente evidenciáveis em todos os casos; 2º- estes caracteres devem ser da mesma ordem em cada divisão da classificação, afim de que sejam comparáveis; 3º- as divisões devem compreender todos os casos possíveis; 4º- a subordinação dos caracteres, indicados na hierarchia das divisões, deve basear-se sobre sua importancia, isto é sobre sua generalidade”.

A despeito da aparente praticidade da tentativa classificatória de Toulouse, J. Moreira referencia o seu fracasso pela impossibilidade de adaptação de muitos casos clínicos aos seus “moldes”. Esse espírito de valorização clínica caracterizou a tentativa classificatória capitaneada por Juliano Moreira.

Embora o modelo classificatório adotado pela “comissão” da Sociedade claramente tenha sido o de Kraepelin, há importantes diferenças observadas, a começar pela evidente tendência de redução dos quadros classificatórios, além das seguintes correspondências, com a nosografia de Kraepelin de 1904, dos itens da classificação brasileira de 1910: 0) Item suprimido da classificação de Kraepelin: *psychoses de esgotamento*; 1) Mantido; 2) Correspondente à *psychose thyreogena*; 3) Correspondente ao grupo das *intoxicações agudas e chronicas*; 4) Mantido; 5) Inexistente na classificação de Kraepelin – Aqui, possivelmente uma concessão de J. Moreira a H. Roxo, tendo em vista as argumentações contrárias a um grupamento específico para tal classe; 6) Mantido; 7) Mantido, prevalecendo a posição de J. Moreira, já que a escola de T. Brandão não reconhecia a PMD como entidade nosológica; 8) Mantido; 9) Mantido, com a agregação das *demencias terminais* (eminentemente orgânicas); 10) Correspondente da *demencia paralitica*; 11) Correspondente da *loucura epileptica*; 12) Correspondente das *nevroses psychogenas*, com exclusão da *nevrose traumatica*, posição expressa por H. Roxo que a

considerava uma manifestação histérica, e da *nevrose de angustia* e a inclusão da *neurastenia, psicastenia e coréia*; 13) Uma fusão dos itens *estados morbidos originarios e personalidades psycopaticas* de Kraepelin; 14) Mantido.

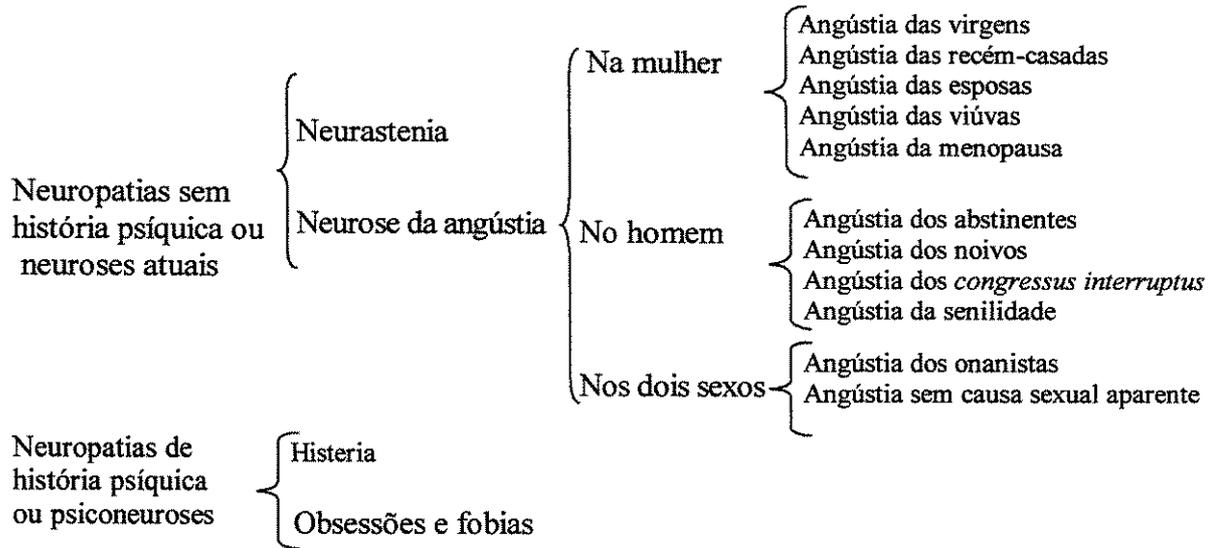
Ulysses Viana Filho, em artigo de 1912, intitulado “Contribuição ao diagnóstico da arterio-esclerose cerebral”, relata o descobrimento de uma nova doença que seria incorporada à classificação de Kraepelin:

“O Prof. Alzheimer comunicou ao Congresso dos Allemães do Sul, realizado em Tübinge, em 1906, que tinha observado um quadro clinico especial, em que tambem o exame histologico era dos mais interessantes. Essa doença é assim definida por Kraepelin, que della faz um estudo synthetico. Trata-se do desenvolvimento lento de uma doença mental extraordinariamente grave com symptomas apagados de uma affecção cerebral organica”.

Paralelamente à consolidação da psiquiatria, como prática assistencial e teórica, lentamente, a psicanálise, com as primeiras noções de psicoterapia, começava a aparecer em pioneiros trabalhos teóricos no Brasil. Assim como na psiquiatria, os autores médicos brasileiros que se voltavam para o estudo da psicanálise também lançavam mão de esquemas classificatórios com o intuito didático de se fazerem compreender, buscando sínteses eurísticas.

MOKREJS (1993) relata que em 1915 Genserico Aragão de Souza Pinto publica o livro “Da Psicanálise (*A sexualidade das neuroses*)”. Este trabalho, sugerido ao autor por Antonio Austregesilo, surge inicialmente sob a forma de *tese*, apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1914. Genserico Pinto explicita que os resultados das pesquisas de Freud sobre a sexualidade apontaram-lhe diferentes orientações para a “classificação” das *neuroses*. A partir dos fatores etiológicos, hereditários ou do meio das “doenças nervosas” segundo Charcot e Freud, Genserico Pinto organiza um quadro peculiar classificatório das formas de *neuroses*:

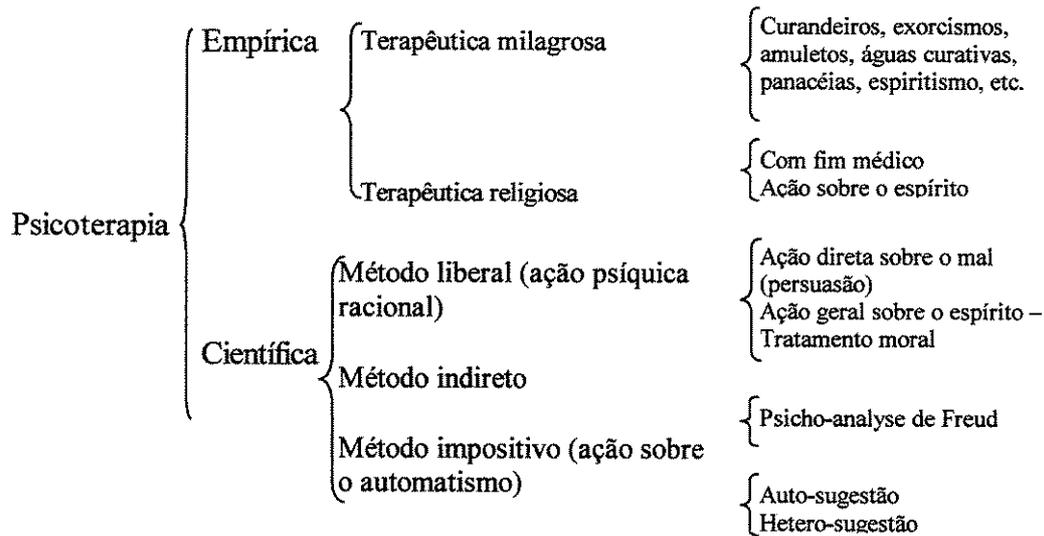
CLASSIFICAÇÃO DE GENSERICO PINTO (1915)



Fonte: Mokrejs, 1993.

Na mesma linhagem de pesquisa psicoterápica, Maurício de Medeiros, em conferência intitulada “Psychoterapia e suas Modalidades”, na Sociedade Científica dos Docentes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e com publicação posterior em *Scientia Impura*, em 1919, expôs uma classificação abrangente e inédita acerca do tema (*ibid*):

CLASSIFICAÇÃO DE MAURÍCIO DE MEDEIROS (1919)



Fonte: Mokrejs, 1993.

Iniciaria-se a cizânia entre os saberes psiquiátricos e psicanalíticos, tendo no ato classificatório o ponto de origem da dicotomia entre essas vertentes, conforme as palavras de Durval Marcondes, introdutor da clínica psicanalítica no Brasil, em 1925:

“Como eu ia cedo lá para o hospital, que era longe de onde eu residia, comecei a conversar com os pacientes psicóticos. Queria saber se aqueles delírios, aquelas idéias tinham algum significado. Até então, a Psiquiatria aqui, no Brasil, era meramente classificatória. Ficavam discutindo se era um caso de esquizofrenia ou de demência precoce paranóide. Discutia-se, discutia-se e depois dava-se um rótulo. Era a única coisa que o paciente lucrava com aquela discussão toda” (MARCONDES, 1925, *apud* SAGAWA, 1992).

Do outro lado, Leme Lopes, em sua tese de 1954 “As dimensões do diagnóstico psiquiátrico: Contribuição para sua sistematização”, ao fazer um adendo histórico das relações entre a psiquiatria e a psicanálise, afirmaria:

“As relações entre a psiquiatria e a psicanálise constituem um dos mais importantes e complexos aspectos do movimento científico de nossos dias. Estudá-las foge ao fim que me proponho aqui e exige uma amplitude que ultrapassa os limites de uma obra como esta. É tema sedutor, que merece ser encarado. De

passagem, quero deixar minha opinião que, na postulação do problema do diagnóstico, a psicanálise nem sempre foi justa, destacando mais os aspectos negativos, sem procurar reconstruir a partir de seus achados este marco da boa clínica”.



DISCUSSÃO

O processo classificatório psiquiátrico brasileiro apresenta, desde o seu início, com os precários registros feitos em 1817 pelo Dr. Domingos José Cunha na Santa Casa de Misericórdia de S. João Del Rei, em Minas Gerais, uma caracterização adaptativa entre as realidades da matriz intelectual, no caso a França, com o Brasil. Ressalte-se que o primeiro modelo classificatório esquiroliano data de 1816, e na miscelânea classificatória feita por Cunha distinguem-se gêneros classificatórios de Pinel, Esquirol e do senso comum.

No tocante a Pinel, é imperioso afirmar-se que, embora Esquirol tenha sido o grande referencial teórico para o alienismo brasileiro no século XIX, é notória a influência da atitude clínica pineliana nos trabalhos brasileiros no decorrer desse século, quase sempre aparecendo como um fator motivador ideológico, ao lado da mais fundamentada base teórica de Esquirol acerca da alienação mental.

Com o início da atividade acadêmica e o aparecimento das *theses* para obtenção do grau de doutor em medicina, essa tendência adaptativa se reforça.

Logo no primeiro trabalho acadêmico feito no Brasil, em 1837, acerca das doenças mentais, a *these* ‘Considerações geraes sobre a alienação mental’, de Antonio Luiz da Silva Peixoto, o autor faz um filtro interpretativo próprio e resolve incluir, pelas semelhanças patoplásticas e patogênicas, a *lypemanía* no grupo maior das *monomanías*. É importante frisar o grau de conhecimento e atualização da obra de Esquirol por Peixoto. A *these* de Peixoto sai um ano antes que o principal trabalho da vida de Esquirol, “Des maladies mentales”, onde os seus conceitos sobre os gêneros da loucura seriam efetivamente fundamentados, e na dissertação brasileira observa-se uma síntese de conhecimentos a partir de trabalhos anteriores do autor francês.

Outros exemplos dessa busca de personalidade própria ao alienismo nacional, que passava necessariamente pela questão, na terminologia de Pessotti, dos “nomes da loucura”, encontram-se nas *theses* de Geraldo Leão, em 1842, “as analogias entre o homem são e o alienado e em particular sobre as monomanías”, onde encontra-se uma original classificação das funções psicológicas e na *these* “A Nostalgia”, de 1844, de Joaquim Manoel de Macedo, na qual vê-se uma descrição muito pessoal do quadro das *nostalgias*, que são identificadas como uma variação das *lypemanías*. Macedo faz loas a Esquirol, mas não deixa de asseverar, contrariamente ao mestre francês, que o futuro classificatório do alienismo estaria irremediavelmente preso aos avanços da anatomia-patológica.

A preocupação com o clima como fator predisponente às doenças mentais, evidenciada em vários trabalhos apresentados, é outra questão que remete a uma visão particular da dinâmica da alienação mental em países tropicais como o Brasil. Pode-se citar como exemplo, a *these*, de 1846, de Rodrigo Gonsalves, intitulada “Dissertação sobre a hysteria”. A *hysteria*, assunto de várias *theses*, particularmente sempre suscitou essa discussão acerca do clima como fator predisponente, tendo em vista a posição preconceituosa do alienismo europeu de sempre tentar associá-la, assim como também com a *mania*, com os climas temperados. A defesa efetiva contra esse posicionamento, só viria posteriormente com Juliano Moreira.

As *theses*, na Bahia, em 1857, de Pedro Araújo, “Herança”, e de Cid Cardozo, “Influencia da civilização sobre o desenvolvimento das affecções nervosas”, marcam temporalmente, no Brasil, a virada do alienismo mentalista para o alienismo organicista, embasado nas teorias hereditárias de Prosper Lucas, Moreau de Tours e, sobretudo, de Morel, com a sua *teoria da degenerescência*. Esse novo direcionamento organicista, coincidia com a crescente exacerbação do sentimento mudancista em relação à monarquia brasileira, no sentido de maior autonomia para os setores liberais da sociedade brasileira. O Estado passou a necessitar do saber médico alienista, no intuito de exercer um controle social sobre os possíveis radicalismos, que muitas vezes o próprio alienismo brasileiro estimulava.

A partir desse ponto, a importação e a absorção dos modelos classificatórios do alienismo passou a ser preferencialmente de escolas organicistas. Essas escolas não eram necessariamente germânicas, sobretudo porque a maior referência do organicismo da segunda metade do século XIX é Morel, um francês. Mas, é na Alemanha, e nos países de língua germânica, que o organicismo e a sua consistente base nosográfica desenvolvem-se sob um melhor processo sistemático, e, com isso, ganham muitos mais adeptos do que o organicismo francês.

A *these* de Francisco Albuquerque, de 1858, “A monomania”, reflete a falência do modelo classificatório de Esquirol, perdido em sua própria tentativa intrínseca de permitir adaptações, controles menos rígidos, às individualidades clínicas. A distorção na criação interminável de novas espécies de *monomanias*, o primeiro grande grupo classificatório do século XIX, banalizou a tentativa de Esquirol de permitir a emersão das

individualidades patológicas, ou seja, não existiriam, por exemplo, dois monomaníacos absolutamente iguais.

A introdução da nova ordem classificatória das doenças mentais, fundamentada na etiologia, ganha respaldo com a aceitação das *heranças* como fatores causais. Não haveria, portanto, contestação suficiente a etiopatogenia hereditária, assim como os mentalistas haviam conseguido desconstruir, até então, os argumentos organicistas embasados tão somente na anatomia-patológica, pela dessemelhança dos exames de necrópsia nos tipos semelhantes das alienações mentais. O retorno ao rigor classificatório, sempre perceptível em movimentos de sístole e diástole, e antes observado nas minuciosas classificações naturalistas, se materializava exemplarmente na *teoria da degenerescência* de Morel.

Quanto à similitude temporal nas discussões acerca da alienação mental entre o Brasil e a Europa no transcurso do século XIX, mais especificamente na França e na Alemanha, pode-se afirmar que essa discussão nem sempre se revestiu de um caráter meramente reprodutivo, sobretudo com o aparecimento das Sociedades Médicas brasileiras, instituições de natureza liberal, e o estímulo ideológico constante dos ideais republicanos que invariavelmente levavam a que grande parte da classe médica almejasse trilhar um caminho próprio, em toda a esfera social e, por conseguinte, na prática do saber médico.

O alienismo brasileiro do século XIX, apesar de ter utilizado um maior número de autores franceses como referências teóricas, buscou também autores de outros países, com maior frequência e, nessa ordem, os alemães, italianos e ingleses, evidenciando que o caráter cultural eclético e pluralista, como de resto em toda a população brasileira, foi sempre dominante. Até mesmo quando da utilização política do alienismo, conforme observou-se no início do período republicano, com a tentativa de incorporação positivista aos seus princípios no sentido da garantia dos controles sociais, não encontrando-se registro de radicalização absoluta no debate **mentalismo x organicismo**, que percorreu toda a extensão do século XIX.

