



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO
COLEGIADO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**GÊNERO E LOUCURA: UM ESTUDO SOBRE MULHERES INTERNAS NO
HOSPÍCIO SÃO JOÃO DE DEUS, SALVADOR-BAHIA (1919-1921)**

Maria Vitória Coutinho e Silva Figueiredo de Almeida


SALVADOR, 2025

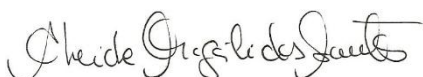
MARIA VITORIA COUTINHO E SILVA FIGUEIREDO DE ALMEIDA

**GÊNERO E LOUCURA: UM ESTUDO SOBRE MULHERES INTERNAS NO
HOSPÍCIO SÃO JOÃO DE DEUS, SALVADOR-BAHIA (1919-1921)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Educação I, da Universidade do Estado da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Licenciatura em Ciências Sociais, sob a orientação da Profa. Dra. Cleide Magáli dos Santos.

Banca Examinadora

 Documento assinado digitalmente
JAILSON BRAGA BRANDÃO
Data: 08/10/2025 17:51:24-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>



Ms. Olivia Nolasco Beltrão (In memoriam)

Ms. Jailson Braga Brandão

Dra. Cleide Magáli dos Santos

SALVADOR-BAHIA

2025

FICHA CATALOGRÁFICA
Sistema de Bibliotecas da UNEB

*“...É compreensível que, depois disso, muitas mulheres tivessem, de fato, enlouquecido.”
(Arbex, 2019)*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
HJM	Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Acesso principal ao Hospício São João de Deus, Brotas	40
Figura 2: Pavilhão Alfredo Britto- Pacientes feminino	41
Fonte: Fotos do Acervo do Memorial JM.1979/1980 (autor desconhecido)	41
Figura 3: Pavilhão Anísio Circundes – pacientes femininos	42
Figura 4:Evento comemorativo do novo prédio do hospital, em Narandiba	44
Figura 5: Josephina Silva na Gazeta Médica de 1921	60

AGRADECIMENTOS

Minha mãe e minhas tias sempre foram meu porto seguro. A cada escolha minha- mesmo as mais incertas- elas estavam ao meu lado, enxergando em mim o que nem eu conseguia ver. No que tange aos meus aprendizados, enfrentei muitas dificuldades: mudei de escola algumas vezes, repeti de ano algumas vezes, fui expulsa e até cheguei abandonar a escola. Mas, mesmo com todas essas dificuldades, elas sempre estiveram lá: sem julgamentos, passando por cima de diversos princípios sociais só para me verem feliz e realizada. Me emociono só de lembrar dos suportes que elas me ofereceram. Tudo que eu faço é pela gente. Obrigada *Momis*, por ter comemorado comigo cada nota 5 (cinco) que tirei na escola, por ter tentado incansavelmente, mesmo exausta de tanto trabalhar, ser a melhor mãe que eu poderia ter. Obrigada tia Belinhas, por ter me acolhido nos meus choros por não saber matemática básica e por nunca ter desistido de mim mesmo com todas as dificuldades que você enfrentou em sua vida. Amo vocês de tal maneira que não cabe em mim. Obrigada tia Carla, por ter me oferecido seu melhor, mesmo que não esteja mais presente, fico tão feliz quando me dizem que pareço com você. Felizmente, uma das minhas partes mais bonitas veio de você - e, é nela que você continua viva em mim.

Agradeço a você, Peú, por ser a melhor companhia que eu poderia ter. Sei que não teria chegado até aqui sem o seu apoio. Você conhece minhas maiores dores e, também, minhas maiores alegrias. É alguém que esteve ao meu lado em todos os momentos importantes. Vou te levar comigo sempre, com todo o carinho que eu puder oferecer.

Agradeço ao meu trio - Ana, Bia e Tai - por arrancarem de mim os melhores sorrisos durante a graduação. Carregarei para sempre nossas memórias, das videochamadas no ensino remoto aos momentos mais improváveis e divertidos, como quando jogamos futebol com um coco nas escadarias da UNEB. Foram esses instantes de leveza e amizade que tornaram essa jornada inesquecível.

Agradeço também aos professores que estiveram comigo nessa jornada: George, Mauricio, Patricia e Alexssandro, o suporte que vocês me deram durante as aulas foi o que me permitiu chegar até aqui. Obrigada minha orientadora, Cleide Magáli, por

ter aceitado embarcar nessa “viagem da loucura comigo”. Seu apoio e força me inspiraram a escrever esse trabalho.

RESUMO

Esta investigação tem como objetivo compreender de que forma a variável gênero pode ter influenciado nas internações de mulheres no Hospício São João de Deus, na década de 1920, na cidade de Salvador, Bahia. Para isso, busca-se apresentar, teoricamente, como se deu, de maneira histórica e social, a construção da loucura e suas atribuições ao sexo feminino. Pretende-se, ainda, identificar a influência do sexo e do gênero como fatores determinantes no processo de reclusão de mulheres, a partir da análise de relatórios do século XX. Os arquivos encontrados são de domínio público, ofertados pela Biblioteca Central do Estado da Bahia e pela Gazeta Médica da Bahia. Para a construção dessa análise, recorre-se a autores de distintas áreas do conhecimento que contribuem para a compreensão das temáticas abordadas.

Palavras-Chave: Loucura; Gênero e Loucura; Hospício São João de Deus; Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.

ABSTRACT

The aim of this research is to understand how the gender variable may have influenced the hospitalizations of women at the São João de Deus Hospice in the 1920s, in the city of Salvador, Bahia. To this end, it seeks to present, theoretically, how the construction of madness and its attributions to the female, historically and socially. It also aims to identify the influence of sex and gender as determining factors in the process of confinement of these women, based on an analysis of reports from the 20th century. The archives found are in the public domain, provided by the Central Library of the State of Bahia and the Gazeta Médica da Bahia. In order to construct this analysis, authors from different areas of knowledge were used to contribute to understanding the issues addressed.

Key words: *Madness; Gender and Madness; São João de Deus Hospice; Juliano Moreira Psychiatric Hospital.*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – DISCUTINDO CONCEITOS	14
1.1- Sobre o conceito de Gênero	14
1.2 - Sobre Loucura	17
1.3-Sobre Loucura e Mulheres	24
1.4 - Sobre Hospícios	28
CAPÍTULO 2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS	34
2.1- Sobre as escolhas técnicas	34
2.2- O processo investigativo	37
CAPÍTULO 3 – O HOSPÍCIO SÃO JOÃO DE DEUS, ATUAL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA (HJM), RETRATO DA LOUCURA NA BAHIA	38
3.1-História de um Hospício	38
3.2 - Estrutura	40
CAPÍTULO 4 – ARQUIVOS DA LOUCURA: MULHERES DO SÃO JOÃO DE DEUS	44
4.1 - Do Discurso Oficial, o Estado define quem é louco/louca	44
4.2 - Um Discurso Médico Científico em análise: as “Menções Especiais” segundo o Dr. Aristides Novis	46
4.2.1 - A Melancolia das pacientes A.A e M.S.A	48
4.2.2- A Psicose de T.G.N e J.M.C	50
4.3 - A confluência dos discursos: senso comum, estatal e científico: o caso de Josephina da Silva, a “doente do hospício”	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67

INTRODUÇÃO

Esta investigação propõe analisar a loucura e suas relações e atribuições ao gênero feminino, buscando compreender as implicações sociais desse processo na reclusão de mulheres no Hospício São João de Deus, posteriormente denominado Hospital Juliano Moreira, em Salvador, Bahia, por volta de 1920. Trata-se, portanto, de refletir sobre a loucura não apenas como uma categoria de ordem biológica, mas também como uma construção social permeada por normas de gênero e controle institucional

Essa problematização emerge a partir de diálogos com outras mulheres ao meu redor, nos quais muitas relataram já terem sido, em algum momento, associadas à loucura de alguma forma. Outro motivador para questionamentos, está relacionado a um fato ocorrido em 2023, quando estava caminhando na Avenida Joana Angélica em Salvador, uma moça, em situação de rua, aparentando cerca de quarenta (40) anos, me abordou e começou a contar sua história. De acordo com ela, havia acabado de sair da cadeia após esfaquear seu marido quarenta e sete (47) vezes, ao perguntar-lhe o que houve, ela relatou-me o motivo do homicídio: seu ex-marido estuprou a filha de oito (8) anos e ao chegar em casa e se deparar com a situação, sua reação foi quase instantânea. Presa em flagrante e levada ao Hospital Geral de Custódia, a moça relatou-me que o estigma de louca lhe é atribuído até os dias de hoje. Igualmente, a literatura contribuiu para a construção de uma problematização.

Assim, nota-se como a loucura pode ser considerada uma consequência, conforme a exposição dos sujeitos a determinadas situações, fazendo surgir uma pergunta de partida: para aquelas mulheres que ocupam espaço material da loucura (como os hospitais psiquiátricos), qual caminho levaram-nas a esse espaço?

É fundamental compreender que a loucura, enquanto construção social, atribui o rótulo de 'louco' a diferentes corpos atravessados por diversos marcadores sociais. Embora os homens também sejam afetados por esse estigma, este trabalho tem como foco principal a análise da experiência feminina nesse contexto.

Desse modo, esta pesquisa analisa as atribuições históricas acerca da loucura e suas associações ao gênero feminino, buscando compreender a

construção sócio-histórica do que é ser mulher em sociedade, suas atribuições de valores e obrigações enquanto fatores fundamentais na constituição de transtornos mentais para as mulheres.

Cabe ressaltar aqui que ocorreu uma possível lacuna histórica nos estudos psiquiátricos que não levaram em consideração o viés sociológico da loucura. A análise crítica perante as relações sociais são fundamentais para uma compreensão mais ampla do fenômeno.

Desse modo, a perspectiva sociológica torna-se fundamental para a análise da loucura, ao permitir a compreensão de diversos fatores, como o contexto social em que o sujeito está inserido, os mecanismos de reclusão, o funcionamento e controle exercido pela instituição, os processos de socialização dentro e fora do ambiente institucional, além de contribuir para uma compreensão mais ampla e crítica das análises clínicas realizadas pelas equipes médicas.

Nesse contexto, esta pesquisa busca compreender de que maneira a variável gênero influenciou as internações de mulheres no antigo Hospício São João de Deus, atual Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, localizado em Salvador, Bahia. Para isso, serão analisados documentos médicos históricos que evidenciam as interseções entre gênero e loucura. A investigação parte da seguinte pergunta: Como o gênero influenciou o processo de reclusão de mulheres no Hospício São João de Deus, em Salvador, durante a década de 1920?

Como objetivo geral, a investigação visa compreender como a variável Gênero (através de suas inúmeras expressões em realidade imposta às mulheres no convívio social, como: sexualidade, padrões de feminilidade e suas subjetividades) impactaram nas internações de mulheres no Hospício São João de Deus na década de 20, na cidade de Salvador-Bahia. Entre os objetivos específicos, pretende-se apresentar, do ponto de vista teórico, como a loucura foi construída social e historicamente, com ênfase em suas atribuições ao sexo e ao gênero feminino; identificar de que forma essas categorias influenciaram diretamente os processos de reclusão de mulheres, a partir da análise de relatórios médicos e institucionais; e, por fim, analisar as relações de causa e efeito envolvendo a reclusão dessas mulheres, destacando o gênero como uma possível variável central para a compreensão desse fenômeno.

Para tanto, se recorre aqui à autores de diferentes áreas de conhecimento no campo dos estudos de gênero: Duarte; Spinelli (2019); Brah (2006); Scott (1995)

dentre outros; sobre loucura: Pessotti (1994); Foucault (1972); Silva (2005) entre outros; sobre loucura e mulheres: Pegoraro e Caldana (2008); Zanello (2010) dentre outros; Já sobre os hospícios, são referências importantes Goffman (1974), Foucault (2002), Arbex (2019), entre outros autores que compõem o referencial teórico desta pesquisa.

Metodologicamente, a pesquisa foi realizada sob a ótica qualitativa devido seu caráter interpretativo e compreensivo das informações coletadas, O modo de investigação utilizado foi a Análise de Discurso e como fonte de Discursos, na investigação se recorreu à Análise Documental. Os arquivos encontrados são de domínio público, ofertados pela Biblioteca Central do Estado da Bahia e pela Gazeta Médica da Bahia. A coleta de dados foi realizada por meio da seleção de documentos a partir das palavras chaves: Manicômios; Hospícios; Loucura; Loucura na Bahia e Hospital Juliano Moreira. Os arquivos são datados do período de 1919 a 1921, do século XX.

O relatório que ora se apresenta está estruturado da seguinte forma: Introdução; Capítulo 1, em que são discutidos os conceitos teóricos que fundamentaram a investigação, como gênero, loucura e hospícios; Capítulo 2, no qual são apresentadas as opções metodológicas, incluindo o detalhamento da dinâmica de coleta de dados; Capítulo 3, que apresenta a história do hospício estudado ; Capítulo 4, no qual se realiza a análise dos dados coletados à luz dos referenciais teóricos adotados. Por fim, são apresentadas as considerações finais e as referências bibliográficas pertinentes.

CAPÍTULO 1 – DISCUTINDO CONCEITOS

1.1- Sobre o conceito de Gênero

Inicialmente, vale salientar que o debate em torno do conceito de gênero gerou, nas últimas décadas, uma vasta produção teórica abordada sob diferentes aspectos. Neste trabalho, contudo, o objetivo não é esgotar tal discussão, mas apropriar-se do conceito de forma situada, a fim de compreender o fenômeno investigado, especialmente no que tange à sua atribuição ao feminino.

Segundo Scott (1995, p. 72), gênero, na gramática, é uma maneira de classificar fenômenos a partir de convenções sociais. No que diz respeito ao conceito de “gênero”, sua aplicação às categorias de sexo teve origem nos estudos feministas norte-americanos. As pesquisadoras buscavam evidenciar as diferenças sociais entre os dois corpos, rejeitando o determinismo biológico. (Scott, 1995, p. 72)

Até pouco tempo, a maioria das sociedades definia os papéis de gênero com base nas diferenças corporais entre os indivíduos, tratando o sexo biológico como fator determinante. No entanto, o conceito de "gênero" passou a ser compreendido como uma categoria analítica fundamental para entender as dinâmicas sociais. O gênero pode ser compreendido enquanto uma construção histórica, social e comportamental, ou seja, ser homem ou mulher não é uma condição natural, mas uma categoria social. A identidade do indivíduo é moldada por diversos fatores simbólicos, materiais e culturais, e sua experiência social desempenha um papel central na construção da subjetividade de gênero

É necessário entender o sexo como constituinte da identidade do indivíduo, tanto em relação às práticas sociais como nas instituições (etnia, classe, nacionalidade, sexualidade). São as relações sociais que vão dar sentido ao feminino e ao masculino, através dos processos de socialização, auxiliando os sujeitos a procurarem seus lugares sociais, disposições, e a maneira de estar e ver o mundo. (Duarte; Spinelli, 2019,128)

Assim, sabe-se que Gênero pode ser compreendido enquanto uma categoria, um fenômeno sócio-histórico, articulado e definido nas mais diversas esferas sociais. Desse modo, Brah (2006, p. 341) destaca que ‘ser mulher’ dentro das estruturas

sociais não é apenas pertencer a um gênero, mas sim, a uma categoria. Joan Scott (1995) aponta essa categoria através das interseções entre poder, identidade e história na construção dos papéis de gênero. De acordo com Scott, as definições de gênero são paradigmas disciplinares. Existe uma série de condutas e técnicas utilizadas em prol da idealização dos comportamentos, das relações e das posturas sociais das mulheres e dos homens

Gênero é a organização social da diferença sexual. Mas isso não significa que o gênero reflita ou produza diferenças físicas fixas e naturais entre mulheres e homens; mas propriamente, o gênero é o conhecimento que estabelece significados para diferenças corporais. (...) Não podemos ver as diferenças sexuais a não ser como uma função de nosso conhecimento sobre o corpo, e esse conhecimento era puro, não pode ser isolado de sua implicação num amplo espectro de contextos discursivos. (Scott, 1994, p.2).

