



O

PARENTESCO

IMAGINÁRIO

CRISTINA LOYOLA MIRANDA

A partir de sua experiência cotidiana no lidar com a loucura como enfermeira de uma instituição psiquiátrica, Cristina Loyola construiu a questão (teórica e prática) de sua pesquisa: por que os loucos são tratados ainda hoje de maneira hedionda nos asilos? O que leva saberes e práticas profissionais a institucionalizarem atitudes, gestos, rituais de repressão, às vezes de verdadeira tortura dos loucos?

Cristina vai buscar na história da psiquiatria, e mais especificamente na história da enfermagem psiquiátrica no Brasil, as respostas para essa aparente contradição, e para a continuidade de relações opressivas no espaço asilar.

Madel Luz

ISBN 85-249-0515-9



9 788524 905155

 CORTEZ
EDITORAS

UFRJ
EDITORAS

CRISTINA LOYOLA MIRANDA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Miranda, Cristina Loyola

O parentesco imaginário : história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar / Cristina Loyola Miranda. – São Paulo : Cortez ; Rio de Janeiro : Editora da UFRJ, 1994.

Apoio: Fundação Universitária José Bonifácio.

Bibliografia.

ISBN 85-249-0515-9

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Enfermagem psiquiátrica – Brasil
3. Enfermagem psiquiátrica – História – Brasil 4. Enfermeiro e paciente
I. Título. II. Título : História e representação social da loucura nas relações
do espaço asilar.

94-0574

CDD-610.736881

Índices para catálogo sistemático:

1. Brasil : Enfermagem psiquiátrica : Ciências médicas 610.736881

O PARENTESCO IMAGINÁRIO: História e representação social da loucura
nas relações do espaço asilar

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Editora UFRJ

Conselho Editorial

Darcy Fontoura de Almeida, Gerd Bornheim, Gilberto Velho,
Giulio Massarani, José Murilo de Carvalho, Margarida de Souza Neves,
Silviano Santiago, Wanderley Guilherme dos Santos

Editora UFRJ

Forum de Ciência e Cultura
Av. Pasteur, 250 — 1º — Rio de Janeiro
CEP 22306-240
Tel.: 295 1595 r. 18/19 FAX: (021) 295 2346

Apoio



Fundação Universitária José Bonifácio

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada sem autorização expressa da autora e dos editores.

© 1993 by Autora

Direitos para esta edição
CORTEZ EDITORA
Rua Bartira, 387 — tel.: (011)864-0111
05009-000 — São Paulo - SP

Impresso no Brasil - março de 1994



Dedico este trabalho a PAUL MICHEL FOUCAULT, com toda a humildade do meu anonimato diante da grandiosidade da sua obra. Pela questão fundamental de ter aprendido com ele nas pequenas leituras que fiz em seus livros, de que "há momentos na vida em que a questão de saber se podemos pensar diferentemente do que pensamos e perceber diferentemente do que percebemos é indispensável para continuar a olhar e a refletir".

Paul Michel Foucault
Professor do Collège de France 1926 - 1984

SUMÁRIO

<i>Prefácio</i>	9
1. Objeto e contexto	11
2. A Instrução profissional a partir do mito de origem	23
3. O discurso da sexualidade como um dos eixos de instrução da enfermagem moderna	33
4. A enfermagem como profissão no Brasil	41
5. A caminhada do louco até o século XIX: o doente mental e a grande internação	49
6. O estudo	64
7. O nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil: o discurso moral e a sexualidade	83
8. “O cansaço da fadiga do repouso”	123
9. A memória e a prática	137
<i>Bibliografia</i>	143
<i>Anexos</i>	153
1. A identidade da enfermeira e o mito Florence Nightingale .	153
2. Roteiro de entrevista	169

“O mais forte não é nunca forte o bastante para ser sempre o senhor, se não transforma sua força em direito e a obediência em dever”.

Rousseau

Prefácio

Este prefácio é dedicado ao meu professor e orientador, o psiquiatra e historiador Luiz Carlos Góes, que faleceu em 2000, e que sempre me apoiou e estimou. Ele é o autor da introdução ao meu trabalho de mestrado, que é o tema central da presente edição. Góes é um dos poucos historiadores que se dedicaram ao estudo da história da loucura no Brasil, e seu trabalho é fundamental para a compreensão da complexidade das relações entre loucura e sociedade. Ele sempre defendeu a necessidade de uma abordagem crítica e reflexiva da história da loucura, e seu legado permanece vivo na pesquisa e na docência.

A partir de sua experiência cotidiana no lidar com a loucura como enfermeira de uma instituição psiquiátrica, Cristina Loyola construiu a questão (teórica e prática) de sua pesquisa: por que os loucos são tratados ainda hoje de maneira hedionda nos asilos? O que leva saberes e práticas profissionais a institucionalizarem atitudes, gestos, rituais de repressão, às vezes de verdadeira tortura dos loucos?

Mesmo quando o discurso psiquiátrico social é “progressista”, reformista face ao asilo, as práticas cotidianas dos cuidadores dos loucos ratificam e reproduzem práticas e relações sociais seculares.

Cristina vai buscar na história da psiquiatria, e mais especificamente na história da enfermagem psiquiátrica no Brasil, as respostas para essa aparente contradição, e para a continuidade de relações opressivas no espaço asilar.

Apoiando-se teoricamente em Michel Foucault, Cristina elabora, entretanto, com grande originalidade, certos traços fundamentais recorrentes nas representações sociais sobre a loucura, que permearam, desde sua origem, o saber e as práticas asilares psiquiátricas dos últimos três séculos.

Analisa em seguida o nascimento da enfermagem psiquiátrica brasileira e seu papel na institucionalização do louco. Nesse momento coloca a questão que é, do meu ponto de vista, sua melhor contribuição neste retrair do “parentesco imaginário” da psiquiatria e das representações populares sobre à loucura:

Cristina reconstrói a história da enfermagem psiquiátrica moderna, no Brasil, fora do modelo de Florence Nightingale, e o papel da *mulher enfermeira* como guardiã e cuidadora do louco, a partir do assexuado modelo do “anjo branco”.

Entretanto, a própria enfermagem psiquiátrica será desde então permeada pelas seculares representações coletivas sobre o louco, onde se misturam “o medo, o riso, a piedade, a exclusão, a menorização, a moralização a marginalização e, finalmente, a patologização”, através da medicalização da loucura.

Tais representações informam ainda hoje as medidas tomadas cotidianamente a respeito do louco pelos profissionais do asilo, alheio à humanidade e à cidadania dessas pessoas vulnerabilizadas pelo seu psiquismo.

Cristina nos mostra como convivem nesses profissionais saber douto e representações populares sobre a loucura sem se conflitarem. Talvez mesmo esse “parentesco” acentue os efeitos do poder profissional, traduzidos nas formas de intervenção e no cerceamento total da vida dos internos.