A publicação simultânea das *memórias* de Nuno de Andrade (mentalista) e de Affonso Pinheiro (organicista), pelos *Annaes Brazilienses de Medicina* em 1879, retrata bem a forma tolerante de como ocorreu o debate classificatório no Brasil. Nuno de Andrade

esboça um esquema classificatório em que associa as idéias de um “romântico” germânico (Heinroth) com a nomenclatura, *frenopatia*, advinda de Guislain, o referencial maior de Griesinger, considerado o “pai” do organicismo alienista alemão no século XIX. Por sua vez, Affonso Pinheiro textualiza a concordância da existência da “alma”, e, nesse sentido discorda do materialismo radical de seu maior referencial teórico, Maudsley, que postulava a exclusividade dos fatores orgânicos na etiologia das desordens mentais.

Nos trabalhos brasileiros acerca das alienações mentais, a partir da proclamação da República, nota-se que o fiel da balança classificatória pende marcadamente para o lado organicista, também porque esta tendência busca aliar-se à Medicina Legal. Nesse período aparecem muitas referências a Lombroso, referência maior da Medicina Legal no final desse século.

Nesse contexto, surge efetivamente o que se poderia chamar da primeira escola brasileira do alienismo, representada na figura do Prof. Teixeira Brandão e de seus mais notáveis discípulos, Marcio Nery e, posteriormente, Henrique Roxo. Teixeira Brandão cria a sua própria classificação psiquiátrica, como era comum às escolas que precisavam afirmar-se cientificamente, e para tanto, uma classificação psiquiátrica servia de “bandeira”, um marco a ser fincado. A classificação de T. Brandão e, posteriormente, a de Marcio Nery, utilizam como modelo a classificação alemã de Kraft-Ebing (ANEXO 1), nas palavras de Juliano Moreira o maior sucesso classificatório do século XIX. Porém, são efetivadas importantes adaptações que refletem, mais uma vez, a concreta busca de identidade do alienismo brasileiro.

O pendur classificatório organicista sistematizador, presente nas tentativas e nas importações dos modelos pelo alienismo brasileiro só seria efetivamente alterado a partir da introdução do modelo classificatório kraepeliniano no Brasil por Juliano Moreira, no início do século XX. Esse período coincide com a decrepitude dos modelos classificatórios eminentemente etiológicos organicistas, sobretudo com a banalização da *teoria da degenerescência* e do abuso no diagnóstico das *degenerações*, o segundo grande grupo das alienações mentais surgido no século XIX.

A classificação de Kraepelin (ANEXO 2) é eminentemente clínica, sintomatológica, e, portanto, afasta-se do cunho meramente organicista. Na prática, a classificação de Kraepelin pode ser inserida em mais um movimento de diástole classificatória, muito mais próxima de Pinel e Esquirol, através da priorização clínica, do que dos modelos proximamente anteriores alemães, mais voltados para os aspectos da sistematização. A flexibilidade do modelo kraepeliniano é constatada pelas suas várias versões, o que diferencia totalmente a prática anteriormente observada de se tentar petrificar as classificações, fugindo-se do debate.

Para Juliano Moreira, a aparente fragilidade da classificação de Kraepelin pelo seu caráter mutável, sofrendo severas críticas no Brasil pela escola de T. Brandão, denota na verdade a sua validade científica e a sua maior qualidade, a de não engessar o processo clínico a partir do aprisionamento diagnóstico.

Juliano Moreira passa a coordenar a “comissão” da “Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal” em abril de 1908 para a criação de uma *classificação de doenças mentaes*. Esse esboço não ganha destaque na obra de J. Moreira, defensor que era da uniformização classificatória, e, para tanto, a classificação de Kraepelin já seria suficiente. Nitidamente, a tentativa classificatória da Sociedade visava mais ao estabelecimento de um marco demarcatório de saber científico. Mesmo que a pálida justificativa da necessidade de servir de base às estatísticas dos *manicomios nacionaes* viesse a ser apresentada pelo próprio J. Moreira, em uma nota de rodapé de seu artigo de 1919, “Classificações em Medicina Mental”. No mesmo artigo, ele relata a dificuldade de resolução da “comissão”: “Bem ponderados os prós e os contras do problema, foram adiando-lhe a solução os commissionados da Sociedade”. Em outro ponto, atribui aos seus pares a necessidade administrativa da uniformização da classificação: “Fizeram portanto muito bem os collegas da Sociedade de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal em tentar um accordo taxonomico a adoptar nos manicomios brasileiros” (MOREIRA, 1919).

Para JORGE (2000) as divergências quanto ao rumo asilar da generalização classificatória que a psiquiatria brasileira e, de resto em todo o mundo tomava, seriam fundadas em Freud e Meyer:

“Em princípios deste século, as teorias psicanalíticas de Freud (em Viena) e psicobiológicas de Adolf Meyer (professor em Chicago e depois em Baltimore, na John Hopkins University) vieram a ressaltar a singularidade dos indivíduos, muitas vezes prescindindo da categorização dos transtornos mentais”.

A evolução do processo classificatório psiquiátrico no Brasil passaria por um importante processo de progressiva ruptura entre a psiquiatria e a psicanálise. O último grande momento de convergência ideológica entre essas duas correntes se dá na criação da LBHM (Liga Brasileira de Higiene Mental), em 1923 (REIS, 2000).

Até então, o que se observava era uma evidente tentativa de aproximação entre esses dois campos, inclusive nas tentativas de ordenamento classificatório das *neuroses* e das *psichoterapias*, respectivamente, dos médicos Genserico Pinto e Maurício de Medeiros, numa clara tentativa de seguimento de um padrão de atuação psiquiátrica da época, que sempre tinha por base o diagnóstico.

A Liga tinha à frente o psiquiatra Gustavo Riedel, um discípulo fiel de Juliano Moreira. A sua fundação envolveu todo o meio médico representativo da época, desde psiquiatras, ginecologistas, pediatras aos psicanalistas de então. REIS (2000) refere que a Liga incorpora os temas básicos da higiene mental e da eugenia, nessa ordem. Com o passar do tempo ocorre uma brutal inversão de objetivos da LBHM passando os aspectos eugênicos a serem a prioridade absoluta desse movimento. Nesse contexto, ganha grande dimensão nos trabalhos psiquiátricos da época, as classificações biotipológicas de Kretshmer (ANEXO 3) e de Vióla (ANEXO 4), que aparecem, respectivamente, agregadas às obras “Estrutura corporal e caráter”, de 1921, e “Constituição Individual” (ALVES, 1941). O aparecimento destas classificações coincide com o contexto político alemão e italiano, no pós-guerra, de crescimento vertiginoso dos ideais nazistas e fascistas, que estabeleciam os aspectos fenotípicos físicos como expressões da mente. Em plena era getuliana no Brasil, em 1935, Pinheiro Guimarães, no livro “A hereditariedade normal e patológica” acerca da “hereditariedade em neuriatria e psiquiatria,” aborda a questão, associando de forma indelével as deformações físicas e psíquicas: “Deformidades corporais ou espirituais armam, dentro da hereditariedade patológica, uma equação de dupla incógnita que a biologia resolve, atribuindo-lhes os respectivos valores”.

O aprofundamento das divergências entre a psiquiatria e a psicanálise se acentuava à medida que a psiquiatria se enclausurava nos asilos, sob uma suposta proteção do Estado, e a psicanálise voltava-se para uma atuação restrita à clínica particular, pouco afeita a receber diagnósticos. Nesse clima de discórdia, o próprio processo classificatório psiquiátrico entraria em crise, com a cisão entre a psiquiatria oficial, com base no Rio de Janeiro e a psiquiatria dissidente, estabelecida em São Paulo.

A classificação oficial de 1938, revisão da classificação de 1910, teria a alcunha conjugada de “Revisão da classificação das doenças mentais da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal - Departamento Nacional de Saúde-Divisão de Assistência a Psicopatas” (ANEXO 6) (BOTELHO & CUNHA LOPES, 1949).

O grupo paulista, entrincheirado no grande hospital do Juqueri, apresentava, com acirradas críticas às classificações oficiais, alternativas proposições classificatórias. Entre elas temos as de Edgard Pinto Cesar, de 1933, “Classificação Psiquiátrica: Moléstias Orgânicas / Funcionais” (ANEXO 5) e o “Anteprojeto de Classificação Psiquiátrica do Centro de Estudos Franco da Rocha-Hospital do Juquery”, sob a coordenação de Darcy de Mendonça Uchôa, em 1943 (CESAR, 1933; SILVEIRA, 1944) (ANEXO 8).

Alheio a essa disputa, em virtude de prestar atividades acadêmicas na área da Medicina Legal, Afranio Peixoto, em livro de 1938, “Medicina Legal-Psico-Patologia Forense”, após decretar se é lógico admitir-se uma “classificação de doenças mentaes” para cada autor e para cada leitor “significa que elas não valem grande coisa”, permite-se expor a sua classificação (ANEXO 7). Neste experimento, Afranio Peixoto cunha os termos *paranéa* (em substituição a paranóia) e *autoxicas* (em substituição a auto-tóxicas).

A paz entre paulistas e cariocas só viria no pós-guerra. Em 1948 o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal delibera por uma nova classificação que viesse a atender ambas as partes (BOTELHO & CUNHA LOPES, 1949). Com sugestões, dentre outros, em 1949, de Aníbal Silveira “A Classificação Nacional das Doenças Mentais-Sugestões para a revisão”, e Leme Lopes “Subsidio à Revisão da Classificação Brasileira de Doenças Mentais”, é adotada, com uma única alcunha, a nova “Classificação do Serviço Nacional de Doenças Mentais-SNDM” (SILVEIRA, 1949; LEME LOPES, 1949) (ANEXO 9).

Esta dificuldade interna no país, onde a unificação do modelo classificatório serviu para apaziguar correntes psiquiátricas distintas, possivelmente explica a não adoção imediata, pelo Brasil, da CID-6, desenvolvida a partir de 1949 e lançada com grande alarde, agora pela OMS, durante o I Congresso Internacional de Psiquiatria em Paris, em 1950.

Neste Congresso é apresentada uma contribuição à CID-6 pelo grupo psiquiátrico do Sanatório Bahia, chefiado por Nelson Pires. Trata-se de uma nova “Subdivisão clínica do grupo das esquizofrenias” (ANEXO 10), a partir do prognóstico após o tratamento de choque (PIRES *et al.*, 1951).

Em 1954, em tese perante a Clínica Psiquiátrica da Faculdade Nacional de Medicina no Rio de Janeiro, Leme Lopes apresenta a maior contribuição de um brasileiro em toda a historiografia classificatória psiquiátrica; “As dimensões do diagnóstico psiquiátrico-Contribuição para sua sistematização”, onde propõe um modelo classificatório estabelecido em três eixos: *Personalidade pré-mórbida; Síndrome; Constelação etiológica* (LEME LOPES, 1954). BASTOS (2001) refere a importância do trabalho de Leme Lopes, ao relatar a inclusão da capa original da *tese* no “Compêndio de Psiquiatria de Kaplan & Sadock” (ANEXO 11).

O conflito original da rigidez diagnóstica da psiquiatria brasileira, arraigada num certo “oficialismo asilar”, e o questionamento, sem sólida fundamentação, do diagnóstico psiquiátrico pela psicanálise, gerariam na década de 1960 um processo de radicalização pelo movimento da antipsiquiatria. Nesse levante contestatório, não seria mais o caso de questionar o ato médico psiquiátrico de diagnosticar como fazia a psicanálise, mas sim rejeitá-lo sob qualquer condição. No Brasil, uma experiência antipsiquiátrica marcante ocorreu em uma enfermaria do Hospital Psiquiátrico São Pedro no Rio Grande do Sul, coordenando esse serviço o psiquiatra e psicanalista David Zimmermann. (PICCININI, 2001).

Apesar de discussões ocorridas entre os psiquiatras, durante o IX Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, em 1969, sobre a necessidade de uma nova classificação nacional ou de aceitação da CID-8, prevaleceria mesmo uma posição compatível com o momento autoritário do período militar, quando se impõe a CID-8 através do Ministério do Trabalho e Assistência Social, a 15 de julho de 1970, sem qualquer discussão com as entidades médicas (CERQUEIRA, 1970; MOURA, 1970).

No caso da CID-9, a cidade de São Paulo, a USP mais especificamente, foi escolhida como um dos Centros de Referência da OMS para o desenvolvimento da classificação. Para a CID-10, vários centros universitários foram escolhidos pela OMS como Centros Colaboradores no Brasil. A tradução da CID-10 foi realizada já com certa preocupação transcultural das entidades nosológicas.

BANZATO (2000) acerca das classificações atualmente em uso informa:

“A CID-10 e o DSM-IV não constituem, a rigor, classificações de doenças mentais (ou entidades propriamente nosológicas, daí a opção pelo supostamente neutro – *disorder* – “transtorno”), sendo talvez melhor definidos como inventários de queixas e/ou problemas organizados em categorias, configurando as condições passíveis de uma intervenção psiquiátrica”.

Quanto às entrevistas com informantes-chaves (ANEXO 12) relacionados à CID-10, temos como pontos importantes:

Para a Dra Maria Lúcia Pires, uma das tradutoras da CID-10 para o Brasil, a opção do grupo tradutor era pela a utilização do termo *distúrbio* para designar as doenças mentais na versão brasileira. O termo *transtorno* acabou prevalecendo por uma necessidade de tempo da editora brasileira, que lançaria a versão em português do Brasil, durante o Congresso Mundial de Psiquiatria, em 1993, no Rio de Janeiro. Para o Prof. Dorgival Caetano, coordenador do grupo tradutor da CID-10 para o Brasil, a mudança de *distúrbio* para *transtorno* deveu-se a uma solicitação do Prof. Bertolote, diretor da OMS, no sentido de que era necessário manter a similitude com o DSM-IV, que já utilizava este termo.

Na avaliação da Dra. Maria Lúcia e do Prof. Dorgival houve respeito às questões transculturais na tradução da CID-10 para o Brasil.

Quanto aos termos mais problemáticos para tradução, segundo a Dra. Maria Lúcia, foram *hiperfagia*, a escolha de *doc* ou *toc*, *handicap* como *prejuízo* e efetivamente a escolha para designar doença entre *transtorno*, *distúrbio* e *perturbação*. Para o Prof. Dorgival havia também quem defendesse o termo *alteração* e mesmo *doença* para designar *disorder*. Outro termo problemático, na sua opinião, foi *pervasive* que em tradução literal, se tornaria *pervasivo*, palavra não existente em português, o que aproximou a tradução para *invasivo*.

A Dra. Maria Lúcia concorda com a retirada do termo *histeria* da CID-10, tendo em vista a distorção pelo seu caráter feminizante. O Prof. Dorgival acrescenta que a aglutinação dos *transtornos somatoformes* em um grupo abrangente foi positiva. Para o Prof. Marco Antonio Alves Brasil, a mudança ocorrida com a *histeria* e outras *neuroses* na CID-10 tem relação com o interesse da indústria farmacêutica em fabricar novas doenças e, por conseguinte, vender mais medicamentos. O Prof. Miguel Roberto Jorge não concorda com a posição do Prof. Marco Antonio. Para ele, a indústria farmacêutica não influenciou no desenvolvimento da CID-10, apenas o desenvolvimento de novos fármacos levou a que se desenvolvessem novos critérios diagnósticos mais homogêneos.

Como exemplo de desvantagem no uso da CID-10, a Dra. Maria Lúcia questiona a possibilidade de se poder diagnosticar *agorafobia com pânico* e não poder utilizar a rubrica inversa *pânico com agorafobia*. Para o Prof. Marco Antonio a maior vantagem da CID-10 é o fato de ser uma classificação aberta, diferentemente da CID-9, além de ser produto de um consenso internacional. O prof. Miguel aponta como vantagens da CID-10 o fato de oferecer critérios padronizados para as diferentes categorias diagnósticas, além de poder aumentar o grau de concordância entre os profissionais. Na sua opinião, a principal desvantagem da CID-10 seria o seu mau uso, caso os profissionais passem a tomar os seus critérios diagnósticos como verdades absolutas.

Segundo a Dra. Maria Lúcia a questão da inclusão das *depressões* no mesmo grupo do *TAB* não trouxe questionamentos, tendo em vista que o seu trabalho prendia-se somente à tradução. Para o Prof. Dorgival, a mudança do *TAB* para junto das *depressões* foi positiva porque esses quadros têm a ver com transtorno afetivo, além de parecerem possuir uma mesma base de transmissão genética. Para o Prof. Miguel não existiu uma transferência do *TAB*, da CID-9 para a CID-10, do grupo das psicoses para o grupamento das depressões, tendo em vista que na CID-9 não havia um grupo de psicoses e outro de depressões, e na CID-10 o *TAB* não está no grupo das depressões e, sim, entre os transtornos afetivos/do humor.