As atribuições históricas da sociedade ocidental em relação às mulheres giram em torno da noção de feminilidade, associando-as a características como leveza, docilidade, gentileza e pacificação. Historicamente, a normalidade foi atribuída ao sexo masculino, enquanto à mulher foi reservado o lugar do “outro”, do segundo (Beauvoir, 1970). Por ser posta como o segundo sexo, a mulher justifica-se a si mesmo meramente como mulher. Foi-lhe retirado o direito à subjetividade associando-a meramente ao estereótipo de gênero (Beauvoir, 1970, p.9). A verticalidade do conhecimento, apontada por Beauvoir, evidencia a valorização da superioridade do saber masculino, frequentemente tomado como uma verdade absoluta, inclusive no que diz respeito à definição da posição social da mulher e seu estado. Segundo Beauvoir (1970), a mulher sempre foi tratada como o “outro”, como o segundo sexo, e essas diferenças são produzidas e mantidas no âmbito social e cultural.

Através do viés etnocêntrico, o “outro” pode ser compreendido enquanto inferior, passivo de julgamento moral, enquanto o “meu” é aceitável e superior (Rocha, 1988, p.5). A ideia social do “eu/ meu” foi construída a partir do molde europeu, onde se tem o homem, branco, hétero, sem deficiência como o modelo ideal universal. Consequentemente, todos os que não se enquadram nesse padrão passam a ser posicionados como o “outro”, isto é, como aquele que é diferente, desviante ou inferior ao ideal. A padronização cultural estabelece normas baseadas em expectativas comportamentais atribuídas a determinados corpos. Assim,

comportamentos que fogem dessas expectativas tendem a ser interpretados como uma “deformação social”.

No que tange o gênero, os estudos ocidentais dos séculos XVIII e XX, apoiados nos avanços científicos da época, declaram uma padronização dos comportamentos eleitos enquanto universal. Contudo, a partir de estudos oferecidos pelas Ciências Sociais, compreende-se a sociedade e a cultura como elementos formadores destas características.

Mead (2003) analisa diferentes sociedades em que os comportamentos atribuídos a homens e mulheres se mostraram semelhantes. Entre os Mundugumor, por exemplo, ambos os gêneros apresentavam uma postura combativa, enquanto entre os Arapesh, o comportamento comum era a gentileza. Esses exemplos demonstram que os comportamentos de gênero não são universais, mas sim construções contextuais.

Em acentuado contraste com tais atitudes, verificamos, em meio aos Mundugumor, que homens e mulheres se desenvolviam como indivíduos implacáveis, agressivos e positivamente sexuais, com um mínimo de aspectos carinhosos e maternais em sua personalidade. Homens e mulheres aproximavam-se bastante de um tipo de personalidade que, em nossa cultura, só iríamos encontrar num homem indisciplinado e extremamente violento. Nem os Arapesh nem os Mundugumor tiram proveito de um contraste entre os sexos; o ideal Arapesh é o homem dócil e suscetível, casado com uma mulher dócil suscetível; o ideal Mundugumor é o homem violento e agressivo, casado com uma mulher também violenta e agressiva. (Mead, 2000, p.267-268)

Já no livro *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, Engels (2020) destaca as diferenças nas posições sociais das mulheres entre sociedades consideradas “bárbaras” - nas quais mulheres desfrutam da maior igualdade no âmbito do trabalho – e a condição da mulher “civilizada” europeia, cuja posição social é demarcada como inferior nesse aspecto

Povos nos quais as mulheres se veem obrigadas a trabalhar muito mais do que lhes caberia, segundo nossa concepção, têm frequentemente muito mais consideração real por elas que os nossos europeus. A senhora civilizada, cercada de falsas homenagens e alheia a todo trabalho efetivo, tem uma posição social infinitamente inferior à da mulher bárbara, que trabalha duramente e, no seio do seu povo, colhe o respeito como uma verdadeira dama (lady, frowa, frau = senhora) sendo-o também de fato por sua própria posição. (Engels, 2020, p.70-71)

Historicamente, uma série de estudos foram produzidos com o objetivo de compreender o corpo feminino a partir de diversas categorias como, sexualidade, tristeza e raiva. Nesse contexto, a loucura pode ter sido um dos meios para se compreender a ruptura feminina da sua suposta natureza essencial. Consolida-se, então, um campo de estudo psíquico, a loucura, que passa a representar o desvio da mulher em relação ao ideal de docilidade e submissão socialmente esperado. Dessa forma, a loucura pode ser interpretada como uma incoerência diante do comportamento considerado apropriado para as mulheres.

1.2 - Sobre Loucura

A loucura não pode ser considerada um modelo absoluto de todos os períodos, suas variações históricas lhe atribuíram diversas conotações. Ela assume novas compreensões no decorrer dos anos e das culturas, e pode, assim, ser avaliada por diferentes prismas e por diferentes áreas de conhecimento.

No século II d.C. a loucura assume três (3) perspectivas: intervenção dos deuses; conflitos do homem e disfunção causada por eventos (Pessotti, 1994, p. 78)

Nas três concepções a loucura apresenta-se em duas espécies ou formas, a agitada ou furiosa (possivelmente homicida) e a triste e medrosa. Essas duas formas recebem, já em textos a.C, os nomes de mania e melancolia (Pessotti, 1994, p. 78)

Por sua vez, na Idade Média (período da história que se estendeu do século V ao século XV), a religião atribui a loucura um caráter demoníaco. Pessotti (1994), aponta a concretização da loucura na idade média enquanto uma concepção estruturante da igreja católica, servindo como base na doutrina do cristianismo e no combate à heresia. A idealização de demônios e a possessão diabólica eram marcos fundamentais a serem atribuídos a comportamentos desviantes no período, traços como melancolia e tristeza eram considerados características da possessão demoníaca ou feitiçaria das bruxas:

[...]Como o discurso e o comportamento de maníacos, melancólicos histéricos e paranoicos são, via de regra, incomuns tornam-se quase inevitável a atribuição dessas condutas a poderes demoníacos ou mesmo a possessão do louco pelo demônio (Pessotti, 1994, p. 89-90).

A partir do século XVIII, a loucura tornou-se um dos campos mais investigados. Possivelmente, esse interesse crescente esteve relacionado a dois fatores: (I) o aumento populacional, que contribuiu para a maior visibilidade e frequência de casos classificados como loucura e (II) a crescente intensificação da valorização do conhecimento científico, a partir da valorização da racionalidade

Em 1787, encontra 600 loucas, e La Rochefoucauld-Liancourt, 550. O movimento é mais ou menos o mesmo em Bicêtre: em 1726, há 132 "loucos, violentos e inocentes". Em 1789, há 187 homens encerrados em Saint-Prix, que é o lugar reservado aos loucos (Foucault, 1972, p.417)

Os dados quantitativos crescentes durante esse período, podem ser verificados também pelo aumento das casas e dos asilos de reclusão. Durante o séc. XVIII a loucura passa a ser um elemento associado ao medo tanto de ser como de se conviver (Foucault, 1972), sugerindo assim, o isolamento desses indivíduos, atribuindo ao fenômeno a perspectiva da doença.

Durante o séc. XVIII, surgiram os grandes movimentos reflexivos à luz da ciência. Somando-se a Medicina (psiquiatria) contribuições de inúmeras áreas de conhecimento para o debate sobre loucura, tais como: antropologia, sociologia, filosofia política dentre outras. De tal modo, a conceitualização da loucura passou por diversas características. Entre os séculos XVIII e XX, alguns dos principais nomes nos estudos da loucura são: Pinel (1745-1826), este, contribuiu para o que se chama de Alienismo. Pinel apresenta a perspectiva iluminista da loucura, demonstrando que ela deveria ser analisada pela ótica do iluminismo/ciência, e não meramente religioso, em contraposição às interpretações predominantemente religiosas que prevaleciam naquele período. O psiquiatra contribui com a categorização dos sintomas como mania, melancolia, delírio e demência.

Decorrente de Pinel, outro psiquiatra fundamental para esta nova fase da compreensão da loucura, foi Esquirol (1772-1840) definindo-a enquanto uma característica comportamental. Esquirol apresenta as mudanças sócio-históricas enquanto um dos fatores de mudança comportamento nos sujeitos: a sociedade passa a ser umas das responsáveis na construção da loucura do homem

Para Esquirol, assim como para sua geração de alienistas, o problema não seria o progresso nem a civilização, mas os excessos aos quais estava exposto o homem moderno, participante ativo de uma realidade cuja complexidade aumentava a cada dia. O ritmo acelerado dos novos tempos impressionava os sentidos, afetando o organismo, levando o homem moderno a uma maior atividade tanto física quanto intelectual, o que sobrecarrega o organismo e desequilibrava suas funções (Silva, 2005, p.21)

Um outro nome de destaque é Emil Kraepelin (1856–1926), considerado o pai da nosologia psiquiátrica (Sampaio; Neto, 2018), o médico alemão associava a loucura a disfunções do sistema nervoso, atribuindo a loucura, assim, uma natureza biológica. Para Kraepelin, os transtornos mentais poderiam ser compreendidos a partir de uma perspectiva médica, baseada na observação clínica e na evolução dos sintomas (Silva, 2005)

O desenvolvimento da teoria organicista significou também o surgimento, na psiquiatria, da tradição alemã representada por Emil Kraepelin, neurofisiologista alemão para quem as manifestações psicológicas da doença mental eram apenas úteis para a classificação das doenças, visto que era no sistema nervoso e seu metabolismo que deveriam ser buscadas as suas causas. (Silva, 2005. p. 26)

O organicismo do século XIX incorpora a loucura sintomas associados a lesões cognitivas e físicas, sendo necessário que fosse analisada a partir da perspectiva da medicina patológica e hereditária. Um nome significativo nesse processo foi o de Bénédict Morel (1809-1973), o psiquiatra defendia a teoria da degenerescência, cujo via a loucura enquanto um desvio patológico transmitido de maneira hereditária. (Silva, 2005. p. 2).

A partir dessa perspectiva, naquele período, observou-se um aumento significativo no número de pessoas internadas em instituições como hospitais, hospícios e asilos, uma vez que a psiquiatria passou a associar a loucura tanto a indivíduos com deficiências¹ quanto àqueles que apresentavam comportamentos considerados moralmente desviantes

A psiquiatria volta-se para dentro da sociedade para combater a degeneração que ela mesma gerara, reivindicando o papel vigilante das

¹ Se faz necessário salientar, que, por deficiência também compreende-se sua constituição enquanto fenômeno social, uma vez que, segundo Diniz (2007), a deficiência não se resume à ideia de limitações físicas ou cognitivas do indivíduo, mas se constitui também na relação entre um corpo diverso e uma sociedade excludente: “*a experiência da deficiência não era resultado de suas lesões, mas do ambiente social hostil à diversidade física*” (Diniz, 2007, p.15)

fronteiras entre sanidade e loucura e guardião da sociedade contra toda forma de contaminação (Silva, 2005, p.29)

Uma das principais concepções da loucura é o fenômeno de individualização, onde a loucura parte da particularidade do sujeito. O título de doença individual, atribuído pelo senso comum à loucura, pode fortalecer um sistema individualista que atribui aos sujeitos uma espécie de defeito próprio

O que é designado nessas fórmulas não são doenças, mas formas de loucura que seriam percebidas como o extremo de defeitos. Como se, no internamento, a sensibilidade à loucura não fosse autônoma, mas ligada a uma certa ordem moral onde ela só aparece a título de perturbação. (Foucault, 1975. p.151)

Breton (2020, p. 142) definiu o pensamento científico ocidental como construtor do senso comum. Essa corrente de pensamento é responsável por trivializar as emoções, construindo uma oposição entre “razão” e “emoção”. A emoção que sobressai à racionalidade pode ser interpretada como fracasso ou descontrole, uma quebra diante os processos intelectuais, sendo, assim, passível de julgamento moral e reparação.

O ato de falar e ouvir vozes sozinho, por exemplo, pode ser considerado em determinadas culturas como contato com o divino, com o universo espiritual, já para a sociedade ocidental, o DSM- 5, aponta:

Alucinações auditivas costumam ser vividas como vozes, familiares ou não, percebidas como diferentes dos próprios pensamentos do indivíduo. As alucinações devem ocorrer no contexto de um sensorio sem alterações; as que ocorrem ao adormecer (hipnagógicas) ou ao acordar (hipnopômicas) são consideradas como pertencentes ao âmbito das experiências normais. Em alguns contextos culturais, alucinações podem ser elemento normal de experiências religiosas. (DSM-V, p.87-88)

De tal modo, *“a comunidade social identifica, classifica e julga os estados afetivos de acordo com sua conformidade implícita aos comportamentos em diferentes situações”* (Breton,2020, p. 182). Segundo Rocha (1988,p.8), a figura do “louco” pode ser representada por uma série de interpretações, sendo, historicamente, exaltado e/ou torturado. Rocha exemplifica a expressão “você é muito louco” como um termo passível de diferentes significados, podendo assumir uma conotação tanto positiva quanto negativa. Isso demonstra que a loucura é um

fenômeno cuja compreensão pode ser associada às construções sociais e culturais, variável diante o contexto. [OBJ]

Segundo Frayzer (1985, p. 29), existem modelos sociais da loucura, onde o processo de enlouquecimento não é pessoal, mas sim cultural. Ou seja, fica a critério das sociedades classificar o estado dos sujeitos a partir de suas esferas cabíveis, recorrendo à construção de regras baseadas nos valores e na ideia de organização social. Surge, assim, a conceitualização de sujeitos atípicos à ordem, socialmente atribuída a indivíduos que não se adaptam às normas morais de determinada sociedade

Ao criar um conceito de loucura impreciso ela passa a incluir diferentes seguimentos em seu rol de suspeitos, incluindo diversos tipos de degenerados alcoólicos, negros, prostitutas, homossexuais, anarquistas, imigrantes, criminosos etc. Ela engloba rebeldes e alguns filhos da burguesia que estavam em menor escala nos asilos. Alguns setores da elite, especialmente intelectuais e artistas mereceram uma atenção especial do alienismo que os nomeou de degenerados superiores. (Gomes, M.2019 p.167)

A concepção de loucura pode ser compreendida enquanto uma categoria submetida a alguém. Mead (2000, p.278) aponta duas características de desajustados sociais: os que possuem características fisiológicas, que carregam consigo atributos físicos divergentes do esperado para os meios do trabalho, e o neurótico social, o sujeito cujo não compartilha os padrões comportamentais sociais

Na medida em que uma cultura é integrada e definida em seus objetivos, intransigente em suas preferências morais e espirituais, nesta mesma medida condena alguns de seus membros - membros apenas por nascimento - a viver alheios a ela, na melhor das hipóteses em perplexidade e no pior dos casos numa rebelião que pode dar em loucura. Tornou-se moda agrupar todos aqueles que não aceitam a norma cultural como neuróticos, indivíduos alienados da "realidade" (isto é, das soluções atuais de sua própria sociedade) para o conforto ou inspiração de situações fantasiosas, refugiando-se em alguma filosofia transcendente, na arte, no radicalismo político ou, simplesmente, na inversão sexual ou outra qualquer idiosincrasia elaborada de comportamento - vegetarianismo ou uso de cilício. O neurótico é, ademais, considerado imaturo; não cresceu o suficiente para compreender as motivações obviamente realistas e louváveis de sua própria sociedade.

O psiquiatra Frantz Fanon (1968) argumenta que contextos de intensa opressão social e política criam condições ideais para o desenvolvimento de

patologias mentais, revelando como a violência pode adoecer a psique dos indivíduos e/ou o coletivo

No período de colonização não contestada pela luta armada, quando a soma de excitação nocivas ultrapassa um certo limite, as posições defensivas dos colonizados desmoronam, e estes últimos se vêem então em grande número nos hospitais psiquiátricos. Há, portanto, nesse período calmo de colonização vitoriosa uma regular, e importante patologia mental produzida diretamente pela opressão (Fanon, 1968, p.212)

A partir dessa interpretação, Fanon aponta o colonialismo como um dos fenômenos marcantes na construção de uma mentalidade social, incluindo a da loucura. Determinados contextos, como o da Guerra da Argélia, apresentada por Fanon (1968 p. 249), são capazes de multiplicar as “perturbações mentais”. O colonialismo não opera somente através da luta armada, ele ocorre também através da imposição simbólica, na desumanização dos sujeitos e na construção da internalização da inferioridade, produzindo sofrimento psicológico e social ao oprimido.

Contemporaneamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) reconhece que a saúde mental é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nesse contexto, as atribuições e expectativas sociais relacionadas ao gênero feminino podem ser determinantes, uma vez que as mulheres tendem a apresentar níveis mais elevados de sofrimento psíquico em comparação aos homens - que, por sua vez, são maioria nos casos de abuso de álcool e outras drogas.