Madel T. Luz

1

Objeto e contexto

A proposta desta investigação é questionar as características formadoras da prática da assistência de enfermagem psiquiátrica no Brasil, entendendo-a como historicamente construída, portanto não linear, e repleta de contradições, influenciada diretamente pelo saber médico construído sobre o doente mental, saber este pautado no modelo importado da França, e a partir da grande internação que caracterizou o século XIX, na Europa Ocidental. Além dessas questões, consideramos oportuno recuperar um pouco da história do mito de origem da enfermagem moderna, Miss Florence Nightingale e o contexto histórico anterior e contemporâneo à sua vida, na medida em que o sistema de formação de enfermeiras dominante no Brasil, desde sua implantação até nossos dias, é o Sistema Nightingale.

Gostaríamos de destacar, neste recuo histórico, a criação, no final do século XIX, no Rio de Janeiro, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, junto ao Hospício Nacional de Alienados¹, como a primeira escola brasileira a formar profissionais de enferma-

gem², mesmo que fora do Sistema Nightingale. Este fato assume características de relevância no conhecimento de contradições concretas e implícitas na criação desta Escola, que poderão ser capazes de manifestar as tensões, quase sempre ocultas, entre discurso e prática, ciência, e saber, saber e poder, razão e sentimentos. Sobretudo se o objeto de mediação entre esses movimentos nem sempre sincrônicos é o louco.

Um dos nossos objetivos é detectar na prática atual da enfermagem psiquiátrica um certo renovar-se das representações seculares da loucura, tão bem descritas por Michel Foucault³; a permanência de certas representações sociais e imaginárias coletivas sobre o louco, nas quais a racionalidade do discurso científico burilou e academizou alguns conceitos, mas não conseguiu romper com a continuidade e a eficiência do ideário coletivo. Em outras palavras, como certas representações da loucura, que precederam de muito, no tempo (como medida apenas cronológica e quantitativa), a situação atual dos hospitais psiquiátricos, permanecem instruindo subjetivamente, mas com bastante eficácia e produtividade, a modalidade e a qualidade da assistência de enfermagem psiquiátrica prestada ao chamado doente mental institucionalizado.

A enfermeira ocupa atualmente, dentro da equipe de saúde no Brasil, posição singular; cabe a ela a liderança oficial de mais de 50% da força de trabalho em saúde. Na realidade, essa metade do total de pessoas que trabalha no setor de saúde compõe o que se chama de *enfermagem*, um amplo, numeroso e complexo grupo. E, nesse grupo, as enfermeiras são minoria (8,5%), embora ainda detenham poder decisório formal e a elas caibam sob o ponto de vista legal, a liderança e a chefia do restante do grupo de enfermagem (com variados graus de formação).

A enfermeira é uma categoria heterogênea, tanto nos aspectos relativos à sua formação acadêmica (qualitativa e quantitativamente falando), quanto na ideologia e orientação de suas práticas profissionais. Ela é formada para o cuidado direto ao paciente e, de um modo

geral, será empregada em funções administrativas (nas instituições hospitalares principalmente). Pressupõe-se a sua função de pesquisadora, mas é uma categoria com baixa produção científica, mesmo no grupo das enfermeiras docentes, no espaço da academia. A função do ensino na prática assistencial é rarefeita; na prática docente, embora mais concreta em situações de ensino teórico, quando nas de ensino prático, encontra sérias dificuldades nas tramas da tão decantada *integração docente assistencial*, trama esta urdida nas relações de poder microinstitucional das instituições médicas.

A chamada enfermagem moderna tem origem no século XIX, na Inglaterra vitoriana. Não se liga apenas à pessoa de Florence Nightingale, mas decorre das suas idéias e das suas propostas de trabalho, bem como das obras que ela realizou ao longo de seus 91 anos de vida.

Esse mito de origem, não isento de contradições, mantém seus princípios norteadores até nossos dias, mas com dificuldades. Está presente no ideário popular, oscilando num certo dualismo entre o sagrado e o profano. A ética do órgão formador atual determina como deve ser o comportamento da enfermeira: antes de tudo, assexuada, *anjo branco*; se possível, silenciosa, generosa e firme; no mínimo, discreta e incansável, gentil e atenciosa, porém competente, objetiva e pragmática. Sem dúvida, esta determinação positiva (explícita) do seu comportamento só pode existir a partir da preexistência de outra, implícita, do comportamento que *não se deve ter*.

É fato estabelecido e aceito pelas escolas de enfermagem hoje em dia que Miss Nightingale determinou um marco na história da enfermagem, ao propor uma outra forma de assistir em “enfermagem”, a partir do treinamento de *agentes de saúde* em escolas (de enfermagem), rompendo então com uma prática anterior, em que não havia nenhum treinamento sistematizado e oficializado por um órgão formador que capacitasse para a prática de *assistir em saúde* e que formasse *enfermeiras*.

Aparece então a categoria *nurse*, que identifica as mulheres treinadas por Florence Nightingale para prestarem assistência de saúde

hospitalar. E ela mesma dizia, à época, que usava este termo por não encontrar outro melhor⁴, destacando o seu sentido limitado a pouco mais que a administração de medicamentos.

É interessante notar que o termo *nurse*⁵ aparece registrado pela primeira vez, em língua inglesa, no ano de 1526, significando “mulher que amamenta ou que cuida”.

Na língua francesa, o termo *infirmière* data de 1398 e significa “pessoa que cuida dos doentes numa enfermaria clínica de hospital”. É possível que tenha originado o termo *infirmière*, que aparece em 1606 e significa “local onde vivem as comunidades destinadas a receber e a cuidar dos doentes, feridos, ou a lhes dar os primeiros cuidados antes de os transferir para o hospital”⁶. Na língua portuguesa, o termo “enfermeira” é registrado, no século XIII, como enfermar, igual a “ficar doente”, do latim *infirmare*⁷. O termo enfermeira vai significar “pessoa que toma conta de enfermos”, derivando de enfermo + eira, cujo substantivo masculino será “enfermeiro”⁸. Há uma ampliação progressiva do significado do termo “enfermeira” para “mulher diplomada em enfermagem e/ou profissional dessa arte, mulher que cuida de enfermos” e, por extensão, “mulher carinhosa com os doentes”⁹. Na realidade, a categoria “enfermeira”, *nurse* ou *infirmière* compreenderão significados que vão desde cuidar de doentes em ambientes hospitalares à mulher que amamenta ou que cuida de outrem, suprindo uma ausência ou carência (mãe adotiva, mãe-de-leite, por exemplo) quando em função adjetiva, à forma carinhosa de cuidar dos doentes, restrita às profissionais do sexo feminino.

Na realidade, a ênfase hospitalar e de doença, que aparece com mais transparência no significado francês do termo *infirmière*, é compreensível, na medida em que as primeiras *nurses* foram treinadas em ambientes hospitalares e, mais ainda, foram enviadas junto com Florence Nightingale para atuar nos hospitais militares ingleses na Guerra da Criméia, em Scutari, setor asiático da cidade de Constantinopla, na Turquia.