Para a Dra. Maria Lúcia a CID-11 deverá vir com alteração, por não terem ficado claros os tipos classificatórios quanto à classificação do paciente neurótico, histérico, etc. Para o Prof. Dorgival a CID-11 vai estar ainda mais próxima do DSM-V do

que a CID-10 do DSM-IV. O Prof. Marco Antonio refere ficar preocupado com as próximas edições da CID, pois acha que pode cair-se no modismo classificatório que já atingiu o DSM. O Prof. Miguel teme que a CID-11 venha ainda mais calcada em biologicismo, porém acredita que ela possa vir mais preocupada em respeitar diferenças culturais.



CONCLUSÕES

O processo classificatório psiquiátrico no Brasil, diferentemente do que se relata na literatura médica psiquiátrica corrente, não se deu de forma meramente reprodutiva quanto aos aspectos das absorções dos modelos importados e nem tampouco apresentou nas suas tentativas classificatórias resultados frustrantes. Observando-se a necessária inserção histórica dos fatos, pode-se afirmar que o alienismo brasileiro, desde os seus primórdios, e na maioria das vezes, procurou estabelecer um nexo de associação com a realidade de sua época e, a partir das pontes classificatórias, demarcar importantes limites de autonomia médica e social.

A formação de correntes psiquiátricas antagônicas no Brasil, quase sempre presentes, apresentaram somente radicalismos pontuais. Serviram, porém, para alimentar certo atraso científico, pois funcionaram como se fossem bandeiras hegemônicas do saber.

As tentativas classificatórias brasileiras, historicamente, sempre foram atreladas a iniciativas surgidas em debates nas entidades médicas assistenciais ou de ensino. Contudo, após a adesão do Brasil à CID-8 o debate classificatório nacional tem sido ditado pelas propostas e resoluções da OMS, numa inversão de certas expectativas históricas. Quanto mais se evolui cronológica e assistencialmente, menos se tem debatido a fundo a questão diagnóstica, produzindo-se no meio médico psiquiátrico exímios navegadores sem bússola.

O questionamento acerca da CID-10 permite a constatação de que há bastante espaço para melhorias, em contraposição ao presente discurso subliminar de que possíveis mudanças na engenharia de uma classificação, que envolveu tantos investimentos e máximos referenciais teóricos, é tarefa para poucas mãos.

A análise fundamentada das classificações psiquiátricas passadas e contemporâneas só torna-se possível com o estudo cuidadoso do *zeitgeist* classificatório e das condições sociais, econômicas, políticas e culturais de cada período. Os atuais modelos necessitam ser comparados com modelos anteriores para que possam ser validados por estudos cientificamente embasados pelo sentimento clínico de quem os usa. Tal sentimento necessita, intrinsecamente, de uma compreensão racional do curso, forma e conteúdo das doenças. Este processo é contínuo e dinâmico, pois como diz Chico Buarque de Holanda, ilude-se quem pensa que a história é carroça abandonada.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C.R. Importância da biotipologia para os estudos neuro-psiquiátricos. **Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. São Paulo: Oficinas Gráficas do Sistema de Assistência a Psicopatas/Juqueri, p.107-131, 1941

AQUINO, R.S.L. de. et al. **História das Sociedades: Das Sociedades Modernas às Sociedades Atuais**, 25ª Ed. Rio de Janeiro: No Livro Técnico, p.12-50,1993

ARRUDA, E. **Resumo Histórico da Psiquiatria Brasileira**. Rio de Janeiro: Leitura é Cultura, UFRJ, p. 11-78, 1995

BANZATO, C.E.M. Sobre a distinção entre “critério” e “sintoma” na nosologia psiquiátrica. **Rev. Latinoam Psicopat, Fund., III, 3**, p. 9-17, 2000

BARBOSA, M.J. **Annaes Brasilienses de Medicina**, n.05, Julho, 1856

BARTOLOMÉ, J.M; SARTORIUS, N. Classification of mental diseases. From Bertillon to CID-10: a century of international collaboration. **Actas-Luso-Esp-Neurol-Psiquiatr-Cienc-Afines. 5 (22)** p.193-199, 1994

BASTOS, O. Professor José Leme Lopes: mestre exemplar. **Rev Bras Psiquiatr; 23 (1)**: 36-7, 2001

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 13-78,1989

BERRIOS, G.E. Classifications in psychiatry: a conceptual history. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, p. 145-160, 1999

_____. **The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge University Press, p. 565, 1996

BERTOLOTE, J.M; SARTORIUS, N. Classification of mental disorders. From Bertillon to CID-10: a century of international collaboration. **Actas-Luso-Esp-Neurol-Psiquiatr-Cienc-Afines, 2 (21)** p.39 – 43,1993

BETHENCOURT, F. **História das Inquisições – Portugal, Espanha e Itália – Século XV – XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, p. 17-366, 2000

BOTELHO, A. & CUNHA LOPES, I. Classificação Psiquiátrica. **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. São Paulo: Oficinas Gráficas da Assistência a Psicopatas, ANNO XVIII, p. 57-67, 1949

CAETANO, D. O diagnóstico em psiquiatria: conceito histórico. **Jornal Bras. Psiquiatria**, 45(10):585-591, 1996

CAMPBELL, R.J. **Dicionário de Psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, p. 32, 281, 1986

CERQUEIRA, L. **Documentação estatística e correlações nosográficas**, 4, 21-23, 1970

CESAR, E.P. Nosologia Psiquiátrica em Novas Bases. **Memórias do Hospital de Juquery**. São Paulo: Oficinas Gráficas do Hospital de Juquerí, Ano IX – X, N. 9-10, p.17-112, 1933

CUNHA, M.C.P. **Cidadelas da ordem. A doença mental na República**. São Paulo: Brasiliense, Coleção Tudo é História, p. 7-76, 1990

DALGALARRONDO, P. **Civilização e loucura: uma introdução à história da Etnopsiquiatria**. São Paulo: Lemos, p.7-124, 1996

_____, P. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p. 47-180, 2000

DEVAY, F. **Annaes de Medicina Brasiliense**, maio, n.08, 1851, p.186

FARIA, T.F. Machado de Assis: do morro à Academia. *In*: MACHADO DE ASSIS, J.M. **O Alienista**. Porto Alegre: L&P, p. 5-10, 2002

FAUSTO, B; PINHEIRO, P,S; MONTEIRO, D.T; PETRONE, M.T.S; CARVALHO, J.M; FERNANDES, H.R; NAGLE, J; BOSI, A; MOURA, S.L; ALMEIDA, M.G; LAMOUNIER, B; BURNS, B.E. **O Brasil Republicano: Sociedade e Instituições**. Tomo III, História Geral da Civilização Brasileira (1889-1930) 2º Volume. São Paulo: DIFEL, p.9-37, 1977

FOUCAULT, M **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 1-230, 1980

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, p.3-530, 1978

GUIMARÃES P. **A hereditariedade normal e patológica**. Rio de Janeiro: Paulo Azevedo & Cia, p. 227-274, 1935

HADDOCK LOBO, R. **Annais Brasiliensis de Medicina** 1845 set n.4 vol.1; 1846 mar n.10 vol.1; 1847 mar n.10; 1848 mar n.9.

HOLANDA, S.B; IGLÉSIAS, F; SOUSA, J.A; OBERACKE JR, C.H; SCHORER, P; GOLDMAN, F; COSTA V.E; IANNIZO; BEIGUELMA, P; COSTA, J.C. SOUZA, AC.M; LACOMBE, P.J; LANGE, F.C; BARATA, M; SCHADEN, E; PEREIRA, J.B.B; PINTO, OM.O; FILHO, L.S. **História Geral da Civilização Brasileira, Brasil Monárquico, Reação e Transações**, Vol 03, 3ª Ed. São Paulo-Rio de Janeiro: DIFEL, p.323-342; 467-489, 1976.

HOLANDA, S.B. de; AB'SABER, A.N; ALMEIDA, F.M. de; CANABRAVA, P.P; CARVALHO, L.R. de; LACOMBE, A.J; LANGE, F.C; LUZ, N.V; MACHADO, L.G; MORAES, R.B. de; PETRONE, T.S; PINTO, O.M.O; REIS, A.C.F; SOUSA, A.C.F; SOUSA, A.C.M.C; VIERA. D.T. **História Geral da Civilização Brasileira. A Época Colonial Administração, Economia, Sociedade**, Tomo I, Vol 2, 4ª Ed. Rio de Janeiro: DIFEL, p. 10-173, 1977a

HOLANDA, S.B. **História Geral da Civilização Brasileira – O Brasil Monárquico do Império à República**, Tomo II, Vol 05 , 2ª Ed. Rio de Janeiro – São Paulo: DIFEL, p.289-305, 1977b

HOLANDA, S.B. de; AB'SABER, A.N; ALMEIDA, A.F.P; CAMPOS, P.M; CARVALHO, L.R. de; ELLIS, M; FERNANDES, F; MATOS, O.N. de; MELO, A.R. de; MELLO, J.A.G. de; PANTALEÃO,O; PRADO, J.F.P; REIS, A.C.F. **História Geral da Civilização Brasileira – Do Descobrimento à Expansão Territorial**, Tomo I, Vol 01, 6ª Ed. São Paulo: DIFEL, p. 15-34; 113; 138, 1981

JAIME, J. **História da filosofia no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998; São Paulo: Faculdades Salesianas, p.145-148, 1997

JORGE, M. R. **Avaliação crítica do diagnóstico multiaxial nas classificações psiquiátricas: uma proposta de sistematização do registro de curso da doença.** São Paulo, Tese livre docência. Universidade Federal do São Paulo – Escola Paulista de Medicina, 1996.

KNOBEL, P. Relation entre la psychiatre française et le Bresil. **Ann-Med-Psychol.** Paris, 142 (4), 1984

KOOGAN, A E HOUAISS, P. – **Enciclopédia e Dicionário Koogan-Houaiss Digital**, V.1.0. Ed. Hyper Mídia Editora Ltda.– CD ROM. Delta, 1998. Disponível em <http://www.hyper.com.br>.

KRAMER, H: C SPRENGER, J. **Manual da caça as Bruxas (Malleus Maleficarum).** São Paulo : Planeta, p. 09-94, [197-?]

LEGRAND, G. **Dicionário de Filosofia.** São Paulo: Cultura, p.132; 305-306, 1983

LEME LOPES, J. **As dimensões do diagnóstico psiquiátrico – contribuição para sua sistematização.** Rio de Janeiro: Agir, p. 31, 1954

_____. Subsídio à Revisão da Classificação Brasileira de Doenças Mentais. **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo.** São Paulo: Oficinas Gráficas da Assistência a Psicopatas. XIII-XIV, Janeiro, p.69-78, 1949

LEVI Jr. M. Conceito de Neurose. **Bol. de Psiq – São Paulo**, 7(1):1-36, março de 1974

LOPES, C.I. O centenário do Hospício Pedro II. Ministério da Educação e Saúde / Departamento Nacional de Saúde. **Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, p.369-411, 1943

LUZ, T.M. **Natural, Racional, Social. Razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, p.1-41,1988

MACEDO, J.B. de. “A Tentativa Histórica da Origem da Inquisição em Portugal” e as “Insistências Polêmicas”, introdução a Alexandre Herculano – **História da Origem e Estabelecimento da Inquisição em Portugal**, Tomo I. Lisboa: Livraria Bertrand, p. 39, 1975.

- MACHADO DE ASSIS, J.M. **O Alienista**. Porto Alegre: L&P, p. 11-86, 2002
- MACHADO, R; LOUREIRO, A; LUZ; R; MURICY, K. **Danação da Norma – Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, p.17-492, 1978
- MEDEIROS, T.A. **A formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro, Diss. / UFRJ [trab. não publicado] p. 1-136, 1997
- MOKREJS, E. **A Psicanálise no Brasil**, Petrópolis: Vozes, p. 82-189, 1993
- MOREIRA, J. & PEIXOTO, A. A paranoia e os syndromas paranoides. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins**. Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, p.5-33, abr 1905
- _____. Classificação de moléstias mentaes do professor Emil Kraepelin. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins**. Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, p. 204-310, jul 1905
- MOREIRA, J. Classificações em Medicina Mental. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, anno I, 1º Trimestre, Rio de Janeiro: Typ-Besnard Frères, p 93-115, 1919
- MOTA, C.G; DIAS, M.N; NOVAIS, F.A; COSTA; E.V; PINTO, V.N; RIBEIRO JR, J; SOUZA, M.V.C; FAUSTO, B; SOLA, L; COHN, G; BEGUELMAN, R; PINSKY, J.E; NILO, O. **Brasil em Perspectiva**, 8ª Ed. Rio de Janeiro:DIFEL, p.11-125, 1968
- MOURA, L. Apresentação. *In*: BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social / Instituto Nacional de Previdência Social. **Classificação Internacional de Doenças (CID-8)**. Brasília, p. 3-5, 1970
- NAVA, P. Capítulos da história da medicina no Brasil. **Brasil médico-cirúrgico**, nº 10 e 11, p. 209-10, 1948/1949
- ODA, A.M.G.R. **Alienação mental e raça: história da constituição de uma Psiquiatria do negro no Brasil (1850-1930)**. Relatório Anual. Diss. Doutorado / FCM-UNICAMP, Julho/99 – Julho/00. [Trabalho não publicado], p.1-30

- ODA, A.M.G.R; DALGALARRONDO, P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Rev. Bras Psiquiatr*; 22 (4):178-9, 2000
- OMS- Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças. Manual da Classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito (CID-9)**. Universidade de São Paulo, Revisão 1975, Vol. I, São Paulo, p. 7-31, 1978
- OMS- Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)**. Universidade de São Paulo: USP, p. 1-28, 1997
- PEIXOTO, A. **Medicina Legal. Psicopatologia Forense**. Vol. II, Rio de Janeiro, p.175-177, 1938
- PESSOTTI, I. **Os nomes da Loucura**. Rio de Janeiro:Ed.34. p.7-223, 1999
- _____. **A Loucura e as Épocas**, 2ª Ed. Rio de Janeiro:Ed. 34, p. 13-202, 1995.
- _____. **O Século dos Manicônios**. Rio de Janeiro:Ed. 34, p.17-294, 1996
- PETTA, N.L. de; OJEDA, E.A.B. **História – Uma Abordagem Integrada**. São Paulo: Moderna, p.54-138, 1999
- PICCININI, W.J. História da Psiquiatria – A Psiquiatria Brasileira na década de 60. **Psychiatry on Line Brasil**. Nov, 2001. p. 1-4. Disponível em <http://www.polbr.med.br/arquivo/wall101.htm>
- PIRES, N; NOVAIS FILHO, E; CASTELO BRANCO, A; PINHO R; GUERREIRO, M; NERY, G. Subdivisão clínica do grupo das Esquizofrenias. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Vol. 9, 1951.
- POLÓNIO, P. Centenário de Kraepelin. **Anais Portugueses de Psiquiatria**, vol. VII, N.07, Dez, p. 142-148, 1995
- PORTOCARRERO, V.M. **Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da Psiquiatria**. Diss Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Ago, p. 1-154, 1980
- REIS, J.R.F. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. **História, Ciências e Saúde – Rio de Janeiro Manguinhos**, VII (1):135-157, mar-jun, 2000

- RIBEIRO Jr. J. **O que é positivismo**. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, p. 7-74, 1988
- ROUDINESCO E. & PLN, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 621-623, 1998
- ROXO, H.B.B. **Molestias mentaes e nervosas. Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905**. Rio de Janeiro, 106, p.57-91, 1905.
- SAGAWA, R. Y. **Redescobrir as Psicanalises**. São Paulo: Lemos – Editorial, p.78-9, 1992
- SEMELAIGNE, R. **Les pionniers de la psychiatrie française. Avant et après Pinel**. Paris: Baillièrre et fils, p. 124-144; 184-195, 1930
- SERPA Jr. O.D. **Mal Estar na Natureza – Estudo Crítico sobre o Reduccionismo Biológico em Psiquiatria**. Belo Horizonte: Te Cora, p. 11-164, 1998.
- SILVA, H. **Nasce a República**, São Paulo: Três Ltda., p. 13-18, 1998
- SILVEIRA, A. A classificação nacional das doenças mentais. **Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**. São Paulo: Oficinas Gráficas da Assistência a Psicopata / Juquerí. Vol. IX, março/junho, N. 1-2, Anno XV, p. 73-100, 1944
- _____. A classificação nacional das doenças mentais: sugestões para a revisão. **Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais**. Rio de Janeiro, 1949
- SOUZA, J.F. **Relatório Clínico das Enfermarias de Alienados do Hospital de S. João Baptista de Nictheroy**. 1879/1880, p.3-21,1880/1881, p.3-17. Site da Universidade de Chicago. Disponível em <http://www.crl.jukebox.uchicago.edu/>
- STONE, M.H. **A cura da Mente: A História da Psiquiatria da antigüidade até o Presente**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 21-406, 1999
- SZASZ, T.S. **A Fabricação da Loucura – Um Estudo do Comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental**, 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 14-165, 1984
- TANNOUS, L. **A clínica e as classificações diagnósticas em Psiquiatria: um estudo sobre a histeria**. Rio de Janeiro, Diss. / UFRJ [trab. não publicado] p.5-33, 1996
- UCHÔA, D,M; **Organização da Psiquiatria no Brasil**. São Paulo: Sarvier, p. 107-130, 1981
- VASCONCELLOS, M.F.V. de. **Mestre Juliano: o fundador da Psiquiatria no Brasil**. Tese Mestrado, Rio de Janeiro, [trab. não publicado], p. 1-85, 1998

VENÂNCIO, A.T.; CARVALHAL, L. A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: JACO-VILELA, A.M.; CEREZZO, A.C; RODRIGUES, H.B.C. (orgs). **Clio-psiché ontem – fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará / UERJ, p. 1-8, 2001

THESES E MEMÓRIAS

A) THESES

PEIXOTO, A.L.S. – **Considerações geraes sobre a alienação mental**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1837.