Desagregando os dados por sexo, verificou-se que independentemente do ano em análise mulheres referiram diagnóstico de depressão com aproximadamente 2,8 vezes mais frequência do que os homens. Outrossim, comparando-se os anos de 2013 e 2019, a proporção dos que reportaram diagnóstico de depressão aumentou ligeiramente mais entre as mulheres (35%) do que entre os homens (31%) (Observatório Nacional da Família,2022. p.4)

A depressão, por exemplo, um dos principais sofrimentos psíquicos diagnosticados, é 2,8 mais frequente em mulheres do que em homens. Assim, neste contexto, a loucura tida como moral e comportamental pode ser analisada pela ótica das relações de gênero. O louco, muitas vezes, parte do caráter da moralidade e

consiste nas divergências do sujeito contra os valores de uma determinada cultura, são as divergências comportamentais e morais que definem este tipo de loucura

Os estereótipos sustentam a desigualdade e relação de poder hierárquica entre os gêneros. Além disso, reafirmam os valores sociais e constituem espaço privilegiado na formação identitária das pessoas de uma sociedade: pessoas que não se adaptam aos estereótipos de gênero são consideradas anômalas, marginalizadas. (Zanello, 2000, p. 6)

Desse modo,

Talvez sem definição precisa, mas que se opõe à doença mental, conceito construído pela psiquiatria que reduz a complexidade daquela concepção mais geral, inespecífica, inexplicável em sua totalidade, que é a de loucura, e que a reduz a apenas um distúrbio biológico ou psicossocial (ou ambos). Então a loucura se refere a esta experiência humana de estar no mundo de uma forma diversa daquela que o homem, ideológica e idealisticamente, considera como normal. E louco é o sujeito destas vivências (“erlebenis”) e destas experiências. (Depoimento pessoal. Paulo Amarante, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ)

Assim, a etiqueta da loucura tende a ser associada a corpos dissidentes, que perpassam por atribuições de gênero, raça, sexualidade e outros marcadores sociais que vão de contra as normas estruturais de uma sociedade. A patologização e o adoecimento de determinadas camadas sociais pode ser visto como um possível controle social, pois deslegitima determinados argumentos, desorganiza comunidades e individualiza os sujeitos, retirando-lhe do espaço social de direito. A partir desta associação, torna-se necessário compreender o caráter social da loucura: ela não é regida por um consenso universal, mas sim, determinada por normas e valores da cultura que a interpreta.

1.3-Sobre Loucura e Mulheres

O caráter subjetivo da loucura perpassa diversas concepções, dentre elas, a do sexo e gênero.

No Egito Antigo, atribuía-se às mulheres características malignas com base na sua anatomia. O reducionismo biológico da época associava a estrutura corporal

feminina a uma suposta predisposição a comportamentos demoníacos. Pegoraro e Caldana, (2008) apontam:

[...] registros que remontam ao Egito Antigo atribuíam ao interior do corpo da mulher uma condição de malignidade, pela presença do útero e pelas particularidades desse órgão, que, ao deslocar-se pelo corpo, produziria sintomas semelhantes aos atribuídos ao quadro atual de histeria (Pegoraro e Caldana, 2008, p.84-5)

Na idade Média, referente às mulheres, a bruxaria foi uma característica recorrente: *“Tertuliano avança mais e propõe a ideia de que o demônio ensina magias às mulheres, tentam os homens ao pecado e deve ser combatida com exorcismo”* (Pessotti, 1994, p. 85). De tal modo, um dos tratamentos mais utilizados na época era o exorcismo (Pessotti, 1994, p. 113).

Em diversos contextos, a loucura tem sido amplamente associada à feminilidade, conceitos como o de histeria, por exemplo, ganharam grande notoriedade no século XIX. Segundo Schmitz (2021,p. 227), a histeria foi um dos elementos primordiais no processo da psiquiatrização da mulher dita histérica. Associada, historicamente, à loucura, a constituição da ideia de histeria é atravessada por múltiplos fatores, como: a sexualidade, a melancolia e supostos distúrbios no útero (Schmitz,2021. p. 228). Acreditava-se que o útero da mulher possuía uma vida própria, onde este, era responsável pelo controle cerebral das mulheres

Segundo tal visão, o útero sendo um organismo vivo possuía vapores que naturalmente desciam para os órgãos sexuais durante as relações sexuais. Caso a mulher se encontrasse em abstinência, por qualquer motivo, tais vapores subiam num fluxo para o cérebro, provocando os ataques histéricos, espasmos e contorções. O homem, por sua vez, estaria mais livre de tal mal, por possuir vapores mais voláteis. (Schmitz,2021, p. 229).

Zanello (2010) destaca a associação histórica entre os transtornos mentais e mulheres, atribuída, em grande parte, sobre uma visão reducionista da biologia feminina. Essa perspectiva naturaliza a ideia de que o corpo da mulher, por sua própria constituição, seria mais suscetível a desequilíbrios psíquicos. Segundo a autora, essa biologização da loucura feminina pode ter operado como uma estratégia de controle e silenciamento, inserindo o corpo da mulher em um sistema que patologiza comportamentos que fogem às expectativas de gênero

Em outras palavras, a mulher é vista como um corpo, como era a própria histeria, na época de Hipócrates, compreendida como o resultado de um útero que vagava no ventre das mulheres e produzia crises. Este é hoje o modelo hegemônico de compreensão dos transtornos mentais (Zanello, 2010. p.309)

Desse modo, Zanello indica que a atribuição histórica da loucura à mulher ocorre de maneira a desequilibrar o corpo feminino: um corpo desregulado socialmente *“Nesta perspectiva, mais do que consequência de um corpo desregulado, o sofrimento psíquico seria compreendido como resultado de condições e papéis sociais, de relações de gênero e da pressão disso sobre o sujeito.”* (Zanello,2010, p.310). Deste modo, nota-se a influência dos papéis de gênero no campo da saúde biopsicossocial

Assim, a perspectiva sócio-histórica busca explicar a loucura, enquanto sintoma da nossa cultura, enfatizando fatores de risco no campo social que interferem na “quebra” psíquica, entre eles o gênero (desigualdades nas relações de gênero). (Zanello, 2012, p.4)

Foi assim, que nos hospícios no séc. XIX, as mulheres representaram a maior parte das internações, não apenas na presença, mas, também na permanência (Silva, 2005), dentre as principais causas, a associação da mulher à histeria, o nervosismo e a raiva

Enquanto o alienismo ainda tateava entre as teorias organicistas e vitalistas a respeito das causas da doença mental, no caso da mulher já parecia ter sido encontrada: o problema estava no seu corpo, no sistema nervoso diretamente ligado a um sistema reprodutivo que vivia em constante transformação (Silva, 2005, p. 86-87)

Quanto às mulheres, por exemplo, os transtornos de humor e ansiedade frequentemente mais associados a elas são explicados em função de seu ciclo reprodutivo, da existência de hormônios no corpo feminino que exercem influência sobre seu humor (Andrade, Viana e Silveira,2006). Desta forma, a perspectiva biologizante reduz o ser da mulher ao corpo. (Zanello,2012, p.4)

No século XIX, Durkheim apresenta que nos hospícios, havia uma alta predominância da população feminina nas instituições. Segundo o autor

Todas as estatísticas mostram que, nos asilos de alienados, a população feminina é ligeiramente superior à população masculina. A relação varia conforme os países, mas, como mostra o quadro que se segue, ela é, em geral, de 54 ou 55 mulheres para 46 ou 45 homens (Durkheim, 2000, p. 50)

Contudo, no que tange aos indícios de morte e suicídio, os papéis se invertem, com uma maior predominância entre os homens. No período, nota-se que apesar dessas enfermidades serem mais presentes no sexo masculino, ocorre um fenômeno de maior internação das mulheres em diversos países. Essa discrepância sugere a existência de critérios diferenciados na identificação e no tratamento da loucura, possivelmente atravessados por construções sociais de gênero e pelo controle disciplinar do corpo feminino.

Em diversos contextos, os fatores sociais aos quais as mulheres estão expostas não são considerados como determinantes no desencadeamento da loucura. Essas experiências, marcadas por desigualdades de gênero, violências e opressões, tendem a ser negligenciadas em análises que defendem a individualidade e/ou organicismo.

No século XX, um exemplo marcante é o caso de Sueli, apresentado pela autora Débora Arbex, em 2019, no livro “*O Holocausto Brasileiro*”. Sueli, mulher epiléptica que aos sete (7) anos precisou se prostituir em troca de comida, foi colocada no manicômio de Barbacena, em Minas Gerais, deixando-o apenas em 2006, após seu falecimento

A história de Sueli no Colônia foi pintada com cores fortes. Ela devolveu com violência toda a crueldade que sofreu. Agiu sem piedade consigo mesma e com os outros. Arrancou a orelha de muitos pacientes, Elzinha foi uma de suas vítimas, e se mutilou. Usou grampos para ferir os pulsos, enfiou cabo de vassoura na vagina, arrancou o próprio dente. A cada sessão de choque que tomava, espalhava o mesmo terror que lhe havia sido imposto. O comportamento dela rendeu muita represália. Foi espancada várias vezes, inclusive pelas colegas de pavilhão, e colocada nua na cela, apesar do frio que cortava a pele. (Arbex, 2019, p.128)

A trajetória de Sueli no Hospital, descrita por Arbex (2019) revela como a violência em uma instituição pode moldar as subjetividades dos sujeitos, podendo transformar vítimas em agentes da mesma crueldade que sofreram. Sueli respondeu com agressividade o terror que marcou sua vida, intensificado pela violência da instituição manicomial. Sua violência e os ataques a outros internos são manifestações de um sofrimento psíquico que possivelmente não foi acolhido, apenas punido. A resposta da instituição ao seu comportamento foi ainda mais

violenta: espancamentos, nudez forçada e confinamento, demonstrando o processo de desumanização do tratamento às mulheres rotuladas como “loucas”.

Como definido, do Egito à Idade Média, até a contemporaneidade a mulher é um dos principais focos da norma subjetiva da loucura. Mesmo com seu caráter polissêmico, a loucura tende a ser associada ao corpo feminino. Ainda hoje, o estado mental ou físico de uma mulher é socialmente associado à conjectura anatômica feminina: “*Tá de TPM?*”, “*deve tá naqueles dias*”, “*mulher é tudo maluca*”, “*mulher é tudo bipolar*” o corpo da mulher tende ser resumido a suas divergências ao corpo masculino

Está claro que os corpos são afetados por processos sociais. O modo como nosso corpo cresce e funciona é influenciado pela distribuição de comida, costumes sociais, guerras, trabalho, esporte, urbanização, educação e medicina, para citar apenas as influências mais óbvias. Todas as influências são estruturadas pelo gênero. Então, não podemos pensar nos arranjos sociais de gênero como mero efeito que flui de propriedades do corpo. Eles também precedem o corpo formando as condições em que este se desenvolve e vive (Connel e Pearse, 2015, p. 93)

Estas expressões coloquiais atribuem ao feminino uma deficiência social refém da suposta natureza feminina. Magali Engel (2001) define algumas das características femininas que associaram as mulheres a loucura, dentre elas, a maternidade/ descontentamento com a maternidade e o puerpério; a menstruação e suas mudanças comportamentais e a sexualidade, que por sua vez, pode ser considerada exacerbada, o oposto da normalidade masculina neste último caso. Nos três casos citados acima, o fisiológico é demarcado como o elemento responsável pelo controle psíquico da mulher. Dessa forma, a loucura atribuída às mulheres deixa de ser apenas uma categoria médica e passa assumir uma possível moralidade social e política. Nesse contexto, ela pode se transformar em um instrumento de controle sobre o comportamento feminino.

1.4 - Sobre Hospícios

Segundo Foucault (1974–1975), entre os séculos XVII e XVIII consolidaram-se instituições voltadas ao controle e à normalização dos indivíduos que não se adequavam ao modelo ideal de humanidade, seja do ponto de vista biológico, seja sob a ótica social. Essas instituições passaram a operar como

mecanismos de regulação dos corpos e das condutas, estabelecendo critérios de normalidade e marginalizando aqueles que deles se desviavam. Esses indivíduos - como os cegos, surdos, pessoas consideradas "imbecis", "retardadas", "nervosas" ou "desequilibradas", passaram a ser classificados como problemas a serem corrigidos (Foucault, 2002, p. 416). Dessa forma, uma série de métodos considerados científicos à época, como o choque cardiazólico, a insulinoaterapia, a leucotomia, a eletroconvulsoterapia, além de práticas coercitivas como a tortura psicológica e o uso de lençóis de contenção, popularmente conhecidos como "camisas de força" - emergiram como técnicas de disciplina dos indivíduos. Tais intervenções não se limitavam ao tratamento de doenças ou transtornos mentais, mas também eram aplicadas àqueles que se desviavam das normas morais e comportamentais vigentes em determinada época e contexto sociocultural.

Estudos apontam que os primeiros hospitais e asilos surgiram no Oriente, no século VII, marcando o início das instituições voltadas ao controle de condutas que divergiam dos comportamentos socialmente desejados

Provavelmente na cidade de Fez no Marrocos. Já no século XII são encontrados em Bagdá e no século XIII no Cairo. Foi a ocupação árabe na Espanha que influenciou a criação dos primeiros hospícios na Espanha. Os mais antigos da Europa foram criados no século XV, em Valência 1409 e em Saragoça em 1425 e no século XVII os hospícios irão se proliferar em toda a Europa abrigando loucos e outros seres marginalizados. (Gomes,2019. p. 165)

Foi, contudo, no século XIX que os manicômios alcançaram seu auge em relevância. Consolidando-se como o núcleo da medicina psiquiátrica oitocentista, esses espaços eram privilegiados para estudos e experimentações científicas (Pessotti, 1996). A partir do século XVIII, com a valorização da racionalidade, a loucura passou a ser um dos focos de estudo, o que contribuiu para o surgimento e a multiplicação dessas instituições ao redor do mundo.

Segundo Goffman, uma das principais características dos manicômios é quebrar os ciclos da vida (Goffman,1974). Considerando que um dos aspectos das vivências sociais se manifestam nas múltiplas esferas e territórios, as vivências e o cotidiano se constituem em variados espaços

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura

das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. (Goffman, 1974, p.17)

No séc. XIX observa-se uma intensificação no processo de consolidação das instituições de reclusão, que passaram a desempenhar um papel central na gestão dos corpos e comportamentos considerados desviantes da norma social (Pessotti, 1996). Goffman (1974) define esses espaços enquanto ‘Instituição Totais’, marcadas pela reclusão do tempo, espaço e interesse dos sujeitos, esses espaços caracterizam-se como determinantes na reclusão daqueles que apresentam possíveis ameaças à ordem social ou transgressores de condutas morais. São elas: Sanatórios, prisões e asilos.

Em instituições como asilos e hospícios, em diversos países, as mulheres formam a maior porcentagem de vítimas dos procedimentos realizados. Toledo (2022) apresenta pesquisas quantitativas realizadas na França, Bélgica, Suíça e Estados Unidos entre 1935 e 1985, onde mostram que oitenta e cinco por cento (85%) das cirurgias foram realizadas em mulheres. Os principais diagnósticos dados na época foram de: esquizofrenia, epilepsia, personalidade psicopática e “debilidade” .

No Brasil, essa realidade também se repete. De acordo com uma pesquisa realizada no Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, Toledo (2022) aponta que, até 1949, das setecentas (700) cirurgias realizadas no período, a grande maioria foi realizada em mulheres. Segundo Toledo, os relatos médicos, apresentavam uma preocupação com os comportamentos femininos, como a agressividade e a sexualidade, podendo ser caracterizadas por uma patologia moral (Toledo, 2022).

Segundo Magali Engel (2001, p. 339) alguns outros métodos de tortura utilizados no século XIX tinham como propósito controlar a sexualidade feminina, dentre eles a mutilação do clitóris e a inserção de gelo nas vaginas.