A “Revolução Nightingale” não propôs somente uma escola para formar enfermeiras do ponto de vista do aprendizado técnico-

científico e do treinamento prático. Havia também a idéia, nem sempre explícita, de atrair candidatas ao curso, a partir de um nível sócio-econômico mais privilegiado, tal como era o nível da classe social à qual pertencia Florence. Havia dois problemas na questão: um deles era o fato de que, para prestar assistência de saúde nos hospitais, era obrigatório, segundo o pensamento de Florence, um aprendizado específico, e foi ela quem usou pela primeira vez a expressão *estudar enfermagem*.¹⁰

Por outro lado, essas *práticas de saúde*, à época vitoriana, eram realizadas majoritariamente por mulheres leigas ou religiosas.¹¹ Quanto às irmãs de caridade ou devotas (diaconisas)¹², a rigidez disciplinar da religião não permitia o comportamento encontrado nas outras mulheres, *enfermeiras leigas dos hospitais*. Charles Dickens, em dois romances famosos, *Oliver Twist* e *Martin Chuzzlewitt*, descreveu com precisão os tipos de enfermeiras de então: mulheres bêbadas, miseráveis, rudes, grosseiras, prostitutas, maltrapilhas que propiciavam e se sujeitavam a todo tipo de desonestidade. Florence se preocupava sobremaneira com a origem sócio-econômica e a formação moral das *nurses*, e sua proposta de escola de enfermagem trazia dentro de si algumas soluções corretivas para essa questão, sobretudo quanto ao comportamento moral das mulheres, o que abordaremos com mais detalhes posteriormente.

Além de se preocupar com a falta de treinamento e de estudo para desenvolver a prática de cuidar dos doentes e com a procedência sócio-econômica e o comportamento moral das *enfermeiras*, Miss Nightingale também levantou outra questão, cuja polêmica remanesce: as enfermeiras deveriam ser chefiadas por uma *supervisora enfermeira* e não por um *médico* ou um *sacerdote*, como era hábito nos hospitais de então.

Poderíamos afirmar que a “Revolução Nightingale”, além de estabelecer o marco da enfermagem moderna no mundo, levantou três questões fundamentais, que até hoje são objeto de discussão: uma delas é a respeito da necessidade absoluta da capacitação técnica da

nurse para cuidar de doentes; outra é a situação delicada e complexa de abordar e discutir a procedência sócio-econômica e cultural dessas mulheres e a função do órgão formador nessa questão; e, como ponto moderno, presente e conflituoso, a questão da relação com o saber médico e com o discurso hegemônico da medicina nas instituições hospitalares.

Ressaltamos, entretanto, que sobre o hospício e o doente mental, a respeito do qual o internamento clássico já havia criado um estado de alienação, figuras como Samuel Tuke e Philippe Pinel já haviam consagrado, publicamente, que “o louco doravante está livre e excluído de sua liberdade”¹³, ou seja, já se iniciava a legalização de um discurso médico psiquiátrico sobre o louco isolado. No entanto, essa *clientela* não foi objeto de interesse explícito para a enfermagem moderna, nem na chamada “Revolução Nightingale” da Inglaterra vitoriana abarrotada de hospícios, nem na implantação desse modelo no Brasil do século XX.

À época de Miss Nightingale, Elizabeth Fry¹⁴ trabalhou com a reforma das prisões, que encarceravam populações bastante heterogêneas, tais como vagabundos, assassinos, doentes mentais, desempregados, ou velhos doentes. Mas Elizabeth Fry (1780-1845) desenvolvia um trabalho filantrópico e não era uma enfermeira.¹⁵ Era uma mulher de classe média, ocupada com o dia-a-dia das obrigações sociais, embora tenha contribuído grandemente para a humanização das prisões na Inglaterra. Mrs. Fry era uma reformadora social, filantrópica, identificada com as reformas sociais incipientes em sua época.

Também contemporânea de Florence, mas nascida na América do Norte, Dorothea Lynde Dix (1802-1887) não era enfermeira, mas dedicava sua vida ao bem-estar dos doentes mentais e dos criminosos, trabalho pelo qual recebeu o título de *John Howard of America*¹⁶. Apesar de não ter preparo formal em enfermagem (não ser uma *nurse*), Miss Dix possuía competências administrativas adquiridas em seus esforços humanitários anteriores na área de saúde mental¹⁷, tendo ocupado cargo importante na assistência de saúde durante a guerra civil americana.

Embora tenhamos todos esses registros de lutas e movimentações em torno da humanização das prisões e dos hospícios no século XIX, a verdade é que essa clientela não ocupou as atenções de Miss Nightingale como pacientes que necessitassem de assistência de enfermeiras e de seu trabalho capacitado.

No Brasil, com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery (1923), considerada escola-padrão, pautada no Sistema Nightingale, as coisas não foram muito diferentes.

Embora o regimento interno do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública do ano de 1926¹⁸ regulamente no artigo 55 a parte geral do curso e este contenha *A arte da enfermeira em doenças nervosas e mentais*, sabemos que tal disciplina não era dada.¹⁹

Considerando que em 1841 o imperador criou o Hospício Pedro II, que em 1890 foi criada uma escola especialmente ligada ao Hospital Nacional de Alienados, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, e que, em 1912, a psiquiatria tinha se tornado especialidade médica autônoma (o ensino regular da psiquiatria aos médicos generalistas foi oficializado em 1886), dificilmente poderíamos atribuir ao *esquecimento* do doente mental como clientela merecedora de assistência de saúde por parte de enfermeiras.

Entendemos que as respostas a tantas questões, aparentemente contraditórias, não estão prontas nem no discurso de seus atores, os herdeiros atuais da loucura, nem no daquelas que supostamente deveriam assisti-los enquanto enfermeiras. Tampouco devem estar registradas nos acervos históricos institucionais. Cabe-nos o desafio deste rastreamento sócio-histórico, levantando fatos, depoimentos e registros desses atores, para ordená-los e ensaiar uma tentativa de interpretação dos seus significados.

O rastreamento histórico puro, a partir do mito de origem, não se mostrou suficiente para esclarecer muitos pontos. Nem mesmo a recuperação da construção histórica do processo social do que veio

a se tornar a atual enfermagem profissional respondeu a todas as questões.

Vários trabalhos que recuperam a história da enfermagem moderna sob a perspectiva do materialismo histórico vêm sendo realizados, sobretudo a partir da década de 80.²⁰ Não se trata, portanto, de reescrever a história da enfermagem moderna. Trata-se de realizar uma análise sócio-histórica da construção da identidade da enfermeira em psiquiatria, buscando a interpretação de seus significados, na perspectiva da “ciência da cultura como uma ciência interpretativa à procura de significados e não como uma ciência experimental à procura de leis”.²¹

É necessário também fazer uma reconstrução não apenas histórica, mas sobretudo *sócio-histórica* do mito de origem da enfermagem moderna.