CHAVES, L.A.– **Dissertação sobre o ópio**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

MOREIRA, D.C. – **Considerações geraes sobre a syphilis**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

ROSARIO, A.J. – **Dissertação sobre a influência dos alimentos e bebidas sobre o moral do homem**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

NEVES, A.J.P. – **Dissertação médico-legal acerca do infantecídeo**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

ANDRADE, J.C.–**A puberdade da mulher**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1839.

RIBEIRO, A.A. – **Dissertação sobre a nymphomania**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

LEÃO, G.F. – **Dissertação sobre as analogias entre o homem são e o alienado e em particular sobre a monomania**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

VIANNA, A.F. – **Considerações higienicas e medico-legaes sobre o casamento relativamente a mulher**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

TORRES, B.J.R.– **As causas e séde do suicidio**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1843.

MARCELLO, G.A. – **O magnetismo animal**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1843.

SENA, J.A. – **Dissertação sobre a hysteria**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844.

MACEDO, J.M. – **A Nostalgia**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1844.

CAMARGO, E.P.F. – **A influencia do estado moral na produção, marcha e tratamento das moléstias e como contra-indicação às operações cirúrgicas**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

GONSALVES, R.J. – **Dissertação sobre a hysteria**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1846.

FIGUEREDO, A.J.I.C. – **Breve estudo sobre algumas generalidades a respeito da alienação mental**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1847.

BRITO JR, J.M. – **A hipocondria**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1852.

BARROSO, S.G. – **Breves considerações acerca do onanismo ou masturbação**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1853.

COELHO, A.D.- **Algumas proposições sobre temperamentos**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1853.

ARAÚJO, P.R. – **Herança**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1857.

CARDOZO, C.E. – **Influência da civilização sobre o desenvolvimento das afecções nervosas**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1857.

ALBUQUERQUE, F.J.F. – **A monomania**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1858.

CALDAS, C.A.M. – **As raças humanas provieram d'uma só origem?** Faculdade de Medicina da Bahia, 1868.

REBELLO, E.G. – **As raças humanas descendem de uma só origem?** Faculdade de Medicina da Bahia, 1869.

MANSO, A.R.M. – **Do diagnóstico e tratamento das diversas manifestações do histerismo e da epilepsia.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1874.

REBELLO, F.C. – **Localizações nas molestias cerebraes.** Faculdade de Medicina da Bahia, 1878.

LUZ, A.G.R. – **Do diagnostico differencial das molestias chronicas do encephalo.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1880.

FREIRE, G.A.F.– **Qual papel desempenha a civilização no movimento das moléstias mentais?** Faculdade de Medicina da Bahia, 1888.

NERY, M. – **Da influência exercitada pelas moléstias do aparelho circulatório quanto ao desenvolvimento das moléstias mentaes e d'estas sobre aquellas.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1890.

ROCHA, F.F. – **Das perturbações do movimento nas molestias mentaes.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1890.

OLIVEIRA,L.J.–**Da degeneração psychica.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1891.

GONÇALVES,F.N.–**A degeneração psychica.** Faculdade de Medicina da Bahia, 1891.

MOREIRA, J.–**Etiologia da syphilis maligna precoce.** Faculdade de Medicina da Bahia, 1891.

PINTO, B.–**Da allucinação psycho-motora verbal.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1892.

LIMA, E.J.–**A electricidade estática nas moléstias mentaes e grandes nevroses.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1892.

SOUSA JR, C.J.S. – **Dos nevropathas e degenerados.** Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1897.

PEIXOTO, A.–**Epilepsia e crime**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1897.

CUNHA, A.V.P. – **Obsessões**. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1898.

MEMÓRIAS

REGO, J. P. – **Annaes de Medicina Brasiliense**. Tomo XXXI. Set, 1851. n.12.

COSTA, J.L. REGO, J. P. – **Annaes Brasilienses de Medicina**. Fev, 1868. n.9

ANDRADE, N. – **Da natureza e do diagnóstico da alienação mental**. Academia Imperial de Medicina, 1876. **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXI. Jun, Jul, Ago, 1879. n.01, p.4-30; **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXI. Set, Out, Nov, Dez 1879. n.02, p. 156-184; **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXI. Jan, Fev, Mar, 1880. n.03, p. 311-26; **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXI. Abr, Mai, Jun, 1880. n.04, p.488-517; **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXII. Jul, Ago, Set, 1880. n.01, p. 18-41; **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXII. Out, Nov, Dez, 1880. n.02, p.141-214; **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXII. Jan, Fev, Mar, 1881. n.03, p. 255-292.

PINHEIRO, A.P. – **Das lesões somáticas na loucura**. Academia Imperial de Medicina, 1879. **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXI. Set, Out, Nov, Dez, 1879. n.02, p.247-266; **Annaes Brazilienses de Medicina**. Tomo XXXI. Jan, Fev, Mar, 1880. n.03, p.415-26.

TEIXEIRA, J.M. **Annaes da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, 1887-1890**, VI Série, Tomo III n.53 Da Colecção.



ANEXOS

CLASSIFICAÇÃO ALEMÃ DE KRAFT-EBING (1879)

A. Doenças psíquicas do cérebro desenvolvido

I. Psiconeuroses

1. Estados primários curáveis
 - Melancolia
 - simples
 - atônita ou com estupor
 - Mania
 - exaltação maníaca
 - mania com furor
 - Estupidez ou demência curável
 - Delírio sensorial
2. Estados secundários incuráveis
 - paranóia secundária
 - demência terminal
 - agitada
 - apática

II. Degenerações psíquicas

- loucura constitucional afetiva (raisonnante)
- loucura moral
- paranóia primária
 - com delírio de perseguição
 - com delírio de elevação de si mesmo
 - erótica
 - religiosa
- distúrbios mentais por idéia fixa
- loucura derivada de neuroses constitucionais
 - epiléptica
 - histérica
 - hipocondríaca

III. Doenças cerebrais com distúrbios psíquicos predominantes

- demência paralítica
- lues cerebral
- alcoolismo crônico
- demência senil
- delírio agudo

B. Paradas no desenvolvimento psíquico Idiotia e cretinismo

Fonte: Pessoti, 1999

CLASSIFICAÇÃO DE KRAEPELIN (1883/1915)

I — *Alterações nos traumatismos cranianos:*

- a) Delírio traumático
- b) Epilepsia traumática
- c) Defeitos psíquicos traumáticos

II — *Alterações psíquicas em outras encefalopatias orgânicas:*

- a) Tumores, abscessos, cisticercose
- b) Esclerose lobar e esclerose múltipla.
- c) Enfermidades germinais: Coreia de Huntington, esclerose tuberosa, idiotia amaurótica, enfermidade de Wilson, pseudo-esclerose
- d) Encefalites (incluída a encefalite epidêmica), hidrocefalia
- e) Insolação.

III — *Alterações mentais nas intoxicações:*

A — Intoxicações exógenas:

1 — Alcoolismo:

- a) Embriaguez
- b) Embriaguez agitada
- c) Alcoolismo crônico
- d) Delírio alcoólico de ciúme
- e) "Delirium tremens"
- f) Alucinose alcoólica
- g) Psicose de Korsakow
- h) Epilepsia alcoólica

2 — Intoxicações crônicas pelos alcalóides:

- a) Morfinismo, opiomania, codeísmo, heroínismo
- b) Cocainismo (com morfinismo ou sem ele)

3 — Outras intoxicações crônicas:

- a) Intoxicações com clorofórmio, petróleo, benzina, hidrato de cloral, paraaldeído, bromo, trional, veronal, chumbo, mercúrio, sulfureto de carbono, haxixe, etc.
- b) Ergotismo, pelagra, beribéri (com sintomas mentais)

4 — Intoxicações agudas:

- a) Gases: óxido de carbono, gás de iluminação, ácido sulfúrico, etc.
- b) Medicamentos: atropina, quinina, ácido salicílico, etc.
- c) Outros tóxicos: fungos, anilina, toluidina, etc.

B — Intoxicações endógenas:

I — Por produtos de trocas nutritivas:

- a) Delírio urêmico
- b) Delírio eclâmpsico
- c) Psicose na diabete
- d) Delírio de icterícia grave
- e) Delírio nos transtornos circulatórios
- f) Delírio nas caquexias (carcinoma, anemias graves, etc.)
- g) Asfixia pelo calor
- h) Delírios pela fome e pela sede, delírios por colapso (pneumonia, erisipela, etc.)

2 — Intoxicações endócrinas (enfermidades endócrinas):

a) Psicoses tireogênicas

1. Enfermidade de Basedow
2. Mixedema
3. Cretinismo

b) Debilidade mental em enfermidades:

1. Da hipófise (gigantismo, distrofia adiposo-genital, nanismo)
2. Da epífise (macrogenitosomia precoce, obesidade)
3. Das cápsulas supra-renais (pseudo-hermafroditismo, enfermidade de Addison)
4. Das glândulas sexuais (eunucoísmo, gigantismo, virilidade)
5. Do timo (idiotismo tímico, estado timolinfático)
6. Insuficiência pluriglandular

IV — Alterações mentais nas enfermidades infecciosas (tifo, varíola, gripe, coréia, febre intermitente, septicemia, tuberculose, raiva, lepra, tripanosomiase):

- 1 — Delírio febril e infeccioso
- 2 — Estados confusionais (depois de enfermidades infecciosas, amênia)
- 3 — Estados de debilidade infecciosos

V — Sífilis:

1 — Sífilis cerebral:

- a) Neurastenia sífilítica
- b) Pseudoparalísia sífilítica (quadros clínicos análogos aos da paralísia geral progressiva)
- c) Lues apoplética (debilidade mental sífilítica simples com paralísia)
- d) Epilepsia sífilítica
- e) Formas paranóides
- f) Sífilis congênita (paralísia cerebral infantil, debilidade mental)

2 — Paralisia geral progressiva:

- a) Demencial
- b) Depressiva
- c) Expansiva
- d) Formas agitada e galopante
- e) Taboparalisia
- f) Formas atípicas (Lissauer)
- g) Paralisia juvenil

3 — Psicoses tabéticas.

VI — Processos arterioscleróticos e da involução:

1 — Arteriosclerose:

- a) Demência arteriosclerótica
- b) Encefalite subcortical (diagnóstico anatômico)
- c) Epilepsia tardia
- d) Demência apoplética

2 — Processos pré-senis:

- a) Formas perniciosas (enfermidades da idade da regressão, que conduzem rapidamente à morte, com lesões anatômicas características)
- b) Formas paranóides (enquanto não representam sintomas esquizofrênicos)

3 — Psicoses senis:

- a) Demência senil
- b) Presbiofrenia
- c) Enfermidade de Alzheimer
- d) Delírio de perseguição senil

VII — Epilepsia genuína (imbecilidade epilética, demência epi-lética, estados crepusculares, estado epilético)

VIII — Esquizofrenias:

A — Demência precoce:

- a) Forma simples
- b) Demência precocíssima (na idade infantil)
- c) Hebefrenia
- d) Formas depressivas e estuporosas
- e) Formas circular e agitada
- f) Catatonia
- g) Demência
- h) Confusão da linguagem

B — Parafrenias:

- a) Sistemática
- b) Expansiva
- c) Confabulatória
- d) Fantástica

IX — Psicose maníaco-depressiva:

A — Predisposição maníaco-depressiva:

- a) Predisposição irritável
- b) Predisposição maníaca
- c) Predisposição depressiva
- d) Predisposição ciclotímica

B — Psicose maníaco-depressiva:

- a) Mania
- b) Melancolia
- c) Estados mistos

X — Psicopatias (inclusive as personalidades histéricas):

- a) Nervosos
- b) Neurose obsessiva
- c) Excitáveis (com rasgos histéricos e sem eles)
- d) Instáveis (com rasgos histéricos e sem eles)
- e) Débeis de vontade (com rasgos histéricos e sem eles)
- f) Impulsivos (aumento dos impulsos normais). Epilepsia afetiva
- g) Impulsivos patológicos
- h) Perversos sexuais (homossexuais, sadistas, masoquistas, fetichistas, exibicionistas)
- i) Discutidores
- j) Extravagantes
- k) Mentirosos
- l) Personalidades histéricas (caráter histérico, histeria degenerativa)
- m) Camorristas
- n) Associais

XI — Reações psicogênicas (inclusive as reações histéricas):

A — Psicoses e neuroses de situação:

- a) Depressão psicógena (causa externa)
- b) Loucura induzida
- c) Psicoses de prisão de origem psicógena (delírio de inocência, de indulto, litigantes de prisão)

- d) Psicoses de espanto (estados confusionais passageiros devidos a impressões muito fortes)
- e) Neuroses de guerra (atitudes de repulsa ante o serviço no "front")
- f) Neuroses traumáticas (atitude de repulsa à volta ao trabalho)
- g) Neurose de renda
- h) Delírio de litigantes

B — Estados Nervosos:

- a) Esgotamento nervoso (por excesso de trabalho e emoções)
- b) Neurose de angústia

C — Reações histéricas:

- a) Histerismo do desenvolvimento (na idade juvenil)
- b) Histerismo alcoólico
- c) Histerismo traumático
- d) Estados crepusculares histéricos
- e) Estados crepusculares de Ganser
- f) Estupor histérico de pressão

XII — Paranóia:

- a) Personalidades paranóides
- b) Formas atenuadas e abortivas da paranóia
- c) Delírio de perseguição dos surdos
- d) Paranóia clássica (delírio de perseguição, de ciúme, de descendência, de grandeza, religioso, dos inventores, erótico)

XIII — Oligofrenias:

1 — Graus diferentes:

a) Idiotismo

b) Imbecilidade

c) Debilidade mental

2 — Mongolismo

3 — Infantilismo

XIV — Casos obscuros

Fonte: Uchôa, 1981

CLASSIFICAÇÃO BIOTIPOLOGICA DE KRETSHMER (1921)

1. *Tipo Leptosômico*
2. *Tipo Pícnico*
3. *Tipo Atlético*
4. *Tipo Displásicos*

Fonte: Alves, 1941

CLASSIFICAÇÃO BIOTIPOPOLÓGICA DE VIOLA (192?)

- I. Normotipo (Normosplancnico)
- II. Braquitipo (Megalosplancnico)
- III. Longitipo (Microsplancnico)
- IV. Paracentral superior normotipico
- V. Paracentral inferior normotipico
- VI. Atlético
- VII. Astênico

Fonte: Alves, 1941

CLASSIFICAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE EDGAR PINTO CÉSAR (1933)

- 1º.) Síndrome oligofrênico
- 2º.) Síndrome mania
- 3º.) Síndrome melancolia
- 4º.) Síndrome esquizofrênico
- 5º.) Síndrome parafrênico { Hyperphrenias
Hypophrenias
- 8º.) Síndrome confusional
- 7º.) Síndrome epilético { Funcional
Orgânico
- 8º.) Síndrome presbiofrênico
- 9º.) Síndrome neuro-psicastênico
- 10º.) Síndrome de perversão dos instintos

Fonte: César, 1933

**CLASSIFICAÇÃO SNDM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA,
PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL (1938)**

- I. Psicoses infecciosas
- II. Psicoses autotóxicas
- III. Psicoses heterotóxicas
- IV. Esquizofrenias
- V. Parafrenias e delírios crônicos alucinatórios
- VI. Paranóia
- VII. Psicose maníaco-depressiva
- VIII. Psicoses da decadência (pré-senis e senis)
- IX. Psicoses por afecções cerebrais (traum., art. esc. afec. org. s. nerv.)
- X. Neurosífilis (sif.cerebral, psic. tábida)
- XI. Paralisia geral
- XII. Epilecias
- XIII. Psiconeuroses
- XIV. Personalidades psicopáticas
- XV. Oligofrenias
- XVI. Ainda não diagnosticados

Fonte: Botelho & Cunha Lopes, 1949

**CLASSIFICAÇÃO DAS ESPÉCIES PSIQUIÁTRICAS DE AFRÂNIO PEIXOTO
(1938)**

1. PARADAS E ATRASOS DE DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO: IDIOTIA, IMBECILIDADE, DEBILIDADE MENTAL.
2. DEGENERAÇÃO: ESTADOS ORIGINARIOS, PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS, DESEQUILIBRADOS, PERVERSOS.
3. EPILEPSIA
4. HISTERIA: PITIATISMO
5. PSICASTENIA.
6. PSICOSES TÓXICAS: ALCOOLISMO, MORFINISMO, COCAINISMO, ETC.
7. PSICOSES AUTOXICAS : UREMIA, CRETINISMO, MIXEDEMA, BASEDOWISMO.
8. PSICOSES INFECTUOSAS: DELÍRIO FEBRIL, D. INFECTUOSOS, POST-INFECTUOSOS, PSICOSE POLINEVRITICA.
9. PSICOSE MANIACO-DEPRESSIVA.
10. PARANÉA.
11. PARAFRENIA, DEMÊNCIA PRECOCE
12. ARTERIO-ESCLEROSE CEREBRAL: DEMÊNCIA ARTERIOSCLERÓTICA.
13. SIFILIS CEREBRAL: DEMÊNCIA SIFILITICA.
14. DEMÊNCIA PARALÍTICA.
15. DEMÊNCIA SENIL .