Assim, esses dados indicam como os elementos socioculturais associados às mulheres as expõem a diversas técnicas de condicionamento, que utilizam múltiplos recursos com o objetivo de promover um possível controle social. Nina Rodrigues (1939) menciona variações nas supostas causas que justificaram o internamento dessas pessoas, apontando fatores como raça, histeria e religiosidade como características fortemente presentes nas chamadas enfermidades

São variadíssimos os casos de insanidade mental, sejam eles decorrentes de deficiência ou perversão psíquica, que criam a incapacidade civil. Para a loucura devem o código adotar uma designação genérica a qual se aplique todos os casos de alienação. No entanto, seria um engano pensar que podem ser abrangidos no domínio da loucura todos os casos de insanidade mental que podem afetar a incapacidade civil. Existem muitos casos de insanidade, nos quais os grupos da loucura são apenas uma parcela. Como exemplo de invalidez mental pode-se coitar a imbecilidade e a idiota, a paixão, a embriaguez e a sensibilidade, além dos estados hipnóticos e sonambúlicos (Rodrigues, 1939, p 20-21)

No que se refere às mulheres no século XIX, Rodrigues (1899) associa a loucura a uma série de traços considerados sinais de degeneração, como a melancolia, o ciúme, a histeria, a rebeldia e a mestiçagem. Tais características eram vistas como potenciais causas da loucura, evidenciando a forte influência de construções morais, sociais e raciais nas interpretações médicas da época.

Além dos fatores citados acima, Maria Clementina (1986) relata a sexualidade, maternidade, desejo de liberdade como fatores determinantes para a internação das mulheres ao evocar a história de Antônia, jovem parda de 22 anos, internada em 1918 por usar trajes masculinos e viajar sozinha.

Assim, ao contrário dos homens, as mulheres são quase sempre internadas no Juquery por alegados distúrbios relativos sobretudo ao espaço que lhes coube na definição de papéis sexuais e sociais – a esfera privada. Na verdade, as regras do comportamento das mulheres estavam, desde um amplo processo de elaboração de uma imagem feminina ideal, apenas relacionadas à esfera corporal e familiar: boas mães, boas filhas, boas esposas (Maria Clementina, 1986, P.219-220)

Arbex (2019, p.14) aponta que o internamento nas instituições manicomiais deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial, resultado da interação complexa de diversas causas. Não se limita a uma explicação simplista, mas, refere-se a um conjunto amplo de fatores que podem incluir aspectos sociais, psicológicos, econômicos e institucionais

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelavam, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento (Arbex, 2019, p.14)

Os relatos são de homens, mulheres e crianças expostas a situações não humanas no Hospital Colônia de Barbacena. Situações de violência tão extrema, que levava a população interna a se alimentar de ratos, esgoto e urina (Arbex, 2019, p.14).

No século XX, segundo Kinker (2012), um dos principais períodos que alimentaram as instituições manicomiais no Brasil e na América do Sul foram as ditaduras. Espaços como os manicômios eram demarcados como locais propícios para o internamento de pessoas desviantes. Podia ser construído o estigma da loucura àqueles considerados contestadores no Estado vigente:

Há também investigações sobre a lógica da violência de Estado e a dissimulação dos direitos humanos e o uso dos manicômios para esses fins. Duas publicações recentes apontam mais explicitamente para o papel dos manicômios durante a Ditadura Militar: uma reportagem do UOL de 2021 e uma dissertação de mestrado de 2019, que discutem, cada uma a seu modo, as formas como os manicômios foram utilizados pelas forças militares. O texto jornalístico ao qual faço menção é de autoria de Amanda Rossi. O texto traz à tona 24 casos de pessoas que foram torturadas em manicômios Brasil afora. Há casos nos quais as testemunhas falam que foram enviadas para os manicômios por serem militantes. Ou ainda casos nos quais as pessoas eram torturadas nas prisões e encaminhadas quase mortas para os manicômios. (Kinker, 2012, p.8)

Santos (2023, p.8) apresentou um texto jornalístico de Amanda Ross, no qual a autora apresenta vinte e quatro (24) casos de pessoas torturadas em manicômios no Brasil durante o período da ditadura. Um dos casos mais emblemáticos é o de Silvia Montarroyos, uma jovem de vinte e um (21) anos, acusada de terrorismo enviada a um manicômio localizado em Pernambuco durante a ditadura:

Ali estava a perigosa "terrorista" pernambucana de quem os jornais falavam em fins de 1964. Desacordada, recebia soro na ala feminina do Manicômio da Tamarineira, no Recife. Os "olhos diabolicamente ingênuos", como descreveu o delegado que a prendera, estavam fechados. Média 1,55 m e pesava menos de 30 kg. Os cabelos longos tinham sido raspados em um quartel do Exército. No braço esquerdo, uma das queimaduras de cigarro que marcavam sua pele tinha infeccionado e cheirava a carne podre. Nome, Silvia Montarroyos. Codinome, Tatiana. Idade: "21 anos", segundo sua ficha prisional. Já a família alegava que tinha 17 anos —a data de nascimento teria sido alterada ao ingressar na escola. Acusação: crime contra a segurança nacional. Atividades: participação em um partido trotskista, distribuição de um jornal com conteúdo "subversivo", alfabetização de lavradores (Santos, 2023, p.8- 9)

Em respostas às violências praticadas nestes espaços, a partir da década de 1970, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Inspirados primordialmente pelos debates italianos de Basaglia, o movimento foi constituído a partir de denúncias e insatisfação dos profissionais da saúde, vítimas das instituições, familiares e sindicalistas (Brasil, 2005). Com a redemocratização do Brasil, os movimentos antimanicomiais ganharam força. A reforma psiquiátrica no país ocorreu de forma gradual, assimilando a necessidade de uma reforma interdisciplinar, na concepção manicomial que atinge diversas esferas. Desde o campo espacial, como as próprias instituições físicas, no debate civil em prol da desarticulação de estigmas e no campo simbólico.

A desinstitucionalização das instituições manicomiais pode ser considerada como um meio fundamental na construção da autonomia de sujeitos reclusos nas instituições. A reforma psiquiátrica pode ser compreendida como um dos principais fatores que realizaram esse processo. Vidal, Gontijo e Bandeira (2007), indicam que, após a transição dos cuidados dessas instituições para serviços do Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das residências terapêuticas, muitos pacientes passaram a apresentar maior autonomia, novas habilidades sociais e melhores condições para adaptação ao modelo social. Na pesquisa mencionada, foi avaliado o processo de desinstitucionalização a partir da avaliação das habilidades sociais e da independência de pacientes psiquiátricos desospitalizados. Nesta pesquisa, considerou-se o comportamento dos sujeitos antes e após a transferência para residências terapêuticas

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (58,7%), com médias de idade e tempo de internação iguais a 57,5±11,8 anos e 29,8±10,2 anos; 54,6% tinham diagnóstico de esquizofrenia; 25,3%, de deficiência mental; e o restante, de categorias várias. Houve melhora significativa no comportamento social e no grau de autonomia dos pacientes ($p < 0,05$) ao se comparar os escores dos pacientes nas escalas, nas fases 1 e 2. As variáveis que mais se associaram com o escore de evolução foram idade, tempo de internação e nível inicial de funcionamento dos pacientes. (Vidal;Gontijo e Bandeira, 2007, 294)

Assim, a reforma psiquiátrica brasileira pode ser entendida como um processo sociopolítico de transformação das práticas de cuidado da saúde mental, oferecendo diversos impactos nas trajetórias de vida dos sujeitos historicamente marginalizados.

Kinker(2012, p. 180) argumenta que no século XX, a reclusão de determinados sujeitos pode estar associada à relação entre o sujeito e o mundo do trabalho. A lógica do mercado impõe uma dinâmica de descartabilidade humana, na qual aqueles que não se enquadram nas exigências do mercado são marginalizados, o levando a um possível desenvolvimento de distúrbios sociais que refletem diretamente na formação do indivíduo

Essa lógica de descartabilidade das pessoas no mercado corrobora a alegada necessidade de haver espaços para incluir os refugos, para além das técnicas de controle flexíveis. Isso porque o desemprego em massa causa distúrbios sociais difíceis de contornar apenas com dispositivos de controle flexíveis, dispostos capilarmente nos espaços sociais. (Kinker, 2012, p.180)

Kinker (2012) destaca a lógica da empregabilidade, e a ausência dela, como um dos elementos fundadores dos manicômios. Essa perspectiva está relacionada à idealização de uma sociedade pautada na produtividade, em que o sujeito é valorizado à medida em que desempenha funções que contribuem para o lucro e a produtividade.

Assim, é possível perceber os hospícios não apenas como espaços de tratamento, mas como um possível instrumento de regulação social que reforçam uma lógica excludente. A internação, nesse contexto, opera como uma estratégia de intervenção na realidade dos sujeitos que divergem da norma socialmente definida, reafirmando o controle sobre corpos que não se encaixam nos padrões normativos do trabalho, do gênero, da raça e da classe.

CAPÍTULO 2 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1- Sobre as escolhas técnicas

A pesquisa foi conduzida a partir de uma abordagem qualitativa, em razão de seu caráter interpretativo voltado à compreensão aprofundada das informações coletadas. Através dessa perspectiva, utiliza-se a definição de Alves e Alquino (2012) acerca da interpretação dos fenômenos sociais:

compreensão, a interpretação e a explicação de um conjunto delimitado de acontecimentos que é a resultante de múltiplas interações, dialeticamente consensuais e conflitivas, dos indivíduos, ou seja, os fenômenos sociais.(ALVES; ALQUINO,2012 p.81)

Segundo Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa, historicamente, se ateve à sete principais momentos. Iniciou-se no modernismo da era dourada 1900-1950, e atravessou diversas correntes como pós-moderno, período de etnografias experimentais, a investigação pós-experimental entre outros. Contudo, é na modernidade que ela se finca através da criticidade nas ciências Sociais

O futuro, sétimo momento, trata do discurso moral, com o desenvolvimento das textualidades sagradas. O sétimo momento pede que as ciências sociais e as humanidades tornem-se terrenos para conversas críticas em torno da democracia, da raça, do gênero, da classe, dos Estados-nações, da globalização, da liberdade e da comunidade. (Denzin e Lincoln, 2006, p. 17)

Ainda, Denzin e Lincoln definem a abordagem qualitativa como naturalista e interpretativa. Segundo os autores, o pesquisador busca entender e interpretar os fenômenos a partir dos elementos e materiais ao seu alcance. Utiliza-se como fonte de análise materiais acessíveis, que permitem ao pesquisador compreender as múltiplas dimensões da realidade social (Denzin, Lincoln, 2006, p. 18):

A pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos; estudo de caso; experiência pessoal; introspecção; história de vida; entrevista; artefatos; textos e produções culturais; textos observacionais, históricos, interativos e visuais — que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos.

Dentre os autores e autoras responsáveis por conceitualizar a pesquisa qualitativa, destaca-se Minayo (2001, P. 22). Segundo a autora, a abordagem qualitativa adequa-se ao objetivo de compreender as relações e ações humanas; motivações, o universo de significados, crenças e valores.

Soma-se a essa pesquisa, como modo de investigação privilegiado, a análise do Discurso, aqui apresentada com a seguinte definição:

A análise de discurso trabalha o ponto de articulação da língua com a ideologia e procura explicitar o modo como se produzem as ilusões do sujeito e dos sentidos (os pontos de estabilização referencial e os de subjetivação). Nesse processo, o analista deve evidenciar a compreensão do que é a textualização do político, a simbolização das relações de poder, o modo de historicização dos sentidos, o modo de existência dos discursos no sujeito, na sociedade e na história. (Cappelle; Gonçalves; Mello, 2011, p. 9)

Dessa forma, esse tipo de análise permite identificar e denunciar elementos políticos e ideológicos presentes no discurso, a partir de uma compreensão ampliada do contexto que o texto está inserido

Ela problematiza as evidências e explicita seu caráter ideológico, e denuncia o encobrimento das formas de dominação política nos discursos nesse contexto, a linguagem está marcada pelo conceito de social e histórico deve ser considerada como uma interação inserida na relação necessária entre homem e realidade natural e social (Orlandi, 1996)

A análise do discurso se faz necessária tendo em vista o cunho crítico que a hipótese deste trabalho levanta acerca da análise dos materiais coletados. Essa metodologia permite uma leitura das práticas discursivas, levando em consideração, os contextos sociais, históricos e ideológicos que são produzidos, o que se alinha ao objetivo deste trabalho de analisar criticamente os discursos médicos analisados.

Para Fairclough (2001), o discurso pode ser compreendido enquanto uma prática social, mediada por aparatos como a ideologia; luta de classes; constituição do sujeito e hegemonia. O autor define o discurso enquanto um elemento possivelmente perpetuador da classe dominante acerca dos oprimidos, e pode ser utilizado enquanto ferramenta de legitimação dos poderes exercidos por uma classe dominante:

Entretanto, a maior parte do discurso se sustenta na luta hegemônica em instituições particulares (família, escolas, tribunais de justiça, etc.) e não em nível da política nacional; os protagonistas não são

classes ou forças políticas ligadas de forma relativamente direta a classes ou a blocos, mas professores e alunos a polícia e o público ou mulheres e homens. Em tais casos, a hegemonia também fornece tanto um modelo como uma matriz. Fornece um modelo: por exemplo, na educação, os grupos dominantes também parecem exercer poder mediante a constituição de alianças, integrando e não simplesmente dominando os grupos subalternos, ganhando seu consentimento, obtendo um equilíbrio precário que pode ser enfraquecido por outros grupos, e fazem isso em parte por meio do discurso e mediante a constituição de ordens discursivas locais (Fairclough, 2001, p.124-125)

Como fonte dos discursos, na investigação se recorreu à Análise Documental. Esta abordagem se fez privilegiada mediante o contexto do acesso às informações acerca do tema estudado. A análise documental pode ser compreendida conforme as ideias expressas por Figueiredo (2007)

[...]a análise documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação (Figueiredo, 2007, p. 69).

Essa abordagem torna-se fundamental diante dos materiais coletados para a construção desta pesquisa, pois possibilita ampliar a compreensão do fenômeno investigado ao considerar seu contexto histórico e social. Os documentos aqui analisados são registros médicos do início do século XX, em Salvador, Bahia. Esses registros podem ser considerados uma fonte de informação que evidencia as relações sociais entre a medicina, gênero e o senso comum de uma determinada época.

Vale ressaltar que esta investigação se dispõe a uma perspectiva socioantropológica, somada a uma abordagem sócio-histórica. Tendo em vista o caráter contextualizador dos arquivos médicos analisados, essa combinação permite compreender os documentos não apenas como registros médicos, mas também como expressões e representações simbólicas e/ou materiais socialmente construídas em um determinado tempo.

Os arquivos encontrados são de domínio público, ofertados pela Biblioteca Central do Estado da Bahia e pela Gazeta Médica da Bahia.

A coleta de dados foi realizada por meio da seleção de documentos a partir das palavras chaves: Manicômios; Hospícios; Loucura; Loucura na Bahia e Hospital Juliano Moreira. Os arquivos são datados do período de 1919 e 1921, do século XX.

Os principais documentos analisados são: o relatório da direção escrito pelo diretor do hospital Dr° Aristides Novis, o relatório de Assistência aos Alienados na Bahia, escrito pelo Dr° Dr Antônio Prager e a Gazeta Médica da Bahia.

A documentação presente no acervo de Obras Raras da Biblioteca Central do Estado da Bahia conta com diversas informações, incluindo dados demográficos de alguns pacientes, relatos da mentalidade da época, convicções de médicos do período, informações da tesouraria bem como alimentos e laudos das doenças mais vigentes no hospital. Por sua vez, o relatório de Assistência aos Alienados na Bahia, contém informações gerais e relatos das mais diversas fontes da época. A Gazeta de Medicina da Bahia, informa inúmeros casos e estudos das ditas doenças do período, dentre elas, o caso de Josephina, que será abordado posteriormente.

Tanto o boletim quanto o relatório são caracterizados como documentos que não receberam tratamento científico (Figueiredo, 2007). Por isso recorre-se à análise documental.

O período adotado por esta pesquisa foi determinado em função dos materiais disponíveis nos acervos públicos de Salvador e na edição de novembro de 1921 da *Gazeta de Medicina da Bahia*.

2.2- O processo investigativo

A proposta inicial desta pesquisa previa o contato direto com indivíduos envolvidos no fenômeno em estudo. Contudo, a partir da dificuldade de acesso a sujeitos e casos contemporâneos, optou-se pela utilização de fontes históricas como principal base de análise. A exigência de submissão do projeto ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Estado já evidenciava a complexidade do processo burocrático envolvido, principalmente para uma pesquisadora em formação na área das ciências sociais acessar indivíduos em um fenômeno tão sensível.