Como Miss Florence Nightingale e sua proposta *revolucionária* de formar *nurses*, percorrendo quase 150 anos de história, vem instruir a formação de enfermeiras na atualidade, dentre elas a enfermeira psiquiátrica?

Por que a assistência de enfermagem ao doente mental, o qual já abarrotava os asilos do século XIX, não pareceu ter sido uma das preocupações maiores de Miss Nightingale?

Por que motivos aquilo a que se chamou de prática psiquiátrica, cuja orientação era a de uma tática moral, contemporânea ao final do século XVIII, preservada nos ritos da vida asilar e mergulhada nos mitos do positivismo²², não foi objeto de atenção assistencial da “Revolução Nightingale” nascente?

Em que momento sócio-histórico o cuidado do louco adquire *status* suficiente para se tornar objeto da assistência da enfermeira e por quais razões?

Como se comportavam em relação a essa herança histórica as primeiras escolas de enfermagem no Brasil na instrução da enfermagem psiquiátrica?

Seria possível pontilar um parentesco imaginário entre a história das idéias do louco e o descaso com que são tratados os doentes mentais nos asilos de hoje?

Entendemos que a opção por um método de investigação se dá na relação entre o conhecimento que se tem sobre um determinado tema e a realidade que se quer conhecer.

O conhecimento que temos da prática assistencial da enfermagem psiquiátrica, como docente na área por quase dez anos, é o de um total descaso e um descompromisso indiferente para com o cliente, protegido sob o escudo tarefeiro de reproduzir o saber médico, ao se dar a medicação prescrita. No mais, e às vezes, é lavar, vestir, alimentar e dar uma cama para dormir.

Notas

1. MOREIRA, Almerinda. *Escola de enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. [Dissertação de Mestrado apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro, mimeo, vol. I, 1990.

2. Neste estudo, a categoria enfermeira terá o mesmo significado de *nurse*, ou seja, profissional de enfermagem de nível superior que é produto da “Reforma Nightingale” e de seu sistema de formação, conforme será melhor detalhado ao longo deste trabalho.

3. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1972.

4. NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing: what is and what is not*. Nova York, Dover Publications, 1969.

5. A palavra é uma forma reduzida de *nourish* (nutrir) e, quando aplicada a uma mulher, significa “amamentar, cuidar ou simplesmente tomar conta de uma criança”. Pode significar também “segurar carinhosa e cuidadosamente nos braços”. Os termos *nurse-child*, *nurse-father*, *nurse-mother* significam o mesmo que *foster-child*, *foster-father* e *foster-mother*, respectivamente “filho de leite ou de criação”, “pai adotivo” e “mãe adotiva”. Interessante lembrar que o termo *nurse tree* aparece registrado no ano de 1857 significando “árvore plantada para proteger outras; árvore que suporta uma planta parasita”. *The shorter Oxford English Dictionary*, Clarendon Press, vol. II, 1911, p. 1.345.

6. ROBERT, Paul. *Dictionnaire Alphabétique et analogique de la langue française*. Paris, Société du Nouveau Littré, vol. 3, 1960, p. 754.
7. CUNHA, Antonio Geraldo da. *Dicionário Etimológico. Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982, p. 298.
8. BUENO, Francisco da Silveira. *Grande Dicionário Etimológico — Prosódico da Língua Portuguesa*. São Paulo, Ed. Lisa, vol. 3, 1988, p. 1117.
9. HOLANDA, Aurélio Buarque de. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986, p. 651.
10. Isto se constituía em uma novidade absoluta, pois as mulheres de seu tempo ignoravam completamente que, “se quisermos fazer algo corretamente, devemos aprender a fazê-lo”. A prática de cuidar dos doentes era percebida como um “dom” nato e ligado ao sexo feminino, à arte de ser mulher, administrar uma casa, procriar e cuidar de crianças no lar. Cf. SEYMER, Lucy Ridgely. *Florence Nightingale — pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina*. São Paulo, Melhoramentos, Coleção Vidas Famosas, vol. 6, s.d.
11. Até cerca do século XV a enfermagem era função quase que exclusiva da Igreja, sendo chamado o “espírito cristão” o seu eixo orientador. A Reforma, expulsando as religiosas dos hospitais, precipitou o “período negro da enfermagem”, fazendo aparecer a “enfermeira” do tipo descrito por Charles Dickens, no seu romance *Martin Chuzzlewitt*. Cf. PAIXÃO, Waleska, *História da enfermagem*. 4. ed. rev. amp. Rio de Janeiro, Bruno Burcini, 1969, pp. 46-49, e DICKENS, Charles, *Life and adventures of Martin Chuzzlewitt*, Londres, Chapman and Hall, 1890 (Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro).
12. PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. Op. cit., p. 59.
13. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 508.
14. DONAHUE, Patrícia. *Nursing: the finest art and illustrated history*. Saint-Louis/Missouri/USA, C.V. Mosby Company, 1985, p. 225.
15. JAMIESON, Marion & SEWALL, Mary. *Trends in nursing history*. 2. ed., rev. Filadélfia/USA, Saunders Company, 1944, p. 287.
16. John Howard (1727-1789) escreveu *Hospitals and lazarettos*. Era protestante, ex-prisioneiro de guerra na França. Depois de solto, visitou inúmeras prisões em todo o mundo. Para Howard, havia alguma conexão entre o cuidado da doença como ele havia visto nas prisões e aquelas instituições designadas para *doenças segregadas*. Suas observações eram críticas e baseadas na experiência. Howard morreu em 1789, e 25 anos após Elizabeth Fry deu prosseguimento ao seu trabalho de reforma social. Cf. JAMIESON, Marion & SEWALL, Mary. *Trends in nursing history*. Op. cit., p. 351.
17. DONAHUE, Patrícia. *Nursing: the finest art and illustrated history*. Op. cit., pp. 293-294.
18. Este documento pertence ao Arquivo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
19. Em consulta ao Arquivo Histórico EEAN/UFRJ, na seção de históricos escolares, pudemos comprovar no histórico da aluna H.M.C.V., aluna em 1925, um risco sobre o título “Doenças mentais e nervosas” e sobreescrito “Doenças venéreas”, dado pelo Dr. J. Mota, sob a forma de pagamento, no primeiro ano do curso, com cinco lições sob a modalidade de conferência (ver processo da interessada de nº 12894/58 da expedição de tempo de serviço com Merno nº 559, assinado “providencie-se” em 28/05/1958, pela professora Waleska Paixão). Arquivo Histórico da EEAN/UFRJ.
20. Algumas referências para consulta podem ser dadas sobre este tema: ALMEIDA, M.C.P. & ROCHA, J.S. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986; GERMANO, R. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 2. ed. São Paulo, Cortez, 1985. SILVA, G.B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.
21. Cf. LIMA, R.K. citando SAHLINS, M.D. no verbete “Ritual” In: *Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1987, p. 1082.
22. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 501.