Fonte: Peixoto, 1938

**ANTEPROJETO DA CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS DO CENTRO
DE ESTUDOS FRANCO DA ROCHA (1943)**

1. Oligofrenias
2. Psicoses por involução senil e arteriosclerose cerebral
3. Distúrbios mentais por tumores encefálicos
4. Psicoses por traumatismos encefálicos
5. Psicoses por outras lesões focais do sistema nervoso
6. Epilepsias
7. Meningo-encefalite crônica difusa luética (P.G.P)
8. Outras psicoses por sífilis encefálica
9. Psicoses por neuraxite epidêmica
10. Psicoses por outras infecções
11. Psicoses por autointoxicações e distúrbios metabólicos
12. Alcoolismo
13. Outras toxicomanias
14. Psicoses por intoxicação exógena acidental
15. Psicoses por disfunções endócrinas
16. Esquizofrenias
17. Parafrenias
18. Paranóias
19. Psicose maníaco-depressiva
20. Outras psicoses
21. Personalidades psicopáticas
22. Psiconeuroses
23. Outros distúrbios psicógenos
24. Psicoses associadas

Fonte: Silveira, 1944

CLASSIFICAÇÃO DO SNDM (1949)

- I. Psicoses infecciosas
- II. Psicoses autotóxicas
- III. Psicoses heterotóxicas
- IV. Esquizofrenias
- V. Paranóia
- VI. Psicose maníaco-depressiva
- VII. Psicoses da decadência
- VIII. Psicoses por lesões cerebrais
- IX. Paralisia geral
- X. Epilepsia
- XI. Psiconeuroses
- XII. Psicopatias originárias
- XIII. Oligofrenias
- XIV. Estados mentais sem diagnóstico

Fonte: Botelho & Cunha Lopes, 1949

**CLASSIFICAÇÃO DAS ESQUIZOFRENIAS DO SANATÓRIO BAHIA (NELSON
PIRES *et al.*) – 1950**

1º Grupo: Esquizofrenias que sobrevêm antes dos 30 anos

2º Grupo: Esquizofrenias que sobrevêm em qualquer idade

3º Grupo: Esquizofrenias em surtos (formas nitidamente depressivas, formas com inclusões diversas, esquizofrenias tardias)

Fonte: Pires *et. al.*, 1950

**DIMENSÕES DO DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SEGUNDO LEME LOPES
(1954)**

A. Síndromas

Psicorgânicas

Psicoafetivas

Delirante-Alucinatórias

Catatônicas

Neuróticas

Por desvio da norma

B. Personalidade pré-mórbida

Fatores biológicos

Herança

Raça

Sexo

Constituição

Temperamento

Fatores psicológicos

Formação precoce da personalidade básica

Inteligência

Caráter

Fatores Sociais

Familiares

Profissionais

Educacionais

Políticos

Religiosos

Ambientais

Culturais

C.Constelação etiológica

Causas endógenas

Herança

Constituição

Imunidade

Causas exógenas

Sobre o corpo

Traumatismos

Infecções

Intoxicações

Deficiências metabólicas e alimentares

Sobre a psique

Todos os eventos da vida e fatores socioculturais

Fonte: Leme Lopes, 1954, 1980, 1988. In: Jorge, 1996

A CID-10 NO BRASIL (ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVES)**A) ENTREVISTA COM A DR^a MARIA LÚCIA DOMINGUES PIRES**

Entrevista gravada, realizada em Itu – SP, dia 8 de Abril de 2001

A Dr.^a Maria Lúcia Domingues Pires é psiquiatra clínica com atuação na área de Saúde Pública e consultório particular. Por dominar bem a língua inglesa e ter boa formação em Psicopatologia foi convidada para traduzir a CID-10, quando ainda estava em sua residência médica em Psiquiatria.

Dr.^a Maria Lúcia, em relação a tradução da CID-10, como foram os contatos iniciais e o processo para a tradução da CID-10 para o português do Brasil?

Eu pessoalmente entrei em contato com essa tradução em 1987, através do Prof. Dorgival Caetano. Nessa época a idéia era se traduzir os rascunhos – ainda não era a versão original – e cada capítulo seria traduzido em um Centro. O capítulo que nos caberia era o primeiro, de transtornos orgânicos, nessa época a gente usava o termo *distúrbio*, tema esse escolhido durante a tradução.

A gente traduziu esse primeiro sub capítulo. Isso em 1987. Não sei se já havia início da tradução anteriormente, foi o ano que participei. Era R1 na época e o Prof. Dorgival me convidou para fazer parte da equipe de tradução. Esse rascunho foi só o primeiro. Depois iam chegando mais rascunhos, mais rascunhos....Não sei como que de uma hora para outra estava todo o trabalho de tradução na nossa mão. (do Centro colaborador da OMS em Campinas). Tinha também uma outra pessoa, um psiquiatra, Dr. Marco Antonio Marcolin, que tinha traduzido uma parte, então eu revi toda a tradução... Enfim, o começo foi esse: em 1987, com os rascunhos da CID-10.

Quais as principais dificuldades na tradução da CID-10 para o português do Brasil?

Talvez, na definição de termos. Por exemplo, na minha faculdade (Federal Fluminense) no Rio de Janeiro, usávamos uma cópia do DSM-III (traduzido do espanhol), o termo *perturbação* para traduzir *disorder*. Todos os Centros responsáveis se reuniram, o Prof. Leme Lopes participava disso também e optou-se pelo termo *distúrbio*.

Nessa época, já no final da tradução, já tinha inclusive algumas partes prontas para publicação, o pessoal de Porto Alegre, ligado à Artes Médicas, bateu o pé em cima do termo *transtorno*. Não dava tempo "brigar", então a gente não "brigou". Mas me desagradou um pouco. Para mim a maior dificuldade foi então a tradução desse termo.

A Sr.^a fala do termo *distúrbio*, utilizado pelo pessoal de Campinas...

Não só pelo pessoal de Campinas... O termo foi discutido entre todos os grupos. A gente pensou qual seria o termo melhor... isso foi na época do Congresso Mundial de Psiquiatria, em 1994. A idéia era que a edição brasileira fosse lançada no Congresso. Então se a gente fosse bater boca, nessa altura do campeonato, a edição não sairia para o Congresso. Para mim, a maior dificuldade foi então a gente acertar os termos.

Vou dar um exemplo: No final do livro, na parte de desenvolvimento infantil, tem um *distúrbio*, um *transtorno*, chamado *fala desordenada*. Eu já vi em outras traduções brasileiras, que fala outra coisa qualquer. Aí eu fui consultar uma fonoaudióloga, que falou que este *distúrbio* aqui se refere, o nome técnico dele é *esquisofazia*. Então a gente tem: fala desordenada, como estava no original em inglês que ficou *esquisofazia*. O que se vai usar neste termo ou naquele? Os termos técnicos que tem variedades qual dela a gente optaria? Ou se optaria por deixar sempre como está na forma em inglês... a gente decidiu que não, não seria uma regra deixar sempre como estava em inglês.

Na sua opinião as questões transculturais influenciaram na tradução?

Sim, teve. Isso já vem da própria classificação. Ela chama a atenção para isso. Por exemplo, na CID-9 usava-se muito o termo *doença*, que foi retirado. Então, isso ficou bem claro: esse termo foi retirado é que não é para ser usado. Nem que a gente quisesse, não poderia usar este termo. No entanto a gente tinha dúvidas. Em alguns termos nos perguntávamos, como se traduz? como se fala este termo? então, a gente mudou um pouco a tradução, respeitando estes aspectos (transculturais), por conta da própria cultura, respeitando a medicina e a psiquiatria nacionais...

A Sr.^a lembra algum exemplo que se aproximou, dessa questão da cultura?

Sim, por exemplo, quando falamos *vômitos recorrentes*, nos perguntamos: será que colocamos *hiperemese*? Ou não? Não é bem hiperemese. Se um clínico vai dizer vômito, muitos vômitos, é hiperemese. Não vai diferenciar muito não. A gente sempre tinha esse cuidado: como vai ficar isso, como se pode explicar melhor aquilo...

Se você pegar por exemplo, o livro grande da CID, você vai ver bastante diferença. No livro grande da CID-10 tem o que a gente chamava de *short research*, que era bem compilado. Nós traduzimos isso também. Aí o pessoal da USP foi que compilou todos os outros capítulos. Então a gente passou o disquete pra eles. Mas teve mudanças. Eles mudaram algumas coisas. O pessoal da USP, que era responsável pela CID-10 como um todo.

A Sr^a imaginava, por exemplo, que *distúrbio* seria melhor que *transtorno*?

Nesse particular, vou te dizer porque. As pessoas usam de uma forma leiga, em outras aplicações que não a médica esse termo *transtorno*. Pode até ser um termo usado de outra forma, mas não é tão veiculada. Então acho que *distúrbio* para mim, é mais específico que *transtorno*. Eu por exemplo nunca tinha usado (a palavra) *transtorno* nesse sentido. Agora você acaba usando. É o que está escrito. Para mim *transtorno* tinha até outra conotação cultural diferente. Isso é uma coisa que não faz sentido pra nós.

Quem deu a palavra final para usar *transtorno*?

Acho que o pessoal da Artes Médicas. Na realidade quem deu a última palavra foi o Prof. Dorgival Caetano. Ele aceitou e explicou o porque de não querer brigar: porque senão o livro não sairia. Ele falou: *eu poderia escrever para Genebra, falar eu sou o responsável, quero esse termo e ponto final*. Mas ele não queria atrasar a saída do livro.

Mas esse posicionamento de mudar a palavra *distúrbio* para *transtorno* veio de um grupo não-médico? Tinha um grupo de médicos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul?

Isso eu não sei te dizer. Imagino que sim, por que a Artes Médicas *per si* não iria discutir, questionar. Então eu imagino que seja o pessoal de lá, mas isso aí eu seria leviana se te falasse alguma coisa. Pergunte ao Prof. Dorgival. Ele sabe explicar melhor.

Na sua opinião, quais os termos mais problemáticos na tradução?

Um exemplo é a palavra *hiperfagia*. Este é um termo que poderia ser traduzido como *comer em excesso*. Entretanto nós optamos por *hiperfagia* porque aqui no Brasil é um termo que também se usa. O mais problemático foi o termo *transtorno*, *distúrbio*, *perturbação*... como é que se vai pôr?

Outro exemplo é o termo *DOC*. A sigla. No Brasil a gente usava *DOC*, de repente teve que mudar para *TOC*. Eu realmente tive mais resistência para mudar. Todo mundo já estava falando *TOC* e eu ainda estava no *DOC*, mas acabei me acostumando.

Por que transtorno? Foi alguma tentativa de aproximação com o DSM?

O DSM-IV usava a palavra *disorder*. Então na realidade foi uma opção deles. Se eu não estou enganada, o que eles alegaram é que era um termo já consagrado pelo uso. Nos EUA ninguém fala *transtorno*. Tem que ser brasileiro. O tema é *disorder*. Aí falamos: vamos traduzir como *desordem*? Mas *desordem* tem outra conotação. *Transtorno* para mim tem uma conotação igual. No entanto aqui em São Paulo ninguém usa *transtorno*. Soa mal o termo. É claro que se aventou a hipótese. Na discussão, inclusive com o Prof. Leme Lopes, surgiu a palavra *desordem*, *transtorno*, *distúrbio*, *perturbação*... tudo que a gente poderia usar.

Todas essas conversas foram depois de 1987?

Que eu saiba, sim. Outra discussão de termo. *Handcap*. É difícil traduzir *handcap* porque a gente usa esse termo. Então a gente se perguntou: em que termo vamos traduzir? Aí a gente optou por *prejuízo*. Embora a meu ver não é uma boa tradução. O termo dá uma idéia de *começar abaixo*. Esse foi um termo problemático também.

A mudança da CID-9 para a CID-10 implicou algumas dificuldades na tradução? Termos como histeria, psicose, neurose, paranóia, sumiram ou ficaram em segundo plano. Isso teve algum impacto na tradução?

Na tradução em si, não, porque eles retiraram os termos. Eles são explícitos em dizer isto. Neurose por exemplo, aparecia uma vez na classificação inteira, como transtornos neuróticos. Depois não se usa mais em lugar nenhum. Eu acho que a dificuldade, até mais que na classificação, é no uso (do termo). Quando a gente quer dizer, por exemplo, o que se opõe a psicótico? Todo mundo engasga. Porque neurótico não é um termo que agrada a ninguém. Não agrada até porque você acaba colocando os transtornos afetivos do outro lado, que não psicótico, daí você tem que englobar... no entanto essa palavra (psicótico) se mantém, apesar da CID-10. O termo neurótico, como histérico, tem uma conotação leiga muito pesada. Apesar que histérico fica (no transtorno de personalidade).

Me ocorreu outra questão agora, a respeito do termo *afeto, afetividade...*a Psicologia entende afeto diferente da Psiquiatria... Gostaria que a Sr.^a comentasse um pouco esse assunto.

Isso foi uma discussão também. Um termo que foi difícil de traduzir. Transtornos de humor ou transtornos afetivos? A gente discutiu muito. Eles colocam *afective disorders, multidisorders...* então eles colocam da mesma forma *transtorno afetivo* e de *humor*. A gente não parou para pensar muito nessa questão. Talvez porque nós sejamos psiquiatras... A psicologia tem uma visão de sentimento. A psiquiatria não, ela tem uma visão mais psicopatológica em termos de função, questão psíquica. A gente pensou: será que é melhor colocar afetividade, ou afeto, o que seria melhor pôr. Mas aí prevalece a questão cultural, onde a gente fala afeto (com ênfase na visão da psicologia)...o *afeto tá embotado, embotamento afetivo...*

Essa questão da inclusão da PMD junto com depressão, isso influenciou na tradução?

Na tradução, não. Porque a gente não tinha liberdade pra fazer grandes modificações. Às vezes a gente começava a discutir algumas coisas que eu não concordava... Por exemplo, uma coisa que eu não gostei na classificação: você tem agorafobia com pânico, mas não tem pânico com agorafobia, que é uma coisa que na prática pra mim é uma coisa absurda. Por que eu tenho vários pacientes, eu trabalhei num Ambulatório que na época chamava de *Ambulatório de Desordens Afetivas*. Isso na UNICAMP, na época. Exatamente porque foi na época que a gente começou a ver a questão da *disorder...* foi quando teve o *bum* do pânico. Então eu me lembro que o professor deu muita reportagem então chovia paciente lá, então eu vi muito paciente com pânico. Isso ficou muito claro. O paciente faz um quadro de pânico e concorrendo secundariamente ele vai desenvolver um quadro de agorafobia. Pra CID-10 isso não existe. Se ele faz agorafobia ele pode ter tido 10 anos de pânico antes. Ele tem agorafobia com pânico. Isso eu discutia muito: isso aqui não é assim... Ele falou (Dr. Dorgival Caetano) olha, a gente vai traduzir. Então vamos traduzir. Não tem como a gente opinar.

A questão da formação dos psiquiatras brasileiros, historicamente mais próxima da psiquiatria européia e atualmente mais influenciada pela psiquiatria americana, reflete-se no momento de uma tradução?

Tem que voltar no tempo. Isso é uma coisa que a gente traz. Você não pode fazer um trabalho, qualquer que seja ele... quando você vai optar por determinada palavra na tradução, você vai optar por aquelas que fazem sentido pra você., dentro da sua forma de ver. Não tem como a gente usar uma linguagem que não seja marcada pela nossa história psiquiátrica. Ou seja, uma que a gente aprendeu, até quem a gente considera os grandes mestres. É muito mais interessante você ler um tratado do Henry Ey do que um compêndio do Kaplan, que é excelente mas é frio, não é o "nosso" jeito. Você tem a informação, mas é diferente...Então eu acho na hora da gente traduzir, você traduz, mas na hora que você vai arrumar uma frase você passa (a questão cultural), não tem uma outra forma...

Por exemplo *distúrbio* parece ser uma coisa mais evolutiva, um processo que tem uma história e *transtorno* mais um flash...