Mas, vale ressaltar que já sendo desde sempre eleita, a análise documental ofertou novas possibilidades ao examinar não somente o conteúdo exposto, mas

também a mentalidade e o contexto social de uma época. Ofertando uma comunicação que atravessa a história, a metodologia adotada possibilitou identificar diferentes perspectivas acerca da loucura. Por exemplo, nos textos analisados, os pacientes são chamados frequentemente de “doentes” e “alienados”, demonstrando a visão patologizadora e marginalizada da loucura sob a ótica da psiquiatria, ou seja, nota-se aqui com um conteúdo que caracteriza um discurso, marcado por intenções e perspectivas características de uma época.

A análise documental, nesse contexto, buscou compreender os documentos médicos e administrativos oferecidos pelo Hospício São João de Deus (atual Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira) a partir da noção de controle social aplicada a mulheres durante a história. O controle social pode ser conceitualizado como *“a capacidade da sociedade de se auto-regular, bem como os meios que ela utiliza para induzir a submissão a seus próprios padrões”* (Zedner, 1996, p. 138). Logo, o processo investigativo desta pesquisa colabora com a concepção da “loucura” enquanto um fenômeno da ordem social e não referente a patologia individual.

CAPÍTULO 3 – O HOSPÍCIO SÃO JOÃO DE DEUS, ATUAL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA (HJM), RETRATO DA LOUCURA NA BAHIA

3.1-História de um Hospício

Com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, em 1808, instaurou-se uma mentalidade voltada para o progresso e a modernização do território colonial. Dom João VI implementou instituições e órgãos administrativos com o objetivo de promover o desenvolvimento do país. Entre essas iniciativas, destacou-se a criação de diversos órgãos públicos, que passaram a integrar a estrutura do Estado imperial nascente. Dentre os órgãos administrativos, foi atribuído também um olhar voltado à medicina e consecutivamente para a ideia da saúde mental. Em 1837, Antonio Luiz da Silva Peixoto lançou no Rio de Janeiro, sua tese o “Considerações gerais sobre a alienação mental”, no qual, o autor defende a criação de um local próprio para os cuidados dos ditos alienados (El-Bainy,2007, p.54). Esta tese foi fundamental para o desenvolvimento de pesquisas subsequentes, que contribuíram para a consolidação de sua teoria sobre a origem dos manicômios no Brasil.

No Brasil, a construção dos hospícios surgiu sequencialmente no Rio de Janeiro e São Paulo em 1852, Recife 1861, Salvador 1874 e Porto Alegre 1884 (Cunha,1986). Os ditos manicômios, de início, baseavam-se na direção das irmandades e da Santa Casa da Misericórdia. Estas, utilizavam apenas a métrica religiosa como protocolo a ser seguido.

Na Bahia, no séc. XIX, em 24 de julho de 1874, surge a primeira casa de contenção da capital baiana, o Hospício São João de Deus, localizado no bairro de Brotas, no Solar Boa Vista. Esta instituição tinha um caráter de salvaguarda a burguesia do contato direto com populações distintas

[...] as elites, por outras razões, não demonstrassem confiança ou se sentissem à vontade compartilhando o mesmo espaço com escravos,

libertos e livres, prostitutas, embarcadiços, gente de toda natureza e condição” (Rios, v. 2006, P.13)

Figura 1: Acesso principal ao Hospício São João de Deus, Brotas



Fonte: Fotos do Acervo do Memorial JM.1979/1980 (autor desconhecido)

No dia de sua inauguração, em 1874, o Hospício acolheu quarenta e dois (42) pacientes de ambos os sexos, marcando o início de seu funcionamento como instituição destinada ao tratamento de pessoas com sofrimento mental. Ao longo do seu primeiro ano, mais sessenta e cinco (65) sujeitos foram internados, totalizando cento e sete (107) pacientes. Destes, sessenta (60) eram mulheres e quarenta e sete (47) eram homens. A composição do grupo interno também refletia a diversidade social dos acolhidos, entre eles, sete eram pensionistas, três eram praças dos exércitos, indicando o uso da instituição como espaço de internação também para militares, e a ampla maioria, noventa e sete pacientes, era composta por indigentes (Praguer, 1919, p. 16).

3.2 - Estrutura

No documento denominado Assistência aos Alienados na Bahia (1919) o Dr Antônio Pragner, defende hospício, afirmando que o local não encarcerava os pacientes, mas sim, ofertava um espaço de abrigo ao delírio (Pragner, 1919). De acordo com o médico, os tratamentos adequados, estimulados na instituição, ofereciam um maior cuidado a esses sujeitos. No documento, Pragner afirma que antes do São João de Deus os ditos loucos encontravam-se nas prisões, nas ruas e nas enfermarias da Santa Casa da Misericórdia.

Figura 2: Pavilhão Alfredo Britto- Pacientes feminino



Fonte: Fotos do Acervo do Memorial JM.1979/1980 (autor desconhecido)

Figura 3: Pavilhão Anísio Circundes – pacientes femininos.



Fonte: Fotos do Acervo do Memorial JM.1979/1980 (autor desconhecido)

Em contraste com as observações feitas por Prager, Nina Rodrigues destacou que o local não oferecia a assistência adequada aos internos, o que contribuiu para uma epidemia de beribéri e diarreia séptica, além da alta mortalidade causada pelo impaludismo. (Prager, 1919).

Sua superlotação, recorrente da mentalidade da época, assim como sua locação, proporcionava péssimas condições aos moradores: surtos de doenças, tuberculose, falta de profissionais, taxas de mortalidade, surto de febre, falta de assistência de esgoto, falta de acesso a água e obras recorrentes na região tornavam o espaço do asilo inóspito.

A inquietação dos internos era contida através de camisas de força, cadeira de contenção e horas de reclusão em solitárias (Rios, 2006, p.132). A má gestão, levava os pacientes a se alimentarem de comida misturada a ração, falta de higiene e estruturas comprometida. Em 1947, Anísio Teixeira, Secretário Estadual de Saúde e Educação se refere ao Hospital como:

Ninguém desconhece o extremo estado de abandono em que se encontra o Hospital, onde mais de 600 doentes se amontoam em sórdidos pavilhões, sem higiene, sem roupas, sem alimentação suficiente, onde falta tudo desde os mais elementares princípios de solidariedade humana. A escabiose, as ftiríases eram quase universais entre os doentes, desse modo encontramos grande número de pacientes em avançado estado de carência, despídos, imundos, em ambientes que exalava cheiro pútrico (...)

outros doentes cercados de grades e vigiados apenas pelo lado de fora por alguns soldados de polícia e, pelas informações que obtivemos, saía quase que diariamente um cadáver e somente nestas ocasiões alguém entrava no pavilhão. (El-Bainy, 2007)

No Séc. XX, no final da década de 20, notou-se a necessidade da reformulação do hospício, mudou-se primeiramente seu nome para Hospital São João de Deus. Além da reclusão, a instituição representava para a sociedade baiana o principal campo de estudo e pesquisa para a psiquiatria regional da época (Jacobina, 2006).

Mesmo com recursos financeiros limitados, foi possível a construção de mais um pavilhão, o Juliano Moreira. O referido nome homenageia o psiquiatra baiano, referência nos cuidados dos alienados e um marco na modernização do asilo:

É compreensível, portanto, a iniciativa do diretor Novis de nomear inicialmente, o moderno pavilhão, construído nessa segunda gestão, e depois a proposta aprovada em lei do nome Juliano Moreira para o Hospital como um todo. Era a substituição do santo pelo cientista, da religião pela ciência, da igreja pela medicina, realizando-se também no nome a laicização da instituição (Jacobina, 2006, p.30)²

Mesmo com sua modernização, ainda podia se encontrar marcas dos tempos de hospício, com pacientes abandonados, extremamente magros e sujos (El-Bainy, 2007).

Para além do novo pavilhão, em agosto de 1936, o hospital como um todo mudou seu nome em prol da modernização e da homenagem ao psiquiatra. Já na década de setenta (70), através dos movimentos antimanicomiais no mundo surge a necessidade de uma reformulação geral na unidade. Neste momento, o hospital é direcionado para o bairro Narandiba, devido sua localização próxima ao Hospital Central Roberto Santos, tendo sua inauguração em 1982

A decisão unilateral do governo era destruir as construções e a total desativação do espaço ocupado pelo Hospital Juliano Moreira no bairro de Brotas. Adaptar um prédio construído no espaço do recém-inaugurado Hospital Central Roberto Santos e transferir todos os pacientes crônicos para a Colônia Agrícola localizada na cidade de Feira de Santana no interior do Estado. Ao final da manhã de 18 de março de 1982, repetindo os tradicionais eventos polítics ao som do hino nacional e hasteamento de bandeiras, era inaugurado no bairro de Narandiba (zona oeste de Salvador), o novo prédio do Hospital Juliano Moreira. (El-Bainy. 2007, 67-68)

² JACOBINA, R. (S. João de Deus) a médico (Juliano Moreira): análise histórica do manicômio estatal na Bahia (1930-1937). Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, n. 1, p. 19-19, 2006.

Figura 4:Evento comemorativo do novo prédio do hospital, em Narandiba



Fonte: Acervo do MemorialJM

A mudança institucional representou um marco importante para a possível melhoria das condições dos pacientes quanto para os funcionários, gerando uma mudança significativa nas dinâmicas internas da assistência psiquiátrica. Tal transformação se fez necessária mediante o contexto anterior de precarização estrutural e negligência, observado durante o período em que a instituição estava situada no Bairro de Brotas.

CAPÍTULO 4 – ARQUIVOS DA LOUCURA: MULHERES DO SÃO JOÃO DE DEUS

4.1 - Do Discurso Oficial, o Estado define quem é louco/louca

Com raízes no século XIX, a formação médica brasileira do período, parte de uma aliança entre Estado e medicina. Voltado aos ideais de progresso defendido no período oitocentista, a ciência e a higienização passam incrementar o controle social, ganhando espaço no público e privado (Lopes, 2003). Nesse período, teses e estudos ganham espaço no campo médico, possivelmente, com o intuito de construir um modelo familiar através dos valores burgueses, a medicina busca construir uma sociedade brasileira sadia, onde homens e mulheres sejam capazes de assumir seus papéis ideais, sem espaço cívico para aqueles que fugiam de uma normal local (Lopes, 2003, p. 28):

No que diz respeito às perversões, cabe destacar que, ao longo do século XIX, os médicos brasileiros, juntamente com outros profissionais - como os engenheiros e educadores, todos homens - definiram e implantaram as perversões que deveriam ser identificadas e erradicadas do meio social, para assim gerar e garantir uma vida ordenada, medicalizadas e civilizada. Assim, ao lado dos loucos, vagabundos, prostitutas, criminosos, alcoólatras, ladrões, devassos, homossexuais e tantos outros considerados e feitos "anormais", os suicidas também foram focalizados e enquadrados entre os infames, aqueles portadores e produtores de desordem, que precisavam ser identificados, curados, regenerados e normatizados. (Lopes, 2003, p. 28)

Ainda referente a medicina do período,

O caráter fundador dos discursos científicos brasileiros, principalmente o médico, também é analisado por Herschmann. Segundo o autor, sobretudo no início do século XX, ao longo das três primeiras décadas, a geração intelectual de caráter cientificista e o Estado procuravam argumentar, junto à sociedade, que aquele era um momento "histórico", de "fundação" ou "refundação" do país, era um momento oportuno para o "povo e a nação regenerarem-se", sendo, portanto, necessário "intervir", "curar", "sanear" "educar, a fim de se alcançar esse objetivo (Lopes, 2003, p. 33)

As estratégias e doutrinação perpassam a cultura, a política, a ciência, a história e o Estado, operando como dispositivos de controle social sobre os corpos e a subjetividades. Dentre elas, o Código Civil Brasileiro de 1916, partindo da Lei Nº 3.071, de 1º de jan. 1916 define como “incapazes, relativamente a certos atos (art. 6. 147, n. 1), ou à maneira de os exercer” os indígenas, maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos, os loucos “de todos os gêneros”, mulheres casadas, prodígios e os silvícolas. Evidencia-se, assim, o exercício do controle estatal sobre os corpos femininos ao longo desse período.

O documento em questão evidencia o papel do Estado como agente propagador das ideias dominantes de uma época, posicionando as mulheres como sujeitos subordinados à nação. Esse tipo de controle não se restringia ao âmbito legislativo, mas também se manifestava por meio de mecanismos jurídicos e institucionais, como nos hospícios públicos brasileiros naquele período.

4.2 - Um Discurso Médico Científico em análise: as “Menções Especiais” segundo o Dr. Aristides Novis

Diante as reflexões acerca da instituição e do documento analisado aqui, inicialmente se faz necessário identificar o autor do documento. Nascido em Cuiabá, em 1885, Aristides Novis chegou à Bahia, em Salvador, no ano de 1901, com o propósito de estudar medicina na Faculdade de Medicina. Ao decorrer de sua carreira acadêmica e profissional ganhou títulos e o cargo de diretor da Faculdade de Medicina e do Hospício São João de Deus e do Hospital Santa Izabel.

Em 1920, de acordo com o relatório escrito pelo Drº Aristides Novis, diretor do chamado na época Hospício São João de Deus, naquele momento, havia duzentos e setenta e seis (276) pacientes reclusos, sendo cento e trinta e nove (139) homens e cento e trinta e sete (137) mulheres. Ainda nesse mesmo ano, saíram da

instituição sessenta (60) pacientes, desses saíram trinta e seis (36) homens e vinte e quatro (24) mulheres.

Por esses dados, verificamos o fato de haver números semelhantes de pacientes por sexo (139 homens e 137 mulheres), indicando como a ideia de loucura, mesmo que de maneiras diferentes, pode afetar ambos os sexos

Se no homem os fatores psicogenéticos exercem indiscutível influência sobre a esfera somática, a despeito de ser esse o sexo forte e, como tal, mais resistente às emoções, que dizer da mulher que é como todos nós reconhecemos de constituição frágil e delicada, sensível e vibrátil (...) Toda a vida feminina gravita em torno de apreensões, preocupações, e surpresas, de anseios e desilusões, de dúvidas e incertezas, que a acompanham através da vida toda (...) A constituição hiperemotiva, esse estado de vibratilidade tantas vezes observado no sexo feminino, predispõe a mulher a uma série de neuroses (Silva, 1950, p.22-23)

Contudo, no que se refere às altas naquele mesmo ano, percebe-se disparidade no número (36 homens e 24 mulheres). Estes números indicam que mesmo com a igualdade quantitativa entre os sexos, havia fatores que indicavam uma maior permanência das mulheres na instituição.

Os dados supracitados, reforçam a visão crítica de Magali Engel (2001), que aponta o controle social da mulher como um dos tópicos da psiquiatria:

Evidenciando o comprometimento da psiquiatria com as políticas de controle social propostas pelas primeiras administrações republicanas, o universo temático privilegiado pelos especialistas brasileiros na construção da loucura como doença mental deixa entrever as principais áreas de intervenção das estratégias normatizadoras: os comprometimentos sexuais, as relações de trabalho, a segurança pública, as condutas individuais e as manifestações de caráter religioso, social, político, etc.(Engel,2001, p.323)

Segundo a autora, historicamente, a psiquiatria não apenas diagnosticou ou tratou desvios comportamentais, mas também atuou como um instrumento de regulação das condutas sociais femininas, classificando como patológicas as atitudes que desafiavam as normas sociais impostas às mulheres. Nesse sentido, comportamentos como a insubmissão e sexualidade foram, muitas vezes, medicalizados e tratados como possíveis distúrbios mentais.

Esta interpretação torna-se ainda mais evidente ao longo do relatório, quando o Dr, Novis descreve cinco (5) principais casos- dito em suas palavras, como “dignos de menção especial” (Novis, 1919, p. 18): o primeiro caso, é a paciente M.S.A, mulher branca e viúva, de Pojuca internada em 7 de maio de 1919, apresentou

“melancolia ansiosa”. O segundo caso é de A.A, mulher branca, solteira de Alagoinhas, internada em 19 de outubro de 1919, seu quadro clínico conta como “síndrome melancólica no estado demencial”; a terceira paciente é T.G.N, mestiça, 23 anos e casada, internada em 4 de fevereiro de 1919, apresentou o quadro clínico de “Psychose Endócrina”, na descrição de tratamento, o Diretor apresenta a seguinte definição: “ entrou bastante excitada, sendo preciso para acalmá-la uma permanência muito prolongada de seis dias no banho” (Novis, 1919, p.18); o quarto caso, é um homem branco, solteiro, chamado M.L acompanhado pelo diagnóstico de “Polymorphismo delirante”. A última paciente, J.M.C, tinha 42 anos, mulher, preta, apresentava “Psychose Palustre”.