A instrução profissional a partir do mito de origem

O nascimento da chamada enfermagem moderna (século XIX) acontece em meio a uma crise do pensamento científico, no momento em que ele “percorreu aquela encruzilhada — ou aquele caminho trágico para a humanidade —, em que verdade e paixão, razão e emoção, sentimento e vontade, beleza e sentidos se deram adeus”.¹ A ciência passou a acreditar-se neutra em face da história, independente em face das paixões do sujeito. Solidificando a sua proposta de única produtora de verdades, postulou-se como isenta de ideologia.

Aproximando-nos da área de atuação mais específica de Florence, a área de *saúde* e por extensão a *área médica*, o século XIX vai indicar o momento de uma transformação fundamental na organização do conhecimento e da prática médica, que passa a se apresentar como “medicina científica”, provocando mudanças em seus objetos, conceitos e métodos.

A idéia de que cabia à iniciativa pública intervir nas condições de saúde coletivas desenvolver-se-ia amplamente a partir do final do

século XVIII. Na França, as mudanças suscitadas pela revolução de 1789 trouxeram novas concepções sobre políticas públicas², sobretudo às noções de “serviço público”, “interesse público” e “utilidade social”.

Embora ainda não estivesse estabelecida a relação microbiológica direta entre microorganismos e doença, o que só viria a ocorrer em meados do século XIX na Europa, a teoria dos miasmas, então vigente na saúde pública, apontava para uma relação de causalidade entre as febres epidêmicas e a putrefação de materiais orgânico, vegetal e águas estagnadas.³

A história da saúde pública, como área de estudo e de ação, contém duas faces: a natureza biológica e a natureza social do homem. Como organismo biológico, ele está sujeito a necessidades fundamentais mais ou menos fixas e a processos vitais. Entretanto, é a sua natureza social, variável em organizações sociais maiores ou menores, que vai levar a uma relação de forças determinante para o bem-estar do grupo. As formas pelas quais isso já foi realizado foram em grande parte determinadas pela organização econômica e social do grupo e pelos meios científicos e técnicos disponíveis. Se, por um lado, a história da saúde pública reflete o desenvolvimento da ciência e da tecnologia médicas como base para uma compreensão do *continuum* saúde-doença e como formas de intervir nos seus momentos críticos, por outro lado são os elementos não-médicos, principalmente os fatores de ordem econômica e social, que determinam as condições de viabilidade de sua intervenção.

Ao final do século XVIII, a pobreza e as dificuldades sociais, aumentadas pelas mudanças na agricultura e na indústria, tornaram-se alvo de preocupação da economia e da política na Inglaterra. É significativo que Manchester, a primeira cidade industrial inglesa, tenha sido também a primeira a despertar esta atenção. Uma sucessão de febres epidêmicas exemplificou à comunidade o significado das fábricas e moradias superpovoadas como meio propício para o desenvolvimento e difusão de tais doenças. “Cada vez mais, a Inglaterra vivia em cidades e trabalhava em fábricas e, à medida que esta nova forma

de vida se difundia, as condições de saúde pioravam, tornando insuficiente qualquer esforço voluntário e gradual para enfrentar o problema.⁴

A introdução da força a vapor e maquinarias na produção, atraindo a população do campo para a cidade, fez com que se consolidasse a ação estatal sobre os problemas sanitários. Foi na Inglaterra onde mais se avançou no problema da organização da saúde pública, diante do crescimento urbano e dos problemas de trabalho industrial. Mesmo prevalecendo a doutrina do liberalismo, que inibia a intervenção estatal sobre os problemas sociais, as reformas sanitárias e a noção de saúde pública teriam uma completa definição nesse país.⁵ Nesse contexto, ressaltamos a criação da *poor law comission*, (1834), cujo objetivo era atingir a questão da saúde da população, promovendo meios para enfrentar os seus aspectos críticos. Essa comissão tinha como secretário Chadwick⁶, que já havia se envolvido em investigações anteriores, baseadas na teoria dos miasmas, vigente à época, a respeito da saúde das populações pobres.

Durante aquele período os métodos disponíveis para o estudo de saúde eram o empirismo racional, a observação crítica, a investigação e a análise estatística⁷ que sensibilizavam grandemente o investigador de saúde pública para as questões de natureza social.

A saúde também tomou emprestado à matemática os números necessários à realização dos grandes censos demográficos e aos cálculos da natalidade e mortalidade da população.

Essa medicina *estatal* é sucedida pelo surgimento de uma *medicina urbana* na França, em fins do século XVIII, e na Inglaterra, na segunda metade do século XIX. Na verdade, uma medicina da força de trabalho.

A medicina urbana, cuja preocupação central é a higiene pública, caracteriza-se por uma medicina das condições de vida do meio ambiente: terra, água e ar. Cemitérios e matadouros são controlados para proteger os vivos, e aparece o atauíde individual. Na Inglaterra, a nova “Lei dos Pobres” (reformulação, em 1834, da lei elizabetana de 1601) objetivava, através do controle médico, a normatização das

classes mais necessitadas, tornando-as mais aptas para o trabalho e mais dóceis politicamente. Com a Revolução Industrial, produz-se também uma revolução nos métodos terapêuticos e se aceleram as mudanças na instituição hospitalar.⁸

Até o século XIX a enfermagem não era sequer uma profissão; era uma função ligada à atividade médica hospitalar. Na medida em que o hospital terapêutico ou moderno têm o seu advento, a organização hospitalar, anteriormente composta e realizada majoritariamente por religiosas que desempenhavam a função de *enfermeiras*, é deposta⁹. Vale ressaltar que as organizações medicina/hospital permaneceram independentes até meados do século XVIII. O hospital até então era uma instituição de assistência e de exclusão. De assistência ao pobre, que não é preciso curar, mas é preciso *assistir*, pois ele está morrendo, e de separação/exclusão, na medida em que o pobre doente precisa ser recolhido para evitar o contágio dos *outros*. E os grupos que atuavam no hospital estavam mais propensos a alcançar a sua própria salvação espiritual do que a buscar a cura do doente. Eram pessoas religiosas ou laicas que estavam no hospital para fazer uma obra de caridade que lhes garantisse a salvação eterna da vida espiritual.

E como a medicina, até então individualista, pôde se tornar hospitalar? A explicação poderia ser muito extensa, mas podemos sintetizá-la,¹⁰ lembrando que esta entrada se fez através dos hospitais marítimos militares, envolvendo questões muito mais voltadas para um projeto político e econômico do que terapêutico¹¹ e que se utilizou de um dispositivo de poder moderno e eficaz: a disciplina ou o poder disciplinar.