Eu ainda acho que a gente tem que ter uma linguagem própria. O termo, quando outras populações se apropriam demais dele, vai ter uma conotação que essas outras populações vão querer dar, aí ele se perde. Por isso que hoje em dia a gente já não chama mais ninguém de *neurótico*, porque tem outra conotação...então eu acho, sou favorável a gente ter uma linguagem própria.

Quais os aspectos positivos? A Sr.^a acha que a CID-10 trouxe mais vantagens em termos de tratamento... em termos dessa mudança de nomenclatura. A Sr.^a acha que diminui o preconceito, essa coisa de retirar *neurose*...

Acho que sim. Você não pode mais continuar usando esse termo. Por exemplo, quando você explicar para a pessoa o que ela tem. Aí você vai dar um nome pra aquilo que ela tem. Que nome você daria? Isso é importante. É complicado você dizer: *o seu filho tem uma neurose histérica...* *Histeria* tem esse caráter feminizante. É aquela coisa muito mais histriônica... *Histérico*, embora tenha muito a ver com histrionismo, mas não é a mesma coisa. Hoje *histérico* é um estereótipo. Não se pode usar mais isso.

Mas essa divisão entre dissociação e conversão foi adequada?

Essa é outra dificuldade. Acho que o que aconteceu nessa parte da tradução, nessa parte da classificação, ela não teria muito sentido. Compartimentalizou tudo. Por exemplo, quando você tem fuga, é de um jeito... se você tem outra coisa, quando na realidade não interessa o sintoma, interessa o simbolismo do que o paciente vai ter ou não. A meu ver, isso facilita no sentido, pelo menos é o que eles argumentam querer, é escapar de escolas que iriam brigar, caso você optasse por uma coisa ou outra. Então quando você classifica por um sintoma, você está classificando de uma forma extremamente isenta, não dizendo: a psicanálise faz assim, a biológica está desse jeito, a escola lacaniana tem outra forma de ver a coisa... você não está falando nada. Só que na hora que você vai ter que usar isso na clínica é meio complicado, porque o paciente infelizmente não se compartimentaliza. Não é um fenômeno. Ele não se compartimentaliza para facilitar o seu meio de campo entre as outras escolas. Então fica complicado. Acho que tem algumas coisas, que você está acostumado a diagnosticar e pena um pouquinho na hora de encaixar nisso aí. Claro que acho que era muito menos do que era na CID-9. Eu fui treinadora da CID-10, uma das treinadoras oficiais. Então eu sempre falava para o pessoal que, para mim, *a CID-9 era tentar encaixar um pino quadrado num buraco redondo.*

Na CID-9 você fazia o seu diagnóstico e aí você ia procurar onde encaixá-lo. Às vezes era em qualquer lugar. Só que na CID-10 acho que isso acontece mais com esses transtornos, enquanto que na CID-9 era com tudo. Isso não tinha importância. Era uma coisa burocrática. Hoje em dia, com DSM-III, DSM-III/R, DSM-IV, e a CID-10 não. É até uma forma de você aprender a estruturar o seu diagnóstico. Esta eu acho que é a grande mudança do DSM-III.

A Sr.^a acha que a CID 10 caminhou, na questão do diagnóstico multiaxial, na questão de englobar esses conceitos da sociologia, a Sr.^a acha que caminhou bem nesse sentido? Do diagnóstico pluridimensional?

Na verdade isso funciona mais ou menos assim: quando as coisas forem pesando mais, não dá pra você ignorá-las. Acho que você querer esquecer que existe um social, – talvez há muito tempo atrás fosse possível – hoje é impossível. Inclusive a gente

vive, na Saúde Pública a gente vê muito isso, os Ambulatórios de Saúde Mental vão inchando.. inchando... as pessoas estão adoecendo mais psiquicamente. Por que aumentou? Aumentou porque a sociedade está de uma forma... que não pode mais querer ser um médico entronizado, e ver as coisas somente de um ponto de vista. Então acho que as classificações sabiamente caminham por aí.

A Sr.^a acha que houve alguma pressão da indústria farmacêutica nessa questão da tradução da CID-10 como um todo?

Eu pessoalmente não. Mas eu acho que se tivesse alguma pressão não seria através da minha pessoa. Quer dizer, nesse processo de tradução, eu fui a ponta. Eu traduzia e uma vez por semana eu ia ao consultório do Prof. Dorgival a gente insistentemente lia e relia até ficar satisfeitos. Por outro lado, se uma pressão foi feita, acho que ele (Prof. Dorgival) tem muito jogo de cintura para escapar disso. É a impressão que eu tenho. A gente se movimentou de uma forma bastante livre na tradução. A não ser aquilo que já veio de Genebra. Teve partes que a gente traduziu até um pouquinho às cegas... pelo menos para mim. A parte por exemplo da parte de psiquiatria infantil, eu não sou versada nisso, eu lembro que a gente comentou a questão do transtorno soletrário. A gente dá tão pouca importância pra isso aqui no Brasil, por exemplo a dispersão na escola, isso não existe... transtorno específico do soletrar, a coisa vai muito mais indireta. Mas qual seria a importância de um transtorno específico do soletrar? Então eu realmente não me senti pressionada, mas acho que a pressão não seria em cima de mim.

Como a Sr.^a acha que virá a CID-11? Que tipo de alteração vai ter? Para onde vai caminhar?

Acho que tem que se rever algumas coisas. Acho que a CID-10 tem que pensar que, em alguns casos, por exemplo nos casos que a gente citou do paciente neurótico, histérico, dessas manifestações mais ligadas a essa área, acho que não ficou claro. Quando você vai ler a classificação, mesmo que você lance mão do transtorno de personalidade histérica, não ficou claro, o todo, o capítulo não é fidedigno. Isso vai ter que ser revisto.

A Sr.^a acha que se vai caminhar para a individualização, criação de um medicamento personalizado, das classificações ficarem mais personalizadas ...

Idealmente sim. Porque é nisso que a gente vai para a clínica. Você não vai dar um anti-depressivo para todo paciente com sintoma depressivo que você atenda. Isso falando em remédio. Se a gente for obrigado a falar de outras terapias que se é obrigado a lançar mão, porque eu acho que é até anti-ético você querer se manter só no remédio hoje em dia, aí vai mudar mais ainda. Quer dizer, o diagnóstico é importante para você nortear a sua discussão, mas só ele não dá para mostrar o caminho.

Os Psicólogos estão nessa briga, para usar a CID ...

Vou te falar da minha experiência. Existem alguns Psicólogos que tem ainda uma visão bastante ruim...a forma que eu tenho de lidar com isso é, primeiro de mostrar a importância, segundo de "encantar" na questão do diagnóstico. Porque é uma coisa muito interessante.

Eu costumo dizer que eu não sou Psiquiatra. Eu prefiro me considerar Profissional de Saúde Mental. Eu estou falando isso porque a gente teve o Dia Nacional de Saúde, esse é o Ano Internacional da Saúde Mental, teve um Fórum de Saúde Mental e você vê o grande vazio que é o pessoal da Universidade. Da mesma forma quando você vai num Congresso de Psiquiatria, você dificilmente vai ver um dos grandes nomes da Saúde Pública. Então eu acho que as classificações vão ter que refletir o que está acontecendo na prática.

A Psiquiatria ainda é um pária da medicina. E nós temos nossos próprios párias. E o retardo mental ainda é um pária na Psiquiatria, na Saúde Mental como um todo. Se você for ler a página de retardo mental nessa classificação é lamentável. Se você for ler o moderado/grave ele diz mais ou menos que os níveis são mais ou menos semelhantes. Então como é que eu vou diferenciar? Em termos de clínica, até acho que a OMS fez uma crítica a isso, que eles estão revendo essa classificação, porque é uma classificação absurda. Você não é nem sequer capaz de ensinar alguma coisa pra alguém usando isso aqui.

A CID-10 independe de ser tratado, ela diz isso muito claramente, mas você tem que ter um mínimo, a pessoa tem que reconhecer alguma coisa aqui dentro para poder classificar. Elas (as classificações) são quase que fotográficas de uma situação da ciência naquele momento.

As classificações atendem a um momento histórico e são absorvidas ou vão por determinadas circunstâncias? A CID-10 tem sido bem absorvida?

Eu acho que o DSM-III, o DSM-III/R poderia até cumprir esse papel, mas não cumprem porque eles não chegam na Saúde Pública. A CID-10 vem cumprir o papel de fazer com que as classificações sejam respeitadas. Parece que tem mais sentido você classificar. Do jeito que era, a coisa fica sendo muito parecendo um rótulo. Primeiro porque se você não tem acesso ao texto, ninguém quer respeitar esse texto. Na minha época de faculdade as pessoas me apresentavam textos. Vá ler Kaplan, Gross, tal revista é interessante, etc. ...Quem apresentava a CID-9 na faculdade? Ninguém! Era só um livro vermelho na estante.

B) ENTREVISTA COM O PROF. DORGIVAL CAETANO

Entrevista gravada, realizada em Campinas – SP, dia 10 de Abril de 2001

O Prof. Dr. Dorgival Caetano, morou 4 anos na Inglaterra, tendo domínio da língua inglesa, foi escolhido na época da tradução da CID-10 para o português do Brasil como Diretor do Centro Colaborador da OMS/UNICAMP para Pesquisa e Treinamento em Saúde Mental.

Prof. Dorgival, em relação a tradução da CID-10, como foram os contatos iniciais e o processo para a tradução da CID-10 para o português do Brasil?

Na realidade, a tradução teve todo um processo anterior. Em 1986 nos fomos contactados pelo Dr. Norman Sartorius, à época Diretor da Divisão de Saúde Mental da OMS, para funcionarmos como um Centro Coordenador de pesquisa da CID-10, rascunho da CID 10 naquela época, para países de língua portuguesa. Neste período tínhamos uma versão preliminar da CID-10 – que viria a ser a CID-10 definitiva – e essa versão preliminar foi submetida ao nosso Centro, assim como a diversos lugares, instituições universitárias no mundo, a uma avaliação, no sentido de comentar as opiniões, etc. Era um rascunho próximo do definitivo, mas não era ainda o definitivo.

A partir deste rascunho foi feita o que chamamos pesquisa de testagem de campo, onde tínhamos um esboço da CID-10. Esta testagem foi aplicado em uma série de pacientes, não me lembro exatamente o número, da qual participou, eu, como psiquiatra mais experiente, Paulo Dalgalarondo, como residente R2 e um R1.

Nesta testagem, usando um esboço da CID-10, fizemos o diagnóstico independente (cada um fazia o seu diagnóstico) contando a história clínica do paciente, a discussão do exame mental e a partir daí fizemos a concordância do diagnóstico em termos de categorias gerais, em termos de diagnóstico específico, etc. Não lembro exatamente os valores, mas posso afirmar que os valores de concordância foram muito alto. Teve pacientes não conhecidos até então de nenhum dos examinadores. E apresentando a história clínica e discussão do exame mental houve elevado grau de concordância.

Isto foi uma parte chamada *Estudo de Campo da CID-10*. Esse relatório foi feito a nível de Brasil simultaneamente, assim como no resto do mundo, no caso específico do Brasil, além da UNICAMP, na UnB, coordenado pelo Dr. Mauro Dias Chaves, em Ribeirão Preto, coordenado pelo Dr. Luis Paulo Bechelli e no Rio Grande do Sul pelo Dr. Busnello. Esses quatro Centros no Brasil funcionaram para a testagem da CID-10.

Em termos das distribuições das categorias diagnósticas, principalmente em termos de confiabilidade de diagnóstico, principalmente da concordância de diagnóstico, etc., essa experiência foi relatada para a OMS, assim como o resto do mundo relatou, e a partir daí foram feitas modificações no sentido de aprimorar a CID-10. E isso levou algum tempo. Apesar de sermos coordenadores para países de língua portuguesa, por alguma razão Portugal não entrou nessa testagem. Foi só o Brasil como país de língua portuguesa.

Depois dessa testagem nós tivemos a forma final da CID-10, ou seja, foi elaborada durante anos, se chegou a uma forma preliminar, foi feita a testagem de campo, se chegou a uma forma mais definitiva e em seguida houve a publicação, em 1992 pela OMS (em inglês) e logo após, em 1993 foi publicada em português. Pela primeira vez na história do Brasil nós tivemos praticamente a simultaneidade da publicação da CID em inglês e em português. No passado havia uma defasagem de anos entre a publicação em inglês e a eventualmente efetivada em português.

O Sr. tem conhecimento de quanto tempo (quantos anos) era essa defasagem, para a CID-9, por exemplo?

Acho que aproximadamente 6 ou 8 anos. No caso da CID-10, é porque nós começamos a trabalhar com a versão final, porém antes da sua publicação em inglês, de forma que (a tradução) foi um processo rápido. Em junho de 1993 no Congresso Mundial de Psiquiatria da WPA, nos fizemos o lançamento da CID-10 em português. Quando falo da CID-10, estou me referindo ao Capítulo V, que é específico dos transtornos mentais e de comportamento, ao capítulo que corresponde à Psiquiatria, que foi publicado em separado. Isto também foi uma evolução entre a CID-9 e a CID-10, bem como evolução em termos de formato, de incorporação de conhecimento, etc.

A Dr.^a Maria Lúcia relatou alguns encontros com o Prof. Leme Lopes. O Sr. se recorda?

Na realidade nós tivemos uma reunião no Rio de Janeiro, não lembro quando, pois a nossa intenção era que a tradução da CID-10 fosse um esforço, uma contribuição nacional. Então, sem exceção nenhuma, abrimos espaço para diversos Centros que quisessem participar da tradução. Infelizmente, por uma série de razões, essa estratégia não funcionou. Inicialmente ela foi entregue ao Prof. José Lucena (UFPE) que examinou o material que a devolveu logo em seguida, não podendo assumir o compromisso por questão de doença, razão pela qual veio a falecer. Assim, entramos em contato com o Prof. Leme Lopes, para que uma vez traduzida, ele fizesse uma revisão da psicopatologia, em termos de terminologia, uniformidade de conceitos, etc. Isto significa que a revisão da terminologia psicopatológica foi também uma contribuição do Prof. Leme Lopes.

Quais as principais dificuldades na tradução da CID-10 para o português do Brasil?

A tradução em si não traz grandes problemas, desde que você seja de fato bilingüe, ou seja, conheça bem as duas línguas e seja um especialista da área, pois você pode falar um idioma com fluência e cometer erros na terminologia técnica. Essa tradução foi feita direto do original, é importante frisar isto, porque alguém aí fez uma tradução do

espanhol, a tradução do espanhol era precária e o que se viu foi uma tradução dessa tradução inadequada. Então neste sentido não houve grandes complicações, somente uma premência de tempo porque havia uma perspectiva e uma proposta para o lançamento da CID-10 e um programa da OMS para treinamento dos psiquiatras, sendo uma outra história da qual também fizemos parte de forma pioneira.

Uma dificuldade encontrada foi a tradução da palavra *disorder*, que alguns achavam ser *distúrbio*, outros *alteração*, *doença* etc. Em 1993, no Congresso Mundial de Psiquiatria Social, em Veneza, aproveitando a ocasião, tivemos uma reunião com os tradutores da CID-10 a nível mundial e para minha surpresa, a palavra também trouxe dificuldade em outras línguas. Depois de algumas considerações e consultas, foi oficializada a palavra *transtorno*, até porque era a palavra que estava sendo usada no DSM IV, que também estava sendo publicado na época. Aliás há muita semelhança entre a CID-10 e o DSM-IV. Num encontro de tradutores de língua portuguesa realizado em Portugal surgiu a quarta palavra (sugestão) *perturbação* como a melhor maneira de se traduzir *disorder*.

A Prof. Maria Lúcia citou a questão de tempo e da necessidade de ter que sair um texto aproveitando o Congresso Mundial, o que daria uma grande divulgação. Ela cita que a sua inclinação era pela palavra *distúrbio*... Citou ainda um grupo de Porto Alegre, ligado a Artes Médicas...

Na realidade já usávamos a palavra *distúrbio*. Na época o diretor da OMS (Dr. Bertolote) nos ligou com orientação para mudar a palavra para *transtorno* a fim de ter uma maior similitude com o que estava sendo usado no DSM-IV que também estava sendo publicado no mesmo período. Eu achei que seria adequado. *Transtorno*, *distúrbio*, traduziria o mesmo, além de estar em consonância com o que estava sendo dito no DSM -IV.

O Sr. não ficou transtornado?

Não chegou a me incomodar. *Transtorno* estava muito adequado.

Na sua opinião houve maiores cuidados com os aspectos transculturais na tradução da CID-10 para o português do Brasil?

Sem dúvida houve o cuidado com estes aspectos. Houve uma preocupação muito grande. Acho fundamental a fidelidade ao texto. É uma condição *sine qua non* para uma boa tradução. Quer dizer, não importa se eu ache particularmente que a definição de *pânico* da CID-10 não seja das melhores do mundo, assim como da agorafobia, que no

DSM -IV é muito melhor. Porém, independente do que acho, da minha experiência com pânico, tenho que ser fiel ao texto. Senão não será uma linguagem universal. A linguagem é universal na medida em que todos nós usamos a mesma linguagem, até eventualmente para corrigir erros se for o caso.