4.2.1 - A Melancolia das pacientes A.A e M.S.A

A melancolia enquanto campo de estudo é datada desde a Grécia antiga, contudo, é a partir da Idade Média, sua maior projeção.

Na idade média, a concepção de melancolia foi associada à obscuridade do sujeito mediante a desvitalização existencial

A Idade Média exclui a possibilidade daquilo que se chamará no século XVIII de “suicídio filosófico”. É inconcebível então que uma pessoa de mente saudável possa considerar com frieza que a vida não vale a pena ser vivida. O simples fato de imaginá-lo, sem nenhum motivo particular, é, em si, um sintoma de loucura, de desequilíbrio mental, que começa a ser chamado de “melancolia”. O termo, de origem grega e que significa “humor negro”, designa uma doença física, um excesso de bile negra que ofusca o cérebro e provoca pensamentos sombrios. (Minois, 2019, P.45)

Segundo a psicanálise, um dos elementos que compõem esse estado é a possível dificuldade de adaptação às exigências do Outro (Kehl, 2011), caracterizando-se por uma ruptura entre o laço social do Eu e o Outro. É possível colocar esse estado como uma experiência de perda que, no entanto, o sujeito, ao sentir, é incapaz de nomeá-lo e/ou compreender plenamente (Campos, A; Dubeux, T, 2020). No caso das mulheres, como discutido aqui no capítulo conceitual, a

construção histórica da identidade feminina como o próprio "Outro" pode contribuir para que ocorra uma ruptura consigo mesmas, dificultando a constituição de um Eu coeso. Tendo em vista a melancolia sob a perspectiva dos estudos de gênero, é possível inferir uma desestruturação na constituição da subjetividade da mulher. Ao ser constantemente reduzida à feminilidade e não reconhecida como sujeito pleno, a mulher pode ser levada a construir uma identidade fragmentada, que lhe é socialmente imposta, mas que não lhe pertence integralmente. Essa cisão subjetiva pode dar origem a uma forma particular de melancolia: uma tristeza enraizada na impossibilidade de se afirmar como sujeito auto suficiente. Na obra *História da Loucura* (1972), Michel Foucault discute concepções históricas acerca da melancolia, destacando, entre outros aspectos, sua associação a fatores climáticos e a uma suposta predisposição feminina. Segundo o autor, atribuíam-se às mulheres uma tendência maior à melancolia em virtude de sua natureza considerada intrinsecamente sensível, era comum acreditar na predisposição feminina a doenças mentais mediante sua suposta fragilidade mental, física e emocional. Atribuindo ao gênero feminino um excesso de emoções.

As emoções, ao serem pensadas contextualmente, podem ser compreendidas enquanto um elemento vivo, que perpassa as vivências pessoais e culturais. Segundo Breton (2020, p. 146), os sentimentos e as emoções são combinados culturais: *“A emoção é a própria propagação de um acontecimento passado presente ou vindouro, real ou imaginário, na relação do indivíduo com o mundo”*. Nosso modo de sentir pode ser caracterizado a partir do meio e das relações sociais em que estamos inseridos, é na relação com um objeto, mediado pelas relações culturais, que surgem os afetos³

Os sentimentos nascem num indivíduo preciso, numa situação social e numa relação particular ao evento. A emoção é ao mesmo tempo avaliação, interpretação, expressão, significado, relação e regulamento do intercâmbio. Ela se modifica de acordo com os públicos e com o contexto. De acordo com a singularidade pessoal, ela varia em intensidade e nas formas de manifestação. A tonalidade afetiva da relação com o mundo é sempre simultaneamente a relação com os outros, a qual se simboliza através dos

³ Por afetividade compreende-se: “A afetividade simboliza o clima moral que envolve em permanência a relação do indivíduo com o mundo e a ressonância íntima das coisas e dos acontecimentos que a vida cotidiana oferece sobre uma trama descontínua, ambivalente e inatingível por conta da complexidade de seu mosaico” (Breton, 2020, p. 139-140)

vínculos sociais, implicando as modulações introduzidas pelos demais e, portanto, uma atividade pensante. (Breton, 2020, P. 266-267)

As emoções são constituídas mediante os atravessamentos pessoais e sociais, através dos marcadores de gênero, classe, idade e raça (Breton, 2020, p. 149). Assim, tende ocorrer uma patologização das emoções e dos sentimentos, mediados por uma cultura que busca a racionalização deles diante o enfoque de diferentes performances sociais.

4.2.2- A Psicose de T.G.N e J.M.C

Os casos de T.G.N. e J.M.C. são classificados dentro do espectro da psicose, conforme consta no relatório analisado.

T.G.N. foi diagnosticada com “Psychose Endócrina”, enquanto J.M.C. recebeu o diagnóstico de “Psychose Palustre”. Ambos os termos refletem nomenclaturas médicas utilizadas em períodos anteriores, indicando diferentes tentativas de relacionar os quadros psicóticos a causas fisiológicas ou ambientais específicas. Na realização desta pesquisa, não foram encontrados estudos que definissem o que seria a “Psychose Palustre” e a “Psychose Endócrina”, de tal forma, pode-se inferir uma mudança na nomenclatura e/ou no referencial teórico utilizado para compreender os quadros psicóticos. Com isso, será analisada adiante as definições de psicose, bem como sua relação social. Devido às características apresentadas das pacientes, será trabalhado também, a recorrência da psicose em mulheres negras. [OBJ]

Ramalho (2023, p. 12) define a psicose através do comprometimento da perspectiva da realidade dos sujeitos. Esse comprometimento pode ocorrer através do delírio, desorganização do pensamento e do comportamento. Freud (1856-1939), demarcava a psicose a partir de três tipos clínicos: esquizofrenia, paranóia e melancolia (Quinet, 2010). A partir do relatório, não se tem mais informações acerca do perfil das duas pacientes, o que dificulta uma análise mais profunda dos casos.

Segundo Lacan (1988), a psicose está intrinsecamente ligada à definição de loucura, sendo uma das formas pelas quais a loucura se manifesta. Historicamente, a psicose foi uma das principais formas de se compreender a loucura, especialmente no campo da psicanálise. Nos primeiros estudos psiquiátricos da psicose, observa-se uma associação significativa entre a psicose, esquizofrenia e paranoia, que foi central em sua teorização sobre a estrutura psicótica

o que abrange o termo psicose no domínio psiquiátrico? Psicose não é demência. As psicoses são, se quiserem - não há razão para se dar ao luxo de recusar empregar este termo -, o que corresponde aquilo a que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, as loucuras (Lacan, 1992,p.12)

Na contemporaneidade, a psicose pode ser compreendida sob a perspectiva biopsicossocial, que considera a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. O contexto em que o sujeito está inserido exerce influência direta na manifestação e no desenvolvimento da psicose, sendo mediado por diversas dimensões, como as relações de trabalho, os valores morais e a lógica capitalista. (Camargo, 2020)

A experiência social da psicose, ainda que tenha interferência de fenômenos psíquicos, tem um caráter longitudinal, constituído pela organização das instituições terapêuticas, relação com família, representações sociais da doença e história pessoal de cada sujeito. A experiência da psicose se constrói a partir do contato com diferentes saberes e vivências institucionais. O manejo social de psicóticos pressupõe formas de identificação, tratamento e inserção institucional, processos definidores dessa experiência (Dias, 2011, p. 2156)

Apesar da escassez de informações acerca das pacientes, elas possuem fatores em comum como a raça. Segundo o relatório, T.G.N é considerada mestiça, enquanto J.M.C é considerada mulher preta. Ramalho (2023, p. 14) define como a psicose pode ser influenciada mediante os elementos sociais presentes no contexto dos indivíduos. Esses elementos podem afetar diretamente o sistema imunológico e as atividades cerebrais como a região do hipocampo. Fenômenos sociais como a migração, pobreza, o racismo e a discriminação expõem os indivíduos a uma predisposição à psicose

A discriminação étnica percebida, em particular, tem sido um fator de risco significativo para explicar o aumento do risco (BARDOL et al., 2020). Em investigação recente com um grupo de migrantes marroquinos na Holanda, a discriminação percebida e a desvantagem social foram significativamente associadas a experiências psicóticas (VAN DE BEEK et al., 2017). Alguns estudos encontraram associações entre discriminação e experiências psicóticas positivas /ou experiências psicóticas específicas como a paranóia (PEARCE et al., 2019). Um pequeno número de estudos descobriu que uma maior exposição à discriminação estava associada a uma maior probabilidade de relatar experiências psicóticas, indicando provisoriamente uma relação dose-resposta (Ramalho, 2023, p. 15-16)

Considerando o contexto histórico em que essas mulheres estavam inseridas por cerca de trinta (30) anos após a abolição da escravidão, a psicose pode ser compreendida também como um fenômeno social, atravessado por marcadores históricos, raciais e de gênero. Ramalho (2023) destaca que, na realidade brasileira, há uma maior incidência de psicose entre pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, o que evidencia a influência das desigualdades estruturais na produção do sofrimento psicótico. Pode ocorrer, assim, uma patologização das ocorrências sociais, mediadas pelo racismo estrutural.

Segundo Fanon, a psicose pode emergir quando o sujeito não se reconhece na sociedade em que está inserido, sendo esse processo marcado, no caso da população negra, por uma experiência racializada de exclusão e da não identificação

Há alguns anos, conhecemos um negro, estudante de medicina. Ele tinha a impressão infernal de não ser estimado segundo o seu valor, não do ponto de vista universitário, e sim, dizia ele, humanamente. Tinha a impressão infernal de que jamais conseguiria ser reconhecido como um colega pelos brancos, e como doutor pelos pacientes europeus. Nesses momentos de intuição delirante, momentos fecundos da psicose, ele se embriagava. Tempos depois engajou-se no Exército como médico assistente; mas continuou sustentando que, por nada neste mundo, aceitaria ir para as colônias ou ser designado para uma unidade colonial. Ele queria ter brancos sob suas ordens. Ele era um chefe e, como tal, devia ser temido ou respeitado. Era, com efeito, o que queria, o que procurava: levar os brancos a ter com ele uma atitude de negros. Assim vingava-se da imago que o tinha obcecado por tanto tempo: o preto apavorado, trêmulo, humilhado diante do senhor branco. (Fanon, 2008, p.67)

O exemplo apresentado por Fanon, evidencia um sujeito profundamente marcado por estigmas sociais que atravessam a raça, o colonialismo, a opressão e a falta de representação. A condição do sujeito colonizado, especialmente o sujeito negro, é atravessada por um processo contínuo de negação de sua identidade, de sua historicidade e de sua humanidade. Nesse contexto, a psicose não deve ser compreendida apenas como um fenômeno clínico individual, mas como uma

possível consequência do ambiente social. Assim, Fanon (2008) revela que a loucura, nesse caso, não é patológica em si, mas sim um sintoma de uma sociedade opressora, que produz sofrimento psíquico através da exclusão, da inferiorização e da violência física e simbólica

Mediante à maior frequência da presença feminina nas instituições psiquiátricas, nota-se elementos sociais determinantes nesse processo. As exigências sociais perante o feminino - como a idealização da docilidade e da administração simultânea de diferentes exigências - podem funcionar como gatilhos para a melancolia e a depressão. As altas performances e o desempenho exigido em uma sociedade podem proporcionar ao sujeito um estado de crise, possivelmente tornando as mulheres mais vulneráveis ao sofrimento. Tal cenário, evidencia que a patologização da mulher transcende a mera dimensão biomédica, configurando-se também como uma construção social e histórica, sustentada por discursos de poder e normas de gênero e raça.

4.3 - A confluência dos discursos: senso comum, estatal e científico: o caso de Josephina da Silva, a “doente do hospício”

No relatório elaborado por Aristides Novis em 1919, o médico cita o Dr. Murillo dos Santos como responsável por realizar a observação clínica de um caso no hospício. Mais tarde, em edições da Gazeta de Medicina da Bahia, foi localizada uma observação clínica de uma paciente datada de 1921.

Em 20 de novembro de 1921, na Gazeta de Medicina da Bahia, o médico Murilo Celestino dos Santos apresentou uma observação clínica acerca da Síndrome de Cotard, a partir da paciente Josephina Silva. Paciente do Hospício São João de Deus, é intitulada pelo médico Murilo Celestino como “A doente no Hospício”. A paciente feminina, Josephina da Silva (popularmente chamada de Zefinha) de 49 anos, casada, mestiça e baiana, foi internada no hospício em 21 de setembro de 1921. Apresentava melancolia ansiosa, combinada com a Síndrome de Cotard (SC).

Definida no artigo como “melancholia anciosa chronica”, o autor aponta os seguintes principais impactos: “Estado melancólico”; “ideias de negação”; “ideias de damnção”; “ideias de immortalidade”.

Entende-se por Síndrome de Cotard:

“A síndrome de Cotard (SC) é uma condição rara caracterizada por melancolia ansiosa, delírios de não existência relativos ao próprio corpo e delírios de immortalidade. Esses delírios foram relatados primeiramente em 1782, sendo a síndrome descrita pela primeira vez por Jules Cotard em uma conferência proferida por ele em 28 de junho de 1880. Cotard descreveu a síndrome como um delírio de negação, que podia variar desde a negação de partes do corpo do paciente até a negação de sua própria existência ou de todo o mundo” (Machado, L; Machado, L,2015, p. 34)

Advinda de uma família de oito (8) irmãos, o pai de Josephina era alcoólatra, portador de reumatismo e faleceu decorrente de uma hérnia. No relatório, sua mãe é descrita como “muito nervosa” e também portadora de reumatismo, vindo a falecer por desinteria. Dentre seus oito (8) irmãos, um casal de gêmeos faleceu após o parto; uma irmã também descrita como “muito nervosa” associada à loucura, já os demais irmãos “gozam de saúde”.

Em sua infância, era caracterizada como reservada. Teve sarampo e varíola, o que a levou a sequelas como tontura e gastralgia por bastante tempo. No que tange sua educação, o relatório a caracteriza como rudimentar. Na vida adulta, definida enquanto uma mulher recatada, o autor aponta que Josephina nunca obteve contato com o álcool. Trabalhou como tecelã em uma fábrica em Plataforma-Salvador. Casou-se aos 20 anos, em um relacionamento cujo marido a espancava de tal maneira que gerava crises convulsivas

Aos 20 anos, casou-se e decorridos dois anos de seu casamento começou a sofrer mastratos do seu marido, que por vezes a espancava dando lugar a que ella fosse muitas vezes acometida de crises convulsivas que pela descrição parecem de crise hysterica (Celestino, 1921, p.317) ⁽⁶⁶⁾

Conviveu maritalmente com o referido esposo por determinado período, contudo, posteriormente optou pela separação, deixando o filho do casal sob a guarda paterna. Depois do retorno ao mercado de trabalho, encontrou seu segundo esposo, cujo teve quatro (4) filhos que nasceram natimortos. Mesmo com esse contratempo, conviveu harmoniosamente com seu marido até o falecimento dele.

Após o falecimento do seu marido, iniciou-se no trabalho doméstico. O médico aponta que a partir desse período surgiram as “perturbações mentais”. Depois de um tempo, trabalhou na casa de um senhor viúvo, onde tivera relações amorosas que, de acordo com o relatório, possibilitaram o desenvolvimento da síndrome. Na sequência, foi internada no Hospício São João de Deus pelo seu irmão após tentativas de suicídio, segundo o relatório, ela havia tentado cortar seu pescoço, somada a tentativa de estrangulamento.

Ao analisar o caso de Josephina, torna-se necessário examinar os fatores que culminaram em sua internação na instituição.