Além do aparecimento do hospital como local terapêutico, é preciso lembrar também a sua nova função formadora, sistematizadora e organizativa do saber médico. É a partir da anátomo-patologia, com a dissecção de cadáveres, do advento da anátomo-clínica e do invisível que se torna visível¹², sobretudo pelas técnicas do exame clínico, percussão e ausculta, pela descoberta do estetoscópio, que o olhar clínico se desdobra.

A figura do invisível-visível organiza a percepção anátomo-patológica. Trata-se do visível que a individualidade viva, o cruzamento dos sintomas e a profundidade orgânica tornam invisível, de fato e por um tempo, antes da soberana retomada do olhar anatômico... A linguagem e a morte atuavam, em cada nível desta experiência e segundo toda sua espessura, para finalmente oferecer a uma percepção científica o que durante muito tempo tinha permanecido como o invisível-visível — proibição e iminente segredo: o saber sobre o indivíduo.¹³

Esta recuperação simplificada e sintetizada da questão da “medicina científica” e da racionalidade científica moderna no século XIX, bem como a do nascimento do hospital no século XVIII, têm como objetivo situar e localizar, em termos abrangentes, dos pontos de vista político, econômico e científico, o *locus* do aparecimento da enfermagem moderna: os hospitais militares, onde o saber médico passa a se desenvolver a partir da intervenção na doença e no patológico através de técnicas instauradoras e restauradoras do normal¹⁴, constituindo-se no discurso hegemônico e produtor de verdades sobre a saúde e a doença. Em consonância com a “razão moderna”, não apenas explicando a realidade, mas modelando, intervindo, e ordenando-a.¹⁵

A proposta de Florence Nightingale¹⁶, ao romper com uma prática de saúde anterior desvinculada de qualquer formação oficial e de treinamento específico, tenta se aproximar de uma auréola de científicidade, de técnicas e procedimentos adquiridos somente às custas de um exaustivo treinamento escolar. Em outras palavras, uma aspiração a um reconhecimento social de científicidade, exigido para se obter espaço político e de poder dentro da razão moderna, do saber e do poder por ela produzidos.

Nesse momento de resgate e reorganização de um *saber da enfermagem*, a proposta de Miss Nightingale na verdade tenta incorporar todos os requisitos impostos pela nova racionalidade científica para o *status* de ciência: neutralidade em relação ao objeto, aproximação aos centros acadêmicos na sistematização do ensino e investigação empírica.

rica com um esboço de aproximação à estatística e à epidemiologia. É importante lembrar aqui que, desde a Reforma Protestante, estabeleceu-se o princípio de que o auxílio ao pobre, aí incluída a atenção médica, era responsabilidade do Estado e não da Igreja. No Estado mercantilista em formação, a preocupação com a saúde dos corpos, com as estatísticas de natalidade e mortalidade e com os grandes censos populacionais passa a ser uma preocupação de saúde e político-econômica, pois tanto a estatística como a epidemiologia e a demografia vão atender à necessidade de se controlar a força de trabalho, para garantir a sua manutenção e reprodução como instrumentos de manutenção da sociedade moderna¹⁷.

Mas através de que mecanismos a enfermagem moderna tentou se incorporar ao projeto de racionalidade científica moderna?

Sem dúvida há a apropriação de um dos principais mecanismos de controle moderno: a disciplina, como resultante do tripé vigilância constante — espaço individualizador e classificativo — registro contínuo. Disciplina esta que, implicando um registro permanente de conhecimento e ao mesmo tempo produzindo um saber, exerce um poder¹⁸. Este poder disciplinar, que é microfísico, e que destitui o Estado como foco absoluto de sua origem, passa a permear todas as tramas da rede que constitui o tecido social.

O objetivo maior desse poder é aumentar a utilidade econômica e diminuir a força política: poder produtor de individualidade¹⁹, porque tem como alvo o indivíduo em sua singularidade.

A enfermagem moderna, nascida durante a guerra nos hospitais militares, imbuíu-se deste poder disciplinar, que vai passar a ser uma das características fundamentais da futura profissão de enfermeira. A vigilância, o controle e o registro do tempo e do espaço dos doentes nos hospitais, a organização, a *disciplinarização*, o controle dos seus pares na futura profissão. Ao estabelecer um detalhado sistema de relatórios sobre cada “enfermeira”, com conteúdo de moral e de comportamento, Florence incorporava à sua proposta o poder disciplinar (no conceito de Foucault) presente até hoje na enfermagem, embora

com mais sutilezas. É preciso chamar a atenção para o fato anteriormente mencionado de que a profissionalização da enfermeira se processou basicamente através de duas categorias sociais distintas: a das *ladies-nurses* e a das *nurses*.²⁰ As primeiras eram oriundas da burguesia ou da aristocracia inglesa, as últimas do proletariado. Estas eram destinadas ao serviço *grosso* das *enfermarias*: trocas da roupa de cama, banhos no leito, administração de medicamentos, ligando-se ao cuidado *direto* com o paciente. As *ladies-nurses* eram destinadas às tarefas de ensino, da supervisão de serviços e das *nurses*, e da administração hospitalar. Elas eram, portanto, apenas *indirectamente* ligadas ao cuidado dos pacientes. Umas eram vistas como donas de um saber (trabalho intelectual) valorizado socialmente; outras eram tomadas como executoras de uma tarefa (trabalho manual) de baixo prestígio social²¹. É então que vai começar a se delinear dentro da própria categoria e fora dela um poder polimorfo, mais sutil e mais eficaz. Um poder que não é apenas repressivo, que proíbe e castiga, mas que diz sim, que concede, que possui uma positividade e, como consequência, uma produtividade.

Nos dias de hoje, naquilo que envolve as relações de poder no hospital moderno entre médicos e enfermeiras, e no poder microfísico, que perpetua um *status quo* de dominação do saber médico e, consequentemente, do médico sobre as enfermeiras, a crítica que se faz é que elas incorporam os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional na figura abnegada e docilizada do *anjo branco* que serve com perfeição ao Estado e ao poder médico, na medida em que elas se tornam corpos dóceis e disciplinados.²²

As enfermeiras, aparentemente, aceitam a dominação através das condições de trabalho na instituição hospitalar, mas, na realidade, este trabalho representa o exercício de um poder real dentro do hospital, mesmo que seja concedido, delegado. As enfermeiras reproduzem inversamente a sua relação de submissão para com o profissional médico no paciente, ao estabelecerem com o mesmo uma relação de dominação, onde o paciente é um mudo expectador dos palcos do hospital.²³