Isso é importante porque teve uma determinada pessoa aqui no Brasil que queria a mudança da CID-10 porque a psicopatologia da cabeça dele tinha que ser diferente. Queria incluir psicose puerperal, coisa da época de Kraepelin, Kleist. Podia até ser diferente. Ele até podia ter razão, e até tinha razão, em alguns aspectos, mas você tem que ser fiel ao texto que você está traduzindo. Essa é uma questão *sine qua non*: em primeiro lugar, fidelidade ao texto, você concordando ou não. Você não está ali para opinar, você já opinou, foi ouvido ou não, algumas coisas são ouvidas, outras não. Você tem que ser fiel ao texto, a tradução, porque isto vai ser uma linguagem universal.

A tradução espanhola, em alguns casos, pelo menos na versão que eu fiz, poderia ser um referencial pra gente, mas resolvemos deixar de lado porque estava meio "transtornada". É o aspecto transcultural no sentido de você adequar, aí a necessidade de quem traduz conhecer a cultura e a tradição da língua onde está traduzindo e naturalmente, da outra língua para a qual você está traduzindo. O fato de ter morado na Inglaterra durante 4 anos me deu essa possibilidade. Você tem o significado da palavra, mas dependendo do contexto, pode ter uma conotação ou outra, na nossa cultura e em todas as culturas. Então isto foi levado em consideração também.

Quais os termos mais problemáticos na tradução para o português do Brasil?

Além da palavra *disorder*, a questão da opção pela palavra *transtorno*, acho que o termo *pervasive* para *pervasivo*, palavra que não existe em português. A palavra mais próxima que encontramos seria *invasivo*, no sentido de *participando*, *infiltrando*, *tomando conta*.

Há uma outra questão também. A tradução da CID-9 foi feita, no meu entender, inadequada. Quer dizer, a terminologia era inadequada. Por exemplo: *transtorno de personalidade paranóide*. A CID-9 parece que cita *transtorno paranóide de personalidade*. Acho que erraram um pouco ao trocar o adjetivo do inglês para o português e isso causa um

certo impacto porque a CID- 9 era uma linguagem conhecida e você falar algo diferente soa estranho ao "padrão", soa errado. Um exemplo disto é a tradução do livro de Freud do termo *actual neuroses*. *Actual*, não quer dizer atual. Absolutamente. Quer dizer *verdadeira, de fato*. A rigor, deveria ser neurose verdadeira e traduziram como neurose atual. Assim, se alguém falar neurose verdadeira, seguindo o original de Freud soa estranho.

Termos da CID-9 que foram excluídos da CID-10 como histeria, psicose, neurose, paranóia, ou ficaram em segundo plano, como endógeno, exógeno...

A CID-10, assim como o DSM-IV, são dois grandes sistemas de classificação usados mundialmente por todos os países membros da ONU, incluindo o Brasil. Obrigados por questão de acordo entre os governos, é a classificação oficial. O DSM-IV é a classificação da Associação Americana de Psiquiatria que foi feita para a cultura americana. Como o DSM III era muito melhor que a CID-9, o mundo passou a usar o DSM III e DSM III-R, em termos de pesquisa, de publicação, porque os critérios diagnósticos eram muito melhores do que a CID-9, o que não é o caso DSM-IV / CID-10, já que ambas as classificações são atóricas, no sentido da etiopatogenia. Por exemplo: o profissional da área de saúde mental vê e descreve um quadro clínico, há uma concordância muito grande, ou pelo menos relativamente maior, no que diz respeito à síndrome (síndrome paranóide, depressiva, maníaca etc.).

Na descrição fenomenológica, psicopatológica, a concordância é maior. Quando você parte para as possíveis etiologias e postulados vira uma verdadeira torre de babel. Numa depressão – todo mundo concorda que é depressão – alguém vai enfatizar os aspectos biológicos, endógenos ou não endógenos, melancolia, com sintomas somáticos ou não; alguém vai enfatizar os aspectos psicológicos da 1ª infância, 2ª infância, da pouca auto-estima, a relação com o ambiente, com os aspectos sociais, etc. Quando parte para a etiologia ... Como a fenomenologia é mais precisa, é melhor descrita, há uma concordância maior. O que a CID-10 e o DSM-IV fizeram? Deixaram de lado a questão da etiopatogenia, onde havia uma discordância maior. Então a discussão é fenomenológica. Neste sentido, neurótico, psicótico, endógeno, exógeno, etc. foi deixado de lado e com isso se aumentou substancialmente o grau de concordância em termos de diagnóstico psiquiátrico, de forma que o diagnóstico hoje, seguindo a CID-10 e DSM-IV é tão confiável quanto qualquer diagnóstico clínico. Pela

primeira vez na história da psiquiatria, graças ao referencial CID-10 e DSM-IV, ele é tão confiável quanto a maior parte das especialidades médicas.

A questão da ausência dos termos histeria, paranóia ...

Eu não vejo dificuldade. O que se tentou foi aglutinar os chamados *transtornos neuróticos somatoformes* numa grande categoria, assim como todos os transtornos depressivos estão aglutinados na categoria F3, os transtornos afetivos... Você tem a F3, que é a grande categoria, depois os subtipos, se é depressão – recorrente, bipolar, mista etc. Esta é uma das vantagens da CID-10 em relação a CID-9, que foram agrupadas todos os transtornos conhecidos em 10 grandes categorias, de F0 a F9. Então, todos os transtornos afetivos estão numa grande categoria, os transtornos esquizofrênicos, na F2, com suas subdivisões.

Está explicada assim a ida da PMD para o grupo das depressões?

Sim, porque tem a ver com transtorno afetivo, categoria F3. Na realidade parece que tanto o transtorno afetivo bipolar quanto o unipolar, depressão, como a ciclotimia, como a distímia, parece-me – pelo menos é o que os livros atuais indicam – ser expressões de um transtorno, de uma herança fundamental básica genética, que aparece de uma forma mais intensa em um indivíduo, menos em outro, de acordo com a conjunção de fatores.

Prof., só para encerrar, como o Sr. acha que vem a CID-11? Como o Sr. a imagina?

Acho que ela vai estar ainda mais próxima do DSM-V do que a CID-10 do DSM-IV, apesar de que a proximidade hoje é muito grande, haja vista que na maior parte das categorias da CID-10 foi o mesmo grupo que trabalhou para o DSM- IV, esquizofrenia, transtornos afetivos, etc.

Porque não existe só uma classificação?

Por que significa também poder. Os EUA não vão abrir mão do DSM -V.

O Sr. acha que jamais vai existir uma classificação única?

Poderia, mas não vai. Isto esbarra numa questão de poder, de prestígio. A Associação Americana de Psiquiatria não vai parar de produzir o seu DSM-V, VI, VII... quando isso traz prestígio, poder, dinheiro, etc. Na medida que se faz uma pesquisa psicofarmacológica e usa o DSM-IV, e a maioria usa, está pagando royalties para os americanos.

Uma vantagem da CID-10 em relação ao DSM-IV é que esta última foi feita por psiquiatras americanos para o povo americano. Tanto é, que inclui em algumas categorias a questão do nível de funcionamento do indivíduo (anterior, durante ou após o episódio). Isso a CID-10 não entra em consideração, por que o nível adequado de funcionamento nos EUA não é o mesmo em Biafra, não é o mesmo na Bolívia, em São Paulo, no interior do Piauí... etc. Então a CID-10, como é uma classificação de fato internacional, não pode se prender a uma situação que pode ser aplicada em diferentes culturas.

Se fizerem uma nova votação nos EUA, no âmbito da APA, a tese de fusão para as duas classificações, vai perder de novo?

Sim. Vai acontecer porque a questão do poder e do prestígio econômico contam muito.

C) ENTREVISTA COM O PROF. MARCO ANTONIO ALVES BRASIL

Entrevista realizada no Rio de Janeiro – RJ, dia 20 de Abril de 2001

Marco Antônio Alves Brasil é Doutor em Psiquiatria pela UFRJ. Na época da tradução da CID-10 para o português do Brasil era o Secretário Geral da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), que estabeleceu convênio com o laboratório Smithkline Beechan para a difusão da CID-10 em território nacional.

Prof. Marco Antônio, como foi, na sua opinião, a implantação da CID-10 no Brasil?

A meu ver essa implantação não foi tranqüila. Ela foi muitas vezes adiada, até porque aqui não foi feito um trabalho em nível nacional de apresentação da CID-10. Houve uma iniciativa da Associação Brasileira (Psiquiatria), juntamente com o laboratório Smith-Kline, que patrocinou, forneceu condições materiais para que se desenvolvesse o projeto de divulgação da CID-10 a partir da orientação de casos clínicos e discussão das novas modificações, apresentação de uma discussão da nova classificação enfatizando que tinha que ser alfa-numérica, com todas as mudanças em relação a CID-9.

Eu achei um programa muito bom, porque apesar de apoiado pela indústria, ele não tinha nenhuma interferência da indústria sobre a sua realização, até porque não tinha nada a ver com medicamentos, mas infelizmente, até talvez por isso mesmo, por não ter a ver com divulgação de produto, não me parece que o laboratório se mostrou interessado em permanecer junto a Associação Brasileira de Psiquiatria na divulgação desse programa.

Quais são as principais vantagens e desvantagens da CID-10 em relação a outras classificações?

Em relação a CID-9, sem dúvida nenhuma, a CID-10 é um avanço. O primeiro ponto positivo é que é uma classificação aberta. Dá ensejo à introdução de novas entidades clínicas, se assim for necessário. Segundo, que é uma classificação muito maior. Ela tem espaço para 100, enquanto a CID-9 tinha espaço para 33. Então isso já amplia muito a classificação.

Em segundo lugar ela é produto de um consenso internacional, que foi criado a partir de grupos em que se estudou um projeto piloto (da CID-10) para discuti-la. É claro que em todo comitê, em toda classificação feita por um comitê também têm seus riscos. Eu não lembro do autor, mas há uma referência jocosa a isso que diz: "*camelo é um cavalo desenhado por um comitê*". Há uma tendência de acrescentar e tirar coisas de um lado e de outro, para contentar a todos. Então tem esse aspecto também que a CID-10 teve que fazer acordos em relação a diferentes posições teóricas, embora ela tenha procurado se aproximar do DSM na tentativa de operacionalização, acho isso até uma vantagem em relação ao DSM para não ficar uma *receita de bolo*. Ela é mais objetiva. As pessoas podem realmente começar a falar a mesma coisa a partir de critérios mais objetivos. Então ela tem essa vantagem em relação a confiabilidade de diagnóstico.

Em que pontos, na sua opinião, os psiquiatras brasileiros mais resistiram a CID-10?

Em primeiro lugar, resistência ao novo. Tudo que é novo sofre resistência. O hábito de usar uma classificação faz com que a pessoa tenha mais dificuldade de usar outra classificação (diferente), que ele não conhece. Então a tendência é ficar no conhecido. Talvez isso seja a maior resistência.

Segundo, é como eu disse: acho que a nova classificação (a CID-10) foi pouco divulgada. Não houve um treinamento organizado, nem por parte do Ministério da Saúde, nem mesmo por parte da ABP, que apesar de ter tido o interesse em participar, não tinha recursos para continuar a auto financiar esse programa.

Acho que essa necessidade ainda é atual. Há muita gente que ainda não teve contato maior com a CID-10. Está em contato com ela sem muita orientação, sem sequer ter sido apresentado em termos de aula nas residências médicas. Acho que isso precisa ser mais divulgado, ensinado aos residentes. Que passe a ser matéria obrigatória na residência médica uma introdução da classificação internacional na sua 10ª revisão.

A CID-10 é mais fenomenológica que as anteriores e aproxima-se do DSM-IV criando mais itens classificatórios, isso também foi motivo de resistência?

Sem dúvida. Toda classificação sofre influência da cultura, da época que ela está sendo feita. A CID-10 sofreu influência desse momento em que o critério fenomenológico passou a ser privilegiado em detrimento do aspecto etiológico, até porque isso tem uma razão de ser, na medida que a interpretação, a classificação baseada na etiologia fracassou em função da psiquiatria não ter marcadores biológicos que possibilitem uma classificação baseada em critérios etiológicos, evidentemente excluindo as doenças orgânicas, as oligofrenias, os quadros genéticos, com exteriorização sintomatológica psiquiátrica, mas os grandes quadros psiquiátricos ainda, apesar do avanço, da tentativa de diagnosticar uma causa orgânica, não revelaram marcadores biológicos que possibilitem a criação de uma classificação etiológica. Então essa foi uma posição do DSM de dar uma virada em termo de excluir aspectos etiológicos, embora no próprio DSM você vai ver que aqui e acolá tem aspectos que falam de etiologia, de uma maneira não muito correta, por exemplo, as depressões induzidas por substâncias. Isso é uma coisa mais complexa. Uma substância pode induzir depressão, ser associada a outros fatores, a predisposição do indivíduo, não é uma coisa direta : *A causa B*. Mas de qualquer forma, o DSM procura reduzir ao máximo essa questão, essa influência, essa orientação etiológica da classificação. O que foi falado na época é que, *"já que não sabemos do que estamos falando, pelo menos vamos falar a mesma coisa"*. Isso foi o lema do DSM.

A gente sempre pensa em diagnóstico e liga imediatamente a tratamento, isto é, o diagnóstico existe para que se trate melhor. O Sr. diria que nos últimos dez anos, com o avanço terapêutico, sobretudo farmacológico, essa mudança atende ao espírito desse tempo, de induzir o tratamento? O Sr. acha que a indústria teve influência na CID-10?

Sem dúvida. Nada fica imune a esse vendaval capitalista neoliberal que estamos vivendo e evidentemente uma classificação, qualquer que seja, sofre influência do tempo. Isso é uma coisa que se discute desde o início das classificações em psiquiatria.

Kraepelin e o famoso embate: *lampers x splinters*. Os *lampers* são aqueles que condenam a classificação extensa. Devem ser mais enxutas. Os *splinters* são os divisores, que quebram a classificação em várias entidades, que por sua vez também se subdividem. E nós estamos vivendo a época dos *splinters*. Os quadros de ansiedade hoje estão mais que subdivididos. Os transtornos alimentares estão agora pensando em ser subdivididos ... e assim por diante. Evidentemente a indústria farmacêutica tem participação nisso. Sem dúvida. Se você cria mais entidades, ao mesmo tempo você está criando a possibilidade de direcionar um remédio para aquele subtítulo. Agora, isso é importante frisar, porque você tem que ficar atento a essa influência e não entrar na idéia de que nós temos muita coisa nova para estas patologias. Na realidade, se você pega esses novos compostos, você pode ver que eles trouxeram muito pouco acréscimo em termos de eficácia terapêutica. Muda o perfil de efeito colateral, não diria nem que melhora o perfil, que é uma coisa que estamos vivendo hoje (que é o perfil dos efeitos colaterais dos inibidores de recaptção de serotonina), é apenas diferente do perfil dos efeitos colaterais tradicionais, mas não necessariamente melhor, muito pelo contrário, está se vendo que os efeitos colaterais dos inibidores de recaptção de serotonina podem ser muito mais nocivos do que aquele "*boca seca, constipação*" causados por tricíclicos. Então a gente tem que estar atento e perceber que inevitavelmente as classificações sofrem influência da indústria, enfim, sofrem influência do tempo.

Como a CID-10 foi encarada em relação a CID -9, ao DSM -III-R /DSM-IV?

Citando como exemplo, veja o que aconteceu em relação aos transtornos, aos quadros neuróticos: você tem as neuroses, que tradicionalmente não estavam associadas a tratamento farmacológico. De repente, você cria entidades, exclui a neurose, acaba com

esse nome, que não tinha nenhum vínculo com este tipo de tratamento – não se davam bem, não havia amizade entre eles – e cria entidades extremamente amigas dos fármacos como a fobia social, como agorafobia, transtorno do pânico, que começam a abrir um espaço de transtorno de ansiedade generalizada, que agora é a bola da vez em termos de mostrar que tudo isso merece tratamento farmacológico. É claro que não podemos ter uma postura assim de "*isso não tem nenhum valor*". Você realmente pode ajudar alguns pacientes nos quadros de fobia social, alguns casos podem se beneficiar de medicamentos. Quanto aos quadros de pânico, agora isso não vai passar. Primeiro que é uma tentativa de ampliar esse leque, o exemplo clássico é a fobia social que foi ampliando, mostrando que as pessoas têm exigências... Nós já temos timidez patológica e daqui a pouco vamos ter uma tentativa de tratar todo tímido, ou seja, é um aumento do mercado consumidor.