O documento aponta como principal desencadeador desse processo as suas tentativas de suicídio. Esse ato complexo, marcado por inúmeras variáveis, pode ser analisado a partir do meio que a pessoa está inserida: *“o indivíduo nunca está descompromissado com o meio social e com os vínculos que nele estabelece, estando o ato suicida sempre voltado ao mundo em que tal pessoa se insere”* (Dias,1997, p.180). O meio que o sujeito está inserido é um dos reguladores que pode levar o sujeito a este ato. Seguindo os relatos de culpa apresentados pela paciente, o estado de autopunição é demarcado a partir da sua privação alimentar, onde a paciente afirma estar podre por dentro, lhe restando apenas a boca para rezar a Nossa Senhora. Segundo Dias (2024, p.19), em o Testemunho do Adeus:

Outras vezes, o suicida tem a fantasia de que deve ser punido. Em geral, trata-se de mau funcionamento de sua mente, que exige uma perfeição desumana. Nessas situações também se encontram a melancolia, o luto patológico e outros transtornos mentais.

Esse ato pode ser compreendido como uma forma de comunicação (Dias, 2024), representando o relato de uma vida marcada por múltiplas vivências que conduzem o sujeito a tal decisão. No século XIX, os estudos acerca do suicídio concentravam-se na compreensão desse fenômeno através do viés patológico

Para os médicos brasileiros, os indivíduos que se matavam - chamados "suicidas" - podiam ser alienados, loucos; indivíduos que não agiam de acordo com o livre arbítrio; doentes que apresentavam algum tipo de alteração em suas faculdades mentais, mas que não eram necessariamente loucos ou alienados; portadores de vários tipos de perturbações mentais, sujeitos que não se atentavam para o instinto de conservação; doentes que sofriam de algum tipo de neurose, como histeria, entre tantas outras possibilidades. Uma tendência, porém, pode ser notada

nos estudos médicos: a de vincular todas essas possibilidades de pensar o suicídio a um referencial: o patológico (Lopes, 2003, p. 49)

Para os Alienistas do século XIX, o suicídio era caracterizado como uma manifestação de loucura, um fenômeno entendido ora como decorrente de uma enfermidade mental, ora como um ato pontual individual (Durkheim, 2000), nessa perspectiva, cada caso deve ser analisado de maneira particular. Contudo, segundo Durkheim em *O suicídio (1897)*, não é possível a pontualidade de um ato sem que haja outros lastros gerais, logo, a suposta pontualidade de um ato não pode ser analisada indiferentemente de outros fenômenos. Em desacordo com os Alienistas do período, Durkheim aponta que o suicídio não é um ato exclusivo dos ditos alienados, ele pode ser uma resposta do homem social ao externo, pois: *“Viver é responder às excitações externas de maneira apropriada, e essa correspondência harmoniosa só pode estabelecer-se com a ajuda do tempo e do hábito.”* (Durkheim, 2000, p. 48) .

Desde os primeiros dias do seu internamento, Josephina apresentava traços de tristeza, insônia e dor de cabeça. Em seu primeiro contato com a paciente, o médico relata os traços de melancolia, preocupação, fraqueza física, tristeza e desespero. Possuindo a culpa como um dos sentimentos predominantes, a paciente encontrava-se em lamento ao conversar com diversas pessoas, referindo-se a si da seguinte maneira:

Ella é uma infame, miserável, incapaz de viver na sociedade; é tão desprezível que os seus irmãos não a querem mais em sua companhia; é indigna e por isso, não deve comer mais o pão de Deus, nem se deitar em cama do governo (p.320)

Durante a entrevista com o médico, a paciente refere-se a si mesma em terceira pessoa, utilizando o nome "Zefinha".

Além disso, emprega justificativas de cunho religioso para explicar sua falta de apetite, afirmando que é o demônio dentro de si quem se alimenta em seu lugar. (p.320) Josephina afirma não possuir mais coração, tripas, nem veias, demonstrando, simbolicamente, um vazio dentro de si: *“não tem mais tripa, coração, nem veias: o miolo della ja secou; Zefinha só tem o casco cheio de vento”* (p.320). Dentre os discursos apresentados no quadro clínico, percebe-se uma predominância religiosa, incorporando a culpa como os dos sentimentos predominantes.

A paciente demonstrava fortes vínculos com o monoteísmo cristão, evidenciados ao longo de seus discursos religiosos, frequentemente presentes no

documento analisado. Nesses relatos, a culpa surge como sentimento predominante, indicando a necessidade de uma análise mais aprofundada desse fenômeno. Considerando sua relação com a tradição cristã, a culpa pode ser compreendida como um elemento estruturante, amplamente influenciado pelos valores e preceitos religiosos que permeiam o ocidente (Pereira, 2012).

Nas manifestações apresentadas no documento, o sentimento de culpa emerge como uma emoção predominante, articulando-se de forma central à sua vivência. A culpa, enquanto uma sensação diretamente ligada à tradição judaico cristã (Pereira, 2012) surge como fruto da relação punitiva decorrente das transgressões das leis divinas, reguladas pelas punições de Moisés àqueles que se afastassem de Deus (Pereira, 2012). Na Idade Média, este sentimento foi fortificado sobre o argumento do pecado nas inquisições contra os hereges (Delumeau, 2003)

A culpa também pode estar associada ao auto ódio, à frustração por nunca ser perfeito perante o Pai e, por possuir dentro de si, o pecado original que paira sobre os homens. O pecado original está associado à desobediência de Adão e Eva a Deus (Pereira, 2012). O Cristianismo pode estimular uma responsabilidade opressiva nos seus fiéis, causando-lhes uma culpabilidade repressiva, mesmo que, por um lado, lhe dê a tranquilidade de que Deus perdoa os pecados dos homens, por outro, influencia uma má consciência, da qual o homem não pode fugir. (Pereira, 2012, p. 16). Se faz necessário salientar que a culpa não exercia a função apenas na constituição da mentalidade, ela também pode ser compreendida enquanto elemento regulador para a religiosidade cristã, fortificando e realizando a manutenção da relação de poder da religião.

Além dos aspectos religiosos, a culpa também está vinculada à constituição de uma moralidade cultural. Trata-se de um sentimento humano que emerge como remorso diante da transgressão das normas de uma determinada sociedade. Nesse sentido, a culpa pode ser vista como um estado emocional relacionado à percepção de falha no cumprimento de um dever ou expectativa social (Scliar, 2007).

No que se refere às mulheres, a culpa cristã tem suas raízes no relato do pecado original presente no livro do Gênesis, no qual a figura feminina é representada como responsável pela queda de Adão e, conseqüentemente, pela expulsão do Éden. A partir dessa narrativa, a mulher passa a ser historicamente associada à culpa permanente, sendo penalizada com as experiências da existência terrena e frequentemente responsabilizada por sua própria condição de ser

Mal magnífico, prazer funesto, venenosa e enganadora, a mulher foi acusada pelo outro sexo de ter introduzido na terra o pecado, a desgraça e a morte. Pandora grega ou Eva judaica, ela cometeu a falta original ao abrir a urna que continha todos os males ou ao comer o fruto proibido. O homem procurou um responsável para o sofrimento, para o malogro, para o desaparecimento do paraíso terrestre, e encontrou a mulher. (Delumeau, 1989, p. 314).

No discurso de Josephina, a culpa configura-se como um fenômeno recorrente, cuja manifestação pode ser interpretada em articulação com a dimensão religiosa, revelando possíveis intersecções entre subjetividade e valores espirituais. Em sua fala: *“Ella é uma infame, miserável, incapaz de viver na sociedade; é tão desprezível que os seus irmãos não a querem mais em sua companhia; é indigna e por isso, não deve comer mais o pão de Deus”* (Celestino, 1921, p. 320), a paciente apresenta uma autopunição repressiva através da interpretação de sua vida. Assim como a perspectiva moral social, acerca de suas vivências, nota-se a moralidade mediante a ênfase no desacordo com seus irmãos.

Segundo Foucault (1971, p. 402), a religião constitui um dos elementos que podem contribuir para a formação da melancolia. Por meio da devoção, as práticas religiosas são capazes de construir paisagens simbólicas que potencializam o delírio. Ao evocar a *Encyclopédie*, Foucault (1971, p. 402) apresenta o seguinte discurso:

As impressões muito fortes sentidas por certos pregadores extremados, os temores excessivos que provocam os castigos com que nossa religião ameaça os infratores de sua lei causam, nos espíritos fracos, revoluções surpreendentes. Observou-se, no Hospital de Montélimar, várias mulheres atacadas de mania e melancolia em seguida a uma missão que estivera na cidade; eram continuamente assombradas por pinturas horríveis que impensadamente lhes tinham sido mostradas, só falavam em desespero, vingança, punição, etc., e uma, entre outras, não queria tomar remédio algum, acreditando estar no Inferno, e que nada poderia apagar o fogo pelo qual dizia estar sendo devorada

Tal citação permite traçar um paralelo com o discurso de Josephina registrado no relatório clínico, em que, segundo o médico, a paciente verbaliza a sensação de indignidade em relação ao alimento e manifesta a percepção de estar *“podre por dentro”*, evidenciando um forte componente de autopunição e culpa. Segundo o documento, Josephina não come porque: *“Zefinha não se alimenta mais;*

não tem tripas, coração nem veias: o miolo della já seccou; Zefinha só tem o casco cheio de vento e por isso quando ella se dita fica peneirando em cima da cama” (Celestino, 1921, p. 320).

Adiante, a privação alimentar aparece como um elemento a ser remediado pela culpa. A paciente afirma que não é ela quem digere os alimentos, e sim o demônio que a possuiu: *“quem bebe não é ella, é o demônio. Explica: Zefinha virou cão no dia de São João; elle entrou pela bocca, arrancou tudo por dentro, açoitou as partes (genitales) e ficou no peito esquerdo.”* (Celestino, 1921, p. 320).

A religião manifesta-se no discurso de Josephina enquanto um mecanismo de regulação de condutas. Deus, demônio e Nossa Senhora, aparecem como os responsáveis pela sua bênção e punição. Esses personagens podem ser caracterizados como elementos fundamentais na concepção de Josephina sobre sua realidade, apresentando a instituição religiosa como um dos elementos constituintes da sua formação social. Evidenciando o papel da instituição religiosa como componente fundamental em sua socialização e na internalização de normas morais.

Um outro elemento fundamental presente na Observação Clínica, é o relato de como Josephina se percebe fisicamente, de acordo com a paciente, diversas mudanças ocorreram em seu físico, como em seu cabelo, corpo e face: *“A sua voz não é a mesma; o seu corpo era bem-feito; o seu cabelo era lindo; e, assim tudo que lhe diz respeito está mudado”* (Celestino, 1921, p.321). Segundo Goffman (1974, p.29), tais transformações podem ocorrer a partir da relação do sujeito com seu entorno social, resultando em deformações na percepção de si, especialmente no que se refere à identidade. Nesse processo, as mulheres tendem a ser particularmente mais afetadas que os homens, tornando-se as principais vítimas das pressões sociais associadas às normas de aparência e comportamento (Goffman, 1974 p.29).

Figura 5: Josephina Silva na Gazeta Médica de 1921

Syndrome de Cotard
Comunicação feita a Sociedade Médica dos Hospitais pelo Dr. Murillo Celestino dos Santos em 20 de Novembro de 1921.



Josephina Silva
Doente apresentada a S. M. H. e que constituiu objecto da observação clinica publicada no ultimo numero da Gazeta.

Fonte: Gazeta Médica da Bahia, 1921

Mediante o diagnóstico oferecido pela equipe médica do hospício, sobre Josephina, o tratamento descrito no documento é medicamentoso, à base de ópio (10 a 40 gotas), com o propósito de acalmar a paciente e aliviar seu estado de angústia. As dimensões sociais presentes no histórico da paciente, embora registradas no documento, não são incorporadas de forma significativa à interpretação clínica apresentada. As agressões vivenciadas em seu relacionamento, os abusos sofridos, os abortos, assim como os traumas familiares e profissionais, não são considerados como fatores que influenciaram em seu quadro psíquico. Essas experiências, marcadas por sofrimento e violência, são secundarizadas pelos discursos clínicos, que priorizam uma abordagem biologizante e descontextualizada da saúde mental.

O médico define sua fisiologia e genética como os principais responsáveis pelo seu estado. Refere-se a depressão como consequência da culpabilidade exacerbada da paciente. Soma-se a culpabilidade, sua condição definida como “patológica”, atribuída às funções do organismo; a hereditariedade; a idade; a “influência do sexo” -como o fluxo menstrual e perturbações viscerais (Celestino, 1921, p.329), classificadas pelo médico como “perturbações orgânicas”:

das funções do organismo trazendo modificações pathologicas nos órgãos da nutrição, da circulação e nos grandes aparelhos da economia, determinando estados cacheticos com alterações do sangue» e de outros productos orgânicos. Estas perturbações orgânicas crescem tanto mais de importância no caso presente, porquanta se verificam diversas coincidências que se ajustam com as interpretações e deducções de alienistas eminentes. Krafft- Ebing reconhece a hereditariedade como causa predisponente da melancholia e as affecções do útero, principalmente a ablação e os deslocamentos deste órgão, como causa ocasional de importância: Kraepelin declara que a' causa mais directa da melancholia reside nas modificações somaticas da velhice: Regis põe em relevo a hereditariedade. Outros, emfim, salientam a influencia do sexo, das perturbações do fluxo catamenial, perturbações visceraes, auto-intoxicações, tranmatismos psychicos etc. (Celestino, 1921, p.328-329)

O discurso médico propõe analisar principalmente o estado físico da paciente, não levando em consideração o estado biopsicossocial. Ao referir-se a Josephina como 'a doente no hospício', indica um processo de individualização de seu caso, que a destaca dentro do contexto institucional e reforça uma identificação específica com a condição patológica atribuída.

A conceitualização médica ainda é o sistema mais amplamente aceito para definir os possíveis transtornos mentais. O olhar clínico tende a ser socialmente legitimado como o mais autorizado, com isso, observa-se que o discurso médico pode reduzir o sujeito à condição de objeto, submetendo-o a práticas de estudo e controle. Nesse processo, são aplicadas classificações, diagnósticos e intervenções que, muitas vezes, desconsideram o contexto social, histórico e subjetivo do sujeito. Rabello (2010, p.46) define a “construção social da doença”, onde a doença é constituída de forma multifatorial. Nessa perspectiva, fatores como: econômicos, políticos, sociais, culturais, emocionais, biológicos, entre outros, necessitam ser analisados e considerados pelo corpo médico.

Nos três documentos analisados, ocorre uma hierarquização dos saberes, onde a equipe médica, tanto no administrativo quanto na condução dos casos

clínicos, descreve e categoriza o sujeito com base nas suas próprias métricas. Essa centralidade do saber médico se manifesta por meio da aplicação de critérios técnicos e diagnósticos que muitas vezes desconsideram as particularidades sociais, históricas e subjetivas dos indivíduos analisados. Nesse contexto, os documentos analisados revelam não apenas práticas clínicas, mas também estruturas simbólicas que podem reproduzir relações de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres institucionalizadas.

Quando o contexto social, histórico e cultural das pacientes é negligenciado, o corpo médico pode reduzir experiências complexas a categorias patológicas. Dessa forma, o corpo clínico pode reforçar mecanismos de controle social ao atribuir diagnósticos que desconsideram fatores como gênero, classe, raça e vivências subjetivas. Assim, contribui-se para a construção de estigmas, como o da loucura.

Como apresentado pelo referencial teórico deste trabalho, a medicina psiquiátrica, historicamente, colaborou na normatização dos corpos e na exclusão daqueles considerados desviantes da ordem social. Tanto nos casos analisados quanto na produção teórica de autores como Goffman (1974) e Zanello (2012), é possível observar como a loucura, especialmente quando atribuída às mulheres, pode ter sido construída de maneira histórica, sendo um mecanismo de controle social. Essa construção serviu como disciplina moral, enquadrando comportamentos como, melancolia, psicoses, suicídio, tristeza, violência a categorias patológicas. Zanello (2012), ao investigar os atravessamentos de gênero e saúde mental, apresenta como os discursos psiquiátricos realizam uma associação entre feminino e instabilidade emocional, reforçando estigmas que ainda hoje moldam o imaginário social sobre a loucura e sua associação ao feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da leitura crítica dos documentos analisados, foi possível compreender como o modelo institucional e o discurso médico contribuíram, ao longo do tempo, para a consolidação de uma mentalidade que naturalizou o descaso, a exclusão e a patologização de determinados sujeitos.