Paradoxalmente, o poder disciplinar exerceu e exerce um duplo efeito na enfermagem: oficializado por Florence como *Folha mensal do caráter pessoal e das realizações de cada enfermeira*, elaborou-se um boletim moral e um técnico. Além do fato de o aprendizado da *nurse* se dar sob forma de residência, havia a garantia de um controle minucioso, disciplinar e individualizado de cada uma delas; atualmente, este poder microfísico é a própria rede de sustentação do poder hegemônico médico no hospital moderno, constituindo-se em uma teia de pequenos poderes cotidianos e invisíveis que perpetuam a dominação do médico sobre a enfermeira nas instituições hospitalares.²⁴ Para tentar um esclarecimento melhor quanto ao controle e à disciplina hoje na enfermagem, vale lembrar que no hospital existem, além das enfermeiras-chefes (o exemplo é válido para os hospitais do sistema unificado de saúde/SUS, pois a rede privada, de um modo geral, contrata apenas uma enfermeira, cuja função visa, sobretudo, atender às exigências legais do Conselho Federal de Enfermagem, por andar ou clínicas, uma supervisora da noite e outra do dia, cuja atividade básica é registrar oficialmente, junto à chefia geral do hospital, a freqüência do pessoal de enfermagem, na verdade um *ponto ambulante*). No hospital moderno, apenas a enfermagem apresenta essa figura e essa prática de *supervisão*, não encontrada em nenhuma outra categoria da área de saúde atuante na instituição hospitalar.

Mas a trama de sustentação do discurso hegemônico médico no hospital é mais sutil e eficaz, pois, ao invés de gerar um sentimento negativo e uma resistência explícita (como à figura da supervisora), ela é criadora de positividade. Um dos muitos exemplos que se poderia dar, para não alongarmos demais esta exposição, seria a *concessão* feita às enfermeiras, no hospital, de determinadas atividades próprias da categoria médica, como, por exemplo, administrar, sem prescrição médica e na ausência do médico, porém com a sua anuência, certos medicamentos. Isto na realidade acarreta bastante prestígio social dentro e fora da categoria, na medida em que essa enfermeira passa a ser considerada como detentora do saber médico, mais prestigiado tanto na instituição hospitalar como nas representações sociais sobre saúde

e doença. Prestígio *perigoso*, pois, se ocorrer algum mal-estar no paciente, não haverá nenhum amparo de ordem legal para sustentar a atividade da enfermeira. O amparo que talvez possa ocorrer será de ordem estritamente pessoal e individual entre as partes profissionais envolvidas.

Na verdade, a “Revolução Nightingale” ou a enfermagem moderna por ela instituída recebeu como componentes da sua estruturação uma nova racionalidade científica que se impunha e um poder disciplinar altamente eficaz na “docilização” dos corpos. Estamos falando desse “conjunto dos efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais por um certo dispositivo pertencente a uma tecnologia complexa”²⁵, o dispositivo da sexualidade.

Notas

1. LUZ, Madel Terezinha. *Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campos, 1988, p. 2.
2. COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1985, p. 21.
3. COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Op. cit., p. 24.
4. ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980, p. 233.
5. ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Op. cit., pp. 216-231.
6. COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Op. cit., p. 23.
7. Ibidem.
8. SILVA, Graciete Borges. *Enfermagem profissional: uma análise crítica*. Op. cit.
9. Para uma exposição mais detalhada do impacto da Reforma Protestante na assistência de saúde por profissionais não-médicos, ver JAMIESON, Marion & SEWALL, Mary, *Trends in nursing history*, op. cit.
10. Ver FOUCAULT, Michel, *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, 1979, cap. VI, onde o autor faz um estudo minucioso sobre a individualização da medicina nos séculos XVII e XVIII pelo médico, quando a cura não era intermediada

pelo hospital, permanecendo um jogo entre o médico, o doente e a doença. É também discutida com riqueza de dados a medicalização do hospital, cujo ponto de partida foi o hospital militar como lugar de desordem econômica.

11. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Op. cit., p. 104.
12. FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980a, p. 169.
13. FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Op. cit., p. 195.
14. CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982.
15. LUZ, Madel Terezinha. *Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Op. cit., p. 4.
16. Para uma biografia sucinta da vida e obra de Miss Florence Nightingale, consultar Anexo.
17. SILVA, Graciete Borges. *Enfermagem profissional: uma análise crítica*. Op. cit., p. 63.
18. LOYOLA, Cristina Maria Douat. *Os dóceis corpos do hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro, UFRJ, 1988, p. 13.
19. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Op. cit.
20. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel & Rocha, J. S. Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. Op. cit.
21. SILVA, Graciete Borges. *Enfermagem profissional: uma análise crítica*. Op. cit.
22. LOYOLA, Cristina Maria Douat. *Os dóceis corpos do hospital*. Op. cit., p. 102.
23. Ibidem.
24. Ibidem.
25. FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 4. ed. Graal, Rio de Janeiro, 1980, p. 120.

3

O discurso da sexualidade como um dos eixos de instrução da enfermagem moderna

Na tentativa de ampliar o contexto de formação do mito de origem da enfermagem moderna, recuperando parcialmente a construção da identidade profissional da enfermeira e, nesta estruturação, a instrução social da sexualidade da categoria, que se inicia com o *fenômeno Nightingale*, contemporâneo à explosão discursiva sobre o sexo, nos deteremos um pouco na explanação daquilo que se constituiu no alvo central de um poder, articulando-se na gestão da vida mais do que na ameaça da morte.

Os séculos XVII e XVIII marcam, na Inglaterra, um ponto crucial e decisivo na história: o ponto em que o grande movimento da moralidade, comumente chamado de puritano, começou a transformar a 'velha' e alegre Inglaterra num mundo mais sóbrio e firme. A minuciosidade da demanda puritana por uma constância emocional e moral em várias áreas da vida — em todas, afinal — é notável, como o é o grau em que esta demanda se estendeu em direção a todas as classes da sociedade.¹

O estudo da demanda da constância moral e emocional — embora esta não fosse a única para os puritanos do século XVII — é especialmente importante na compreensão da Inglaterra dos séculos XVII a XVIII e da formulação da mentalidade inglesa do século XIX, porque a coloca exatamente no centro da sua própria visão moral. O autocontrole, a sobriedade, a busca incessante de metas espirituais e morais como expressões importantes e necessárias da seriedade religiosa e da consciência de Deus são pontos norteadores e limitadores do comportamento na sociedade inglesa, não restringindo essas precupações a algumas áreas da vida. Estavam presentes em vários níveis: no casamento, na vida pública, no comércio, na educação dos filhos, no comportamento religioso e até mesmo na guerra, demandando sempre firmeza emocional e autocontrole.²

É necessário um esforço de síntese para apontar os elementos que compunham a elaboração puritana da idéia de autocontrole ou constância.³ Eles seriam basicamente três: firmeza de sentimento, redução do envolvimento e disciplina nas emoções expressadas, que vão moldar uma vida social proposta e praticada pelos puritanos. Primeiramente, há uma oposição às oscilações do temperamento, um modo característico de comportamento, no qual as emoções iam e vinham rapidamente. A cultura puritana encorajava um temperamento uniforme, firme e confiante. O segundo elemento orientador do comportamento puritano, a redução do auto-envolvimento, contém um paradoxo curioso: é necessário ser atencioso e preocupado com o outro e, exatamente por isso e em consideração ao outro, demonstrar menos emoção. Este elemento já aponta para o terceiro ponto levantado. Deve haver interesse pelos outros, mas nem tanto. Nem os outros devem impor os seus sentimentos para conosco. O grau de atenção com os outros aumenta, mas o grau de emoção profunda, que deve ser partilhado na maioria dos setores da vida, deve ser diminuído para não sobrecarregar os outros.⁴

A consequência imediata dessa proposta é a criação de um mundo privado, que pode ser experimentado como um caráter essencial de cada um, e à criação do indivíduo como realidade emocional.⁵

O ideal de constância, extensivo à afeição, ao amor e ao prazer erótico, rejeitava a vida monástica e o celibato. Ao contrário, havia um apelo ao casamento, desde que baseado no tripé acima citado. Sem dúvida, há aí envolvidos uma concessão e um controle de sexualidade: o preço da constância, da fidelidade e da firmeza de sentimentos é o sacrifício da intensa excitação.

Quanto às questões do gênero, os puritanos partilhavam a atitude geral católica: com exceção das almas, visto que as almas das mulheres eram consideradas tão importantes quanto a dos homens, o resto obedecia a uma clara hierarquia. Os homens eram a cabeça, a mulher o corpo; eles mandavam, elas obedeciam.

É em torno do século XVIII que se invertem os papéis sobre a posse da volúpia e do desejo carnal entre homens e mulheres.

Opondo-se à idéia dominante na Idade Média de que as mulheres eram mais luxuriosas do que os homens, a noção de “mulher de verdade” introduzida pelo puritanismo apresenta o gênero feminino com uma nova pudicícia; ela não se interessa por sexo e é mais ética do que o homem: As mulheres se tornaram o sustentáculo da civilização e da cultura moral, e os homens, o sustentáculo da energia, da vitalidade e da sexualidade. Mesmo consideradas puras e sem forte impulso sexual, e tendo a moralidade como o centro de seus seres, ainda no século XIX as mulheres são excluídas das instituições de autoridade pública moral, como as universidades e as atividades profissionais.⁶

A propriedade maior das sociedades modernas não é, portanto, a de ter condenado o sexo a permanecer na obscuridade e no silêncio, mas sim a de ter-se dedicado a falar dele sempre, valorizando-o como o segredo; e os séculos XIX e XX foram de multiplicação do seu discurso.⁷

O “Modelo Nightingale” trazia, como um de seus princípios fundamentais, “uma grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto a postura física, ma-

neiras de trajar e de se comportar".⁸ Além disso, como já citamos anteriormente, havia a preocupação com os cabelos (símbolo feminino da sexualidade), o uso de gorros, de flores como enfeites e a proibição de saírem do hospital sozinhas. Finalmente, uma *noviça* dificilmente seria aceita antes dos trinta anos de idade, o que, à época, representava uma não-opção pelo casamento e, consequentemente, pela vida sexual então considerada legítima, sob a ótica do puritanismo inglês do século XIX. É preciso esclarecer que, transcorrido mais de um século desde o seu advento, há indícios de que este *Boletim Moral* tenha subsistido até nas escolas de enfermagem, pelo menos no Brasil.⁹

É oportuno enfatizar o funcionamento e as razões de ser do regime de poder-saber-prazer que sustenta entre nós o discurso sobre a sexualidade humana,¹⁰ aqui entendida como uma categoria socialmente construída, e que compreende mais do que se viu elaborar a partir do século XIX: essa idéia de que existe algo mais do que corpos, órgãos, localizações somáticas, funções, sistemas anátomo-fisiológicos, sensações, prazeres; algo diferente e a mais, algo que possui suas propriedades intrínsecas e leis próprias: o sexo.¹¹ Sexualidade como pulsão de vida, "não designando apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção) e que se encontram, a título de componentes, na chamada forma normal do amor sexual".¹² Emoções arrancadas de seus atores originais, cuja gestão passa a não lhes pertencer mais, embora não tenha sido absolutamente reprimida. Ao contrário, prolixidade de seus temas, com refinamento de seus termos e do seu discurso: *controle*.

A "Revolução Nightingale" não é em absoluto contemporânea do mutismo sobre o sexo, e sim de um *erotismo discursivo*. "Talvez tenha havido uma depuração — e bastante rigorosa — do vocabulário autorizado. Pode ser que se tenha codificado toda uma retórica da alusão e da metáfora. Novas regras de decência sem dúvida alguma

filtraram as palavras: polícia dos enunciados. Definiu-se de maneira muito mais estrita onde e quando não era possível falar dele; em que situações, entre quais locutores e em que relações sociais. Estabeleceram-se, assim, regiões, senão de silêncio absoluto, pelo menos de tato e discrição: entre pais e filhos, por exemplo, ou educadores e alunos, patrões e serviscais. É quase certo ter havido aí toda uma economia restritiva".¹³ O puritanismo inglês e a sua ética da constância, conforme já descrevemos sinteticamente em outro capítulo, foi um dos arautos dessa depuração discursiva da sexualidade, da qual dificilmente a formação da *nurse* teria conseguido escapar.

O impacto da absorção dos discursos e das restrições na enfermagem moderna permanece presente até hoje na prática da enfermeira. A enfermeira é a profissional da área de saúde que tem maior autorização social para tocar o corpo do outro. Não o toque objetivo e rápido do diagnóstico médico, tecnicamente dirigido para um diagnóstico clínico e um tratamento regularmente medicamentoso. Refiro-me aqui ao exercício técnico de uma profissão que se faz basicamente pelo contato com a pele do outro. O "paciente" considerado assexuado (a partir de sua entrada na instituição hospitalar) recebe esse toque, que vai desde os cuidados da higiene — o banho e outros procedimentos de massagem e relaxamento visando proporcionar bem-estar —, a determinadas técnicas de preparo para exames e para cirurgias como cateterismo vesical e lavagem intestinal ou gástrica. Há, ainda hoje, a interdição absoluta de se adicionar a discussão sobre a sexualidade às questões da prática da enfermeira, como à época de Miss Nightingale.¹⁴ "A repressão funciona, decerto, como condenação ao desaparecimento, mas também como injunção ao silêncio, afirmação da inexistência e consequentemente, constatação de que, em tudo isso, não há nada para dizer nem para ver, nem para saber".¹⁵

Mais importante do que constatar a permanência dessas questões é descobrir o fio condutor da sua lógica de sustentação que, pelo menos no que aqui nos diz respeito, já se mantém há quase um século e meio sem alterações significativas.

A percepção social, tanto da enfermeira atual como da do século XIX, não se faz sem contradições aparentes. Poderíamos pensar que a própria autorização social para tocar o corpo do outro atuaria como um dos agentes formadores da noção dualista que remete à divisão entre o sagrado