Uma coisa é a preocupação do psiquiatra em identificar pessoas sofrendo com determinado problema, ajudar essa pessoa a superar esse sofrimento. Pessoas que tem limitação funcional que compromete o seu trabalho, a sua qualidade de vida de uma maneira significativa.

Na realidade a maior preocupação da indústria é a preocupação de qualquer industrial, de ampliar mercado. Então evidentemente ele tem que mostrar que tem mais gente com doenças porque isso significa vender mais remédio. É o raciocínio em termos da cotação da bolsa de Nova York, na medida que você consegue ampliar o seu mercado com a venda maior.

A exclusão das neuroses como neurastenia do DSM-III, a histeria na CID-10, assim como a paranóia, tem influência da indústria farmacêutica?

Sem dúvida. Eu acho que o poder do capitalismo, o poder da influência que hoje você tem, o poder econômico é muito grande. Você pode observar que os próprios programas de educação estão cada vez mais na mão da indústria. A própria internet é dominada pelas informações patrocinadas pela indústria. A ABP, de certa forma, durante algum tempo também tem ficado, por uma questão de necessidade de recursos, apesar de todo esforço nosso de não sofrer influência na preparação do programa, isso certamente nós conseguimos. A ABP não tem patrocinado nenhum programa que apareça o nome de produto ou que mostre uma orientação tendenciosa por um produto, mas mesmo assim,

como eu disse em relação a CID-10, nós sofremos o fato de que a indústria não tem interesse em patrocinar e nem levar um programa de educação continuada a lugares mais distantes, onde o mercado de venda de produtos farmacêuticos é pequeno. Não foi ao Piauí, como foi muito difícil levar ao Maranhão, ao Mato Grosso; enquanto que a Belo Horizonte, foram 3 ou 4 dias, Fortaleza, São Paulo, Rio Grande do Sul, que são mercados consumidores... Então a gente ainda sofre o fato de não ter recursos próprios para divulgar isso de uma maneira democrática, levando esse conhecimento, esse treinamento a todos os lugares independente do potencial de compra de produtos farmacêuticos.

A ABP continua abrindo espaço nos seus congressos para as psicoterapias. Entretanto, a gente percebe que há uma resistência da indústria nesse sentido. O Sr. concorda com esta afirmação?

Sem dúvida. Até porque, como ela (a indústria) é a grande patrocinadora desses eventos, se sente quase com o direito de influenciar, mas isso a ABP realmente tem conseguido, nesse aspecto, eu diria que o nosso congresso de psiquiatria é melhor que o congresso americano. O Congresso Brasileiro de Psiquiatria sofre menos influência da indústria que o congresso americano.

A participação de psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, tem sido crescente. Acho que vai aumentar ainda mais, na medida que essa parte psicoterápica entenda que psicoterapia não é sinônimo de psicanálise. Dos grandes obstáculos para divulgação da psicoterapia dentro da psiquiatria, eu falo isso com tranquilidade porque fiz formação psicanalítica – até por uma questão no momento que todo mundo ia fazer – não ter tido nenhum outro treinamento que não o de psicoterapia de base psicanalítica, e hoje vejo que isso foi um grande erro. Muito pelo contrário, a psicanálise é que tem mostrado menos capacidade de atuar sobre os quadros psiquiátricos. Ela tem a sua utilidade em termos de conhecimento, de autoconhecimento, na melhora da relação médico-paciente, de uma forma de entender o que está se passando, mas de atuar objetivamente, em termos de apresentar uma eficácia no tratamento dos transtornos psiquiátricos, talvez seja o que tenha menos.

Esse espírito aberto, hegemônico, que predomina na ABP, abre espaços para outras formas de tratamento além da psicanálise e da psiquiatria biológica?

Sem dúvida. A orientação atual tem ainda a influência de fato, a influência de Psiquiatras de formação mais ampla.

Eu acho que tem os dois lados: um lado a psicanálise querendo mostrar que tudo é tratado por ela, atuando da mesma forma como atualmente tenta a psiquiatria biológica fazer. Na realidade, é a mesma coisa: essa idéia de excluir outra abordagem psicoterápica, quando na realidade a gente sabe que a doença mental é muito complexa para ser abordada por um só instrumento. Então eu acho que a psicoterapia tem valor, vai continuar tendo. Esse modismo de só achar que tudo é resolvido por um remédio vai cair no momento que você verificar o mesmo que se deu com a psicanálise, que ela não trata tudo, muito pelo contrário, você tem muitas limitações.

Acho que a grande importância da psicoterapia é atuar de uma maneira mais pragmática. O mundo hoje é um mundo que exige resultados. E resultados rápidos. A pessoa que tem um quadro de ansiedade, tem um quadro fóbico, quer resultados. E isso as psicoterapias tem mostrado eficácia sem os efeitos colaterais dos medicamentos, porque você vê por exemplo, em relação a fobia social, ao transtorno de pânico, você tem um espaço para tratar muitos pacientes sem a necessidade de transformar esse paciente algumas vezes num dependente químico e que a partir dele, iniciar um tratamento farmacológico, muitas vezes tendo uma dificuldade enorme em retirar esses medicamentos. Então nesse caso por exemplo, eu vejo um espaço, sobretudo nos quadros leves de transtornos fóbicos, na fobia social, no transtorno do pânico, que tem muito mais indicação, é muito mais adequado e menos penoso você utilizar um instrumento psicoterápico, tipo terapia cognitivo comportamental, que tem mostrado resultados bastante claros nesses casos, do que você inicialmente já submeter o paciente a uma carreira de usuário de psicofármaco.

Essas psicoterapias também provocam alterações bioquímicas, metabólicas e são pouco estudadas ainda...

Só pra te dar um exemplo, que eu vi no último Congresso americano, uma experiência muito interessante com a acupuntura: Um indivíduo era tocado pela agulha da acupuntura no ponto considerado pelo acupunturista como o ponto correto; e ao mesmo tempo esse paciente era submetido a um exame de imagem funcional – tipo *spect*, que você vê o cérebro funcionando – e no momento que o profissional tocava em um ponto correto, havia uma mudança na imagem cerebral. No momento que tocava num ponto que não era um ponto da acupuntura, nada aparecia.

Imagine numa psicoterapia que isso é mais freqüente...

Com essa possibilidade de você ter atualmente, imagens funcionais do cérebro e não imagens estáticas, aí você tem uma idéia do funcionamento cerebral. Hoje em dia sabe-se que há possibilidades de mudanças. Isso já foi visto por exemplo, no transtorno obsessivo compulsivo. Pacientes submetidos a psicoterapia cognitivo comportamental modificam, sem uso do medicamento, a imagem cerebral. É uma nova revolução. As classificações, neste sentido seriam (dentro desse contexto que se está discutindo), um retrato dessa discussão como um estabelecimento de normas ou de leis concernentes à época.

O Sr. acha que estas classificações traduzem esses conflitos?

Sem dúvida, ela é produto de uma época. Provavelmente vai entrar para a história, assim como as de Esquirol, classificações baseadas em tipos de febres, etc. São classificações que eu acredito, que dentro de algum tempo não vão ter nenhum valor, até porque nossas classificações, a CID-10 / DSM-IV, são classificações provisórias, são classificações sindrômicas, é apenas um conjunto de sintomas que se reúnem com a evolução mais ou menos parecida – às vezes nem é tão parecida – você vê a esquizofrenia, você tem um quadro tão variado, hoje em dia realmente se questiona, a tendência ... São várias doenças, com apresentação sindrômica parecida. Isso mostra que dentro de algum tempo, sobretudo com o aparecimento de marcadores biológicos, com a evolução da genética, com o mapeamento do genoma, você vai poder identificar locais onde determinadas doenças está, onde o gen está.

Nessas classificações utilizadas atualmente (século XXI), ainda existem problemas na definição de quadros sindrômicos como ocorria no século XIX?

Essa questão passa por um ponto que eu considero fundamental que o Leme Lopes diz no seu trabalho sobre diagnóstico. É que na realidade nós temos várias apresentações sindrômicas, onde você pode ter uma mesma doença causando diferentes apresentações sindrômicas. Você veja, a sífilis cerebral, a paralisia geral progressiva. Ela durante algum tempo, enquanto ela era uma doença muito prevalente, era conhecida como *a grande imitadora*, porque ela apresentava os mais diferentes tipos de sintomas psiquiátricos. Ela podia se apresentar como mania, depressão, com quadro esquizofreniforme, com quadro ansioso, você vê que o mesmo agente etiológico no cérebro pode apresentar diferentes formas. Por outro lado, você vai ter, diferentes fatores etiológicos tendo uma apresentação muito semelhante.

Isso coloca em xeque, de certo modo a CID-10?

Exatamente. Por exemplo, você tem a síndrome dos quadros orgânicos, que tem diferentes quadros, diferentes atores etiológicos e tem uma apresentação sindrômica semelhante.

Nesse sentido, a gente poderia considerar a CID-10 como uma tabela de diagnósticos iniciais, provisória?

Sim, você pode ter diferentes agentes etiológicos causando um quadro semelhante, ter diferentes possibilidades para uma mesma doença. Por outro lado, veja por exemplo, o álcool. Você pode ter diferentes quadros, por exemplo quadro de *delirium tremens*, uma alucinação alcoólica. Isso mostra o quanto cérebro é complexo. Provavelmente esta tentativa de fazer essa relação direta causal tem fracassado.

A CID-10 em relação à CID-9 possibilita um maior uso de diagnósticos provisórios. Isso representa um problema ou uma vantagem?

Acho que isso não é nem uma questão da CID-10. Isso mostra a fragilidade de nossas classificações diagnósticas. Uma coisa fundamental para você dizer que uma pessoa tem uma doença: é a estabilidade do diagnóstico. Poucos transtornos psiquiátricos possuem diagnósticos estáveis. Ou seja, a doença não tem uma estabilidade diagnóstica que confirme esse diagnóstico.

Mas a CID-10 tem mais diagnósticos intermediários. Isso abre espaço para uma menor rotulação?

Sim. Há possibilidade de diagnóstico provisório. Acho que neste aspecto a CID-10 é mais cautelosa. Em termos de não se fechar logo o diagnóstico. Oferece o diagnóstico provisório.

Outra coisa que acho que na CID 10 é um avanço é ela ser mais pragmática, mais bem organizada. Esse divisor de águas que mudou o neurótico/psicótico, para o orgânico/não orgânico, ela tem em termos pragmáticos um melhor resultado. Até porque você enfatiza a importância da avaliação clínica. De você excluir causas orgânicas causando sintomas psiquiátricos.

Outro avanço da CID-10, na minha opinião, é a forma como foi colocado o grupo dos transtornos induzidos por substâncias psicoativas. Acho que focou mais organizado. Até levando em conta esse aspecto, Leme Lopes chama a atenção: uma mesma substância pode causar diferentes quadros psiquiátricos.

Só para encerrar, o Sr. acha que a CID-10 vai ajudar no processo de desinstitucionalização?

Sem dúvida. A CID-10 tem um mérito até mesmo de ser uma classificação que eu chamaria mais *médica*, no sentido de que ela se aproxima mais da medicina, das outras especialidades. O fato de ser mais fenomenológica a deixa mais próxima de outras especialidades, tira nomes que contamina, como *neurose*, *histeria*, etc. que ficou com um leque de definições que ninguém conseguia falar nada. Isso é um grande mérito da CID-10.

A CID-10 provoca um debate ideológico sobre ser contra ou a favor da medicalização das questões psíquicas?

É importante não se ter essa idéia de que você tem que ficar a favor ou contra. Acho que toda atitude assim maniqueísta é perigosa: *eu sou a favor, eu sou contra*. Acho que todos tem um lado bom e ruim, evidentemente algumas coisas predominam o lado ruim, outras o lado bom.

Em relação a CID-10 houve essa aproximação com a psicofarmacoterapia. A indústria tenta tirar partido, com essas mudanças. Eu não digo que tudo foi feito pela indústria. É claro que se a indústria percebe que naquele lado vai implicar ter mais lucros ela segue aquele curso. Até o rio faz isso, ele não vai procurar subir uma ladeira se ele pode descer por um lugar mais fácil. Então ela percebe que se é por ali que vai vender remédio, ela segue, ela enfatiza, ela divulga, uma classificação que faz florescer um aumento do mercado consumidor.

Como o Sr. acha que vem a CID 11?

Eu fico muito preocupado com esta coisa de CID-10, CID-11, CID-12... porque eu acho que a gente está correndo o risco de cair no mesmo modismo do DSM. O DSM hoje virou – como tudo nos EUA tem a tendência a virar produto vendável, um *best seller*.

D) ENTREVISTA COM O PROF. MIGUEL ROBERTO JORGE

Entrevista realizada pela internet, São Paulo, quarta-feira, 25 de Abril de 2001.

O Prof. Dr. Miguel Roberto Jorge é um estudioso das classificações psiquiátricas, autor da tese *Avaliação crítica do diagnóstico multiaxial nas classificações psiquiátricas: uma proposta de sistematização do registro de curso da doença*, para livre docência em Psiquiatria pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

Prof. Miguel, como foi, na sua opinião, a implantação da CID-10 no Brasil?

Do ponto de vista do governo federal, a vigência da CID-10 foi adiada algumas vezes através de portarias do Ministério da Saúde e desconheço a forma como foi implantado para fins de registro e estatística. A introdução do Capítulo V da CID-10 no Brasil se deu inicialmente através de um Programa de Treinamento da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) patrocinado por uma indústria farmacêutica. Este programa foi oferecido em uma série de cidades, de forma isolada ou inseridos em eventos nacionais, regionais ou locais. A receptividade foi muito boa e estes treinamentos se estenderam mais ou menos de 1994 a 1997.

Quais são as principais vantagens e desvantagens da CID-10 em relação a outras classificações?

Creio que a principal vantagem da CID-10 é, ao oferecer critérios padronizados para as diferentes categorias diagnósticas, contribuir para uma linguagem comum entre os profissionais, aumentar o grau de concordância diagnóstica entre eles. A principal desvantagem reside no seu mal uso, quando estes critérios são tomados como verdades absolutas a respeito da forma de apresentação dos diferentes transtornos, "engessando" a capacidade decisória do médico qualquer que seja sua experiência passada.

Em que pontos, na sua opinião, os Psiquiatras brasileiros mais resistiram à CID-10?

Desconheço se os psiquiatras brasileiros resistiram à CID-10.

Como a CID-10 foi encarada em relação a CID-9?

Creio que a CID-9, pela vagueza de suas orientações diagnósticas, dava margem à muita subjetividade na formulação do diagnóstico, o que aumentava a liberdade individual em detrimento de uma maior concordância. Por outro lado, a CID-10 não se restringiu a estabelecer critérios diagnósticos para serem usados na clínica mas também desenvolveu critérios mais específicos para serem utilizados em pesquisa, bem como uma versão para uso em serviços de cuidados primários e um sistema diagnóstico multiaxial.

E em relação ao DSM-III/R e IV?

No geral, a CID-10 é considerada uma classificação bastante semelhante ao DSM-III porém um pouco mais flexível para uso na clínica.

Como se deu a absorção da mudança da terminologia da CID-9 para a CID-10?

A mudança de terminologia adotada na CID-10 (quando a comparamos com a CID-9) não foi bem recebida pelos psiquiatras mais antigos e por aqueles de orientação psicodinâmica.

Qual a sua avaliação da mudança terminológica da PMD para TAB e o deslocamento do capítulo das psicoses para o grupamento das depressões?

Não concordo com a afirmação da pergunta de que a PMD teria saído do grupo das psicoses se transformando em TAB no grupo das depressões. Primeiro porque quando da denominação PMD até a CID-9, não havia um grupo de psicoses e outro de depressões. Segundo porque o TAB não está na CID-10 entre as depressões e sim entre os transtornos afetivos/do humor, ou seja, no lugar correspondente na CID-10 ao que ele já ocupava na CID-9.

Na sua opinião existiu influência da indústria farmacêutica na confecção da CID 10?

A indústria farmacêutica não influi de forma direta na confecção (sic) da CID-10. Sua maior influência veio do desenvolvimento de psicofármacos que precisavam ser testados em amostras homogêneas de pacientes, o que requereu o desenvolvimento de critérios diagnósticos para as diversas doenças mentais mais precisos do que os vigentes até a década de 70. Estes critérios padronizados acabaram por ser incluídos no DSM-III (e revisões subsequentes) e posteriormente na CID-10.

No seu entender, como se deu a evolução das classificações psiquiátricas ao longo do século XX?

As classificações psiquiátricas do começo do século XX tinham uma conotação mais médica e, com o advento da psicanálise e a importância das ciências sociais, tornaram-se mais ecléticas nas décadas de 40, 50, 60 e 70. A partir da publicação do DSM-III em 1980, elas novamente voltaram a privilegiar o modelo médico de abordagem dos transtornos mentais.

Como o Sr. acha que virá a CID 11?

Temo que ainda mais calcada em um biologicismo, face às pesquisas ora predominantes em nossa área. Talvez um pouco mais preocupada em respeitar diferenças culturais na forma de manifestação dos diferentes transtornos.