Ao se considerar o homem como sujeito universal, como citado no capítulo I, a mulher ocupa o espaço do outro. Um outro estranho, visto como um objeto a ser explorado, dominado e inferiorizado. Diversas estratégias de controle foram construídas, dentre elas, a violência. François Vegès (2020) aponta o terror e o medo como estratégias de dominação utilizadas por um grupo dominante (homem) sob grupos dominados (mulheres). Dessa forma, observa-se que os mecanismos voltados à dominação feminina quase sempre estiveram presentes nas dinâmicas sociais, não sendo poupados esforços para consolidá-los. Entre essas estratégias de controle, destaca-se nesta pesquisa os internamentos psiquiátricos e as construções históricas e sociais que atribuíram às mulheres a marca da loucura, um estigma que, mesmo com transformações ao longo do tempo, ainda se fazem presentes nas estruturas sociais contemporâneas.

Nas trajetórias analisadas, observa-se que os casos registrados por médicos, majoritariamente homens, definiam quais sujeitos deveriam ser alvo de atenção especial por parte das instituições. Os marcadores de gênero revelam-se enquanto elementos relevantes nesse processo, evidenciando desigualdades significativas, sobretudo no caso de Josephina, em que a sua condição social foi associada à patologização. O caso de Josephina elucidou os apontamentos levantados nesta pesquisa: subjugada a partir da patologização biológica, seu caso clínico aponta a hereditariedade e a idade como principais fatores para seu enlouquecimento, e não necessariamente sua trajetória de vida, mesmo que esta seja citada no documento referenciado.

Com as transformações históricas a respeito dos conceitos apresentados nessa pesquisa, como o de gênero, hospícios e loucura, nota-se como estes fenômenos podem ser compreendidos de maneira plural. Do Egito Antigo à Idade

Média, essa pesquisa buscou traçar um percurso sócio-histórico acerca da loucura e sua associação ao gênero feminino.

A partir dos dados, nota-se o envolvimento entre as instâncias do sistema de relações de poder que envolvia gênero, saúde e sociedade. As representações sociais acerca do feminino possuem uma roupagem histórica, e atravessam o tempo e o espaço. A associação do feminino à delicadeza, sensibilidade e à suposta exacerbação das emoções construiu, historicamente, uma imagem das mulheres como sujeitos propensos à loucura e à neurose.

É importante salientar, que esta pesquisa não tem como objetivo afirmar que a violência psiquiátrica histórica ocorre exclusivamente com mulheres. Trata-se de um fenômeno complexo que atravessa diversas categorias sociais, como gênero, raça, classe e saúde, afetando diferentes grupos de maneira interseccional. As diversas esferas da sociedade estão, portanto, sujeitas ao acesso e, por vezes, à imposição das instituições analisadas. No entanto, esta investigação se propõe a examinar especificamente a relação entre tais espaços e o feminino, buscando compreender as particularidades que marcam a experiência das mulheres nesses contextos institucionais.

Analisar sociologicamente um caso do passado, implica em fornecer perspectivas sobre o presente. As Ciências Sociais podem oferecer instrumentos teóricos e metodológicos para compreender que determinadas mentalidades, práticas e discursos não se restringem ao seu tempo histórico de origem, mas se perpetuam por meio de estruturas sociais e instituições. Nesse sentido, observa-se que a lógica da patologização de determinados sujeitos, especialmente aqueles pertencentes a grupos socialmente marginalizados, ainda se reproduz no imaginário coletivo e no senso comum. Muitas vezes, os sujeitos são medicalizados ou rotulados como portadores de algum transtorno psíquico sem que haja uma análise crítica das condições sociais, econômicas, culturais e políticas que moldam suas experiências, comportamentos e personalidade.

Por exemplo, segundo Coelho (1969), a ideia de personalidade do sujeito pode estar relacionada a ideias sociais, ligadas a elementos como a generalização a sistemas aprendidos, normas sociais, sistema de tabus, sistemas ideológicos, segurança entre outros. Esses elementos se conectam com a construção da

realidade do sujeito, onde o mesmo passa agir através desses fatores. A quebra desses segmentos pode resultar em uma alteração à ordem social (Coelho, 1969, p. 204-205)

Por essa forma pretende salvar o que há de legítimo na herança durkheimiana. A personalidade básica, nesta acepção, é a versão individual das prescrições da estrutura social. Mas a exterioridade da estrutura social, como já foi estabelecido, é uma questão de ponto de vista metodológico. O que é dado à observação é o comportamento de homens concretos, em determinado grupo social. Este comportamento apresenta formas cristalizadas, relativamente estáveis, repetitivas e, em alguma medida, semelhantes para todos. O conjunto das normas assim configurado chamar-se-á simplesmente de estrutura social. (Coelho, 1969, p.210)

Frayze(1986, p.18) apresenta a loucura enquanto uma desorganização na personalidade do sujeito. A personalidade pode ser definida como a expressão do sujeito na sociedade, e sua desorganização, perante as condutas sociais, pode ser associada à loucura e/ou “doença mental”. Nesse sentido, segundo Frayze (1986, p.18), os transtornos mentais são diagnosticados com base no grau do funcionamento da personalidade.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), enquanto uma das principais referências na definição de transtornos psíquicos, contribui para uma possível individualização de certas características, ao enquadrá-las à condição médica, muitas vezes descontextualizando as condições sociais que os sujeitos estão inseridos. Essa lógica se articula à produção social do sofrimento psíquico, especialmente em contextos marcados pelo neoliberalismo — modelo econômico predominante no Ocidente — que atua como produtor da individualidade, moldando comportamentos e formas de sofrimento com base na possível individualização dos sujeitos (Motta, Oliveira e Mendes, 2024).

Percebe-se, portanto, que a ausência de uma análise sociológica do contexto que os sujeitos estão inseridos, contribui para a reprodução de estigmas históricos associados à loucura, reforçando práticas de exclusão e mecanismos de controle social. Ao desconsiderar os elementos sociais do sofrimento psíquico, corre-se o risco de reduzir a loucura a uma estipulação biológica e individualizada.

Esta pesquisa busca contribuir com o campo científico que compreende a loucura como uma possível construção social, e não apenas como uma condição biológica individual. Parte-se da crítica à concepção da loucura como um fenômeno

particular do sujeito, argumentando que essa perspectiva pode reforçar as relações de poder e formas de controle social exercidas sobre determinados corpos. Ao considerar a loucura como expressão histórica, cultural e social, propõe-se uma abordagem mais ampla e crítica sobre o sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e morte no maior hospício do Brasil**. 7. ed. São Paulo: Intrínseca, 201

ANDRADE, Maria Cristina. **PRODUÇÃO SOCIAL DAS DOENÇAS: A LOUCURA EM GÊNERO E CLASSE'** 31/03/2006

BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: fatos e mitos**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 4 ° ed, 1970

BERRIOS, German E. **Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual**. Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, v. 15, p. 590-608, 2012.

BRAH, Avtar. **Diferença, diversidade, diferenciação**. Cadernos pagu, p. 329-376, 2006.

BRETON, David. **Antropologia das Emoções**. Petrópolis: Editora Vozes, 2019.
CAMPOS, A; DUBEUX, T. **A sociedade melancólica e os estados de descontentamento social: uma análise psicanalítica sobre o desamparo social e a política da melancolização**. Revista Lumen, v. 29, n. 1, p. 65-82, 2020.

CAMARGO, Sílvio César. **Sobre o conceito de loucura: das psicoses à experiência social**. Diaphora, v. 9, n. 1, p. 84-90, 2020.

CAPPELLE, Mônica; MELO, Marlene; GONÇALVES, Carlos. **Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais**. Organizações Rurais & Agroindustriais, 2011.

COELHO, Ruy Galvão de Andrade. **Estrutura social e dinâmica psicológica**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1969

CONNELL, R.; PEARSE, R. **Gênero: uma perspectiva global**. São Paulo:Versos, 2015.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo – Juquery a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

COUTO, Rita Cristina C. de M. **EUGENIA, LOUCURA E CONDIÇÃO FEMININA NO BRASIL - AS PACIENTES DO SANATORIO PINEL DE PIRITUBA E O DISCURSO**

DOS MEDICOS E DOS LEIGOS DURANTE A DECADA DE 1930. Mestrado em HISTÓRIA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, São Paulo, 1994.

DAMATTA, Roberto. **Explorações: ensaios de sociologia interpretativa.** Rio de Janeiro. Rocco, 1986.

DELUMEAU, J. **O pecado e o medo. A história da culpabilização no ocidente** (éc.13 e 18). Vol. 1. Tradução de Álvaro Lorencini. Bauru/SP: Edusc, 2003

DELUMEAU, Jean. **História do Medo no Ocidente. 1300-1800** Uma Cidade Sitiada. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. 696 p.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006

DIAS, Marcelo Kimati. **A experiência social da psicose no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 4, p. 2155-2164, 2011.

DIAS, Maria Luiza. **Suicídio: Testemunhos de Adeus.** São Paulo: Brasiliense, 1997.

_____ **Suicídio e os testemunhos de adeus** / Maria Luiza Dias. – 2 ed – São Paulo: Blucher, 2024.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

DOS SANTOS MOTTA, Ananda; DE OLIVEIRA, Conrado MENDES, Kíssila. **Neoliberalismo e Patologização da Vida: Uma Análise Crítica da Depressão nos Manuais de Diagnósticos e Estatísticos dos Transtornos Mentais.** Cadernos de Psicologia, v. 6, n. 10, 2024.

DUARTE, Giovana; SPINELLI, Letícia Machado. **Estereótipos de gênero, divisão sexual do trabalho e dupla jornada.** Revista Sociais e Humanas, v. 32, n. 2, p. 126-146, 2019.

Durkheim, Émile, 1858-1917. **O suicídio: estudo de sociologia;** tradução Monica Stahel.- São Paulo: Martins Fontes, 2000.

EL-BAINY, IRIART. **O Mestre. A Instituição**. 1. ed. Salvador: Memorial Professor Juliano Moreira, 2007

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**; tradução Ciro Mioranza. São Paulo, Lafonte, 2020.

ENGEL, M. G. **Psiquiatria e feminilidade**. In: PRIÖRE, Mary Del (org.). *História das mulheres no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2001.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora da UnB, 2001

FRAYZE, J. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1968

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008

GARCIA, Carla Cristina. **OVELHAS NA NÉVOA: UM ESTUDO SOBRE AS MULHERES E A LOUCURA**. Mestrado em CIÊNCIAS SOCIAIS Instituição de Ensino: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, São Paulo, 1991.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.

História das mulheres no Brasil / Mary Del Priore (org). 7. ed. – São Paulo : Contexto, 2004

KEHL, Maria Rita. **Melancolia e criação**. In: FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. São Paulo: Cosac & Naify, 2011.

KINKER, Fernando Sfair. **O lugar do hospital psiquiátrico na atualidade: da disciplina ao abandono**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, v. 23, n. 2, p. 178–185, 2012

LACAN, J. (1955-56). **O seminário, Livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LE BRETON, D. **As paixões ordinárias: antropologia das emoções**. Petrópolis: Vozes, 2009

LOPES, F. **A experiência do suicídio: discursos médicos no Brasil, 1830-1900**. Tese (Doutorado). São Paulo/Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2003.

MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida. **GÊNERO SEM RAZÃO: MULHERES E LOUCURA NO SERTÃO NORTE-MINEIRO'** 28/02/2009 101 f. Mestrado em DESENVOLVIMENTO SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, Montes Claros Biblioteca Depositária: UNIMONTES

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.] ; 5. ed.

MATOS, M. I. S. de., & PEREIRA, B. S. B. (2022). **Prontuários femininos do Sanatório Pinel/SP (1929-1944)**. Revista Estudos Feministas, 2022.

MEAD, Margaret [1935]. **Sexo e temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 2000.

MINAYO, Maria. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. **Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, jun. 2008

PEREIRA, Gylmara. **A Culpa e suas relações com a religiosidade e com o sentido da vida**. 2012.

PESSOTTI, Isaias. **Loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed Trinta e Quatro, 1994
APA

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. Editora 34, 1996.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Zahar. 2010

RABELLO, LS. **A medicina como instituição social**. In: Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010

RAMALHO, Fernanda Naira Zambelli. **Interação entre cor de pele autodeclarada e adversidades sociais como fator de risco para as psicoses**. 2023.

RIOS, V. **O Asylo de São João de Deos: as faces da loucura**. 2006. 251 f. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

ROCHA, Everardo P. Guimarães. **O que é etnocentrismo**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

RODRIGUES, M. **O Corpo, a Mente e o Espírito do Negro Brasileiro: raça, loucura e religião na obra de Nina Rodrigues**. 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011

RODRIGUES, Nina. **Mestiçagem, degenerescência e crime**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 15, p. 1151-1180, 2008.

RODRIGUES, Nina. **O alienado no Direito Civil Brasileiro**. São Paulo. Companhia Editorial Nacional, 1939

TARSO, V. N. S. D. (2009). **Corpos instáveis, mentes insanas: a mulher e a medicina mental nas teses da Faculdade de Medicina da Bahia (Salvador, 1900-1920)**. *Histórica* (Revista Eletrônica do Arquivo Público do Estado de São Paulo).

TOLEDO, Eliza Teixeira de. **A circulação e aplicação da psicocirurgia no Hospital Psiquiátrico do Juquery, São Paulo: uma questão de gênero (1936-1956)**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2022.

Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador – Bahia
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100009

Sales, M. G. L. de, Mendes, R. C., et al. (2014). *Culpabilização feminina na sociedade: relatos de grupo de mulheres no município de Areia-PB*. *Anais I CONEDU*.

SAMPAIO, Leonardo; NETO, Francisco. **Psiquiatria-O essencial**. São Paulo, 2018.

SANTOS, R. **Loucura, Subjetivação e Gênero: Uma Leitura do Caso do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, em Goiânia**. Arquivos do CMD, [S. l.], v. 5, n. 2, 2019. DOI: 10.26512/cmd.v5i2.22021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/CMD/article/view/22021> . Acesso em: 26 ago. 2024.

SCLIAR, M. J. **Enigmas da Culpa**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2007. Coleção Filosófica.

SCHMITZ, Erik Dorff. **Uma breve história da histeria: da antiguidade até os tempos atuais**. Revista Mosaico-Revista de História, v. 14, n. 2, p. 227-238, 2021.

SILVA, V. **Equilíbrio Distante: a mulher, a medicina mental e o asilo. Bahia 1874-1912'** 31/10/2005 145 f. Mestrado em HISTÓRIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, Salvador Biblioteca Depositária: Biblioteca Isaías Alves e Biblioteca Central da UFBA

SIMIQUELI, Felipe Resende. **Por uma Sociologia da Loucura: Estudos entre norma e insanidade**. 2020.

SCOTT, Joan W. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade, vol. 16, no 2, Porto Alegre, jul./dez. 1995

SCOTT, Joan Wallack. **Prefácio a gender and politics of history**. Cadernos pagu, n. 3, p. 11-27, 1994.

VERGÈS, F. **“Definir um campo: O feminismo decolonial”**. Um feminismo decolonial. São Paulo: Editora Ubu, 2020

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; BANDEIRA, Marina Bittencourt. **Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 29, p. 294-304, 2007.

ZEDNER, L. **Controle social**. In: OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. et al. Dicionário do Pensamento Social no Século XX Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p.138-139.

ZANELLO, V. **Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica**. In: ZANELLO, Valeska et al. (Org.). Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares. Brasília: ExLibris, 2010

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. **Loucura e cultura : uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados**. estudos feministas, v. 20-21, jul./dez. 2011 - jan./jun. 2012.

ZELL, Flavia Siqueira Correia. **O silêncio das inocentes: o estigma da periculosidade e a internação perpétua de mulheres que cumprem medida de segurança no estado do Pará'** 14/04/2021 154 f. Doutorado em ANTROPOLOGIA

Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, Belém Biblioteca
Depositária: undefined

DOCUMENTOS

BRASIL. **Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916.** Código Civil. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm Acesso em: 24 de mai de 2025

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília,2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde,2011.

CELESTINO, M. **A Syndrome de Cotard.** Gazeta Médica da Bahia, 1921. Salvador, Bahia. Disponível em:
<https://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/927/909> Acesso em: 8 de junho de 2025

NOVIS, A. **Relatório do Diretor.** Salvador: Imprensa Oficial do Estado da Bahia, Diretoria Geral de Saúde Pública, 1921.

PRAGUER, A. **Assistência dos Alienados na Bahia.** Salvador, Bahia, 1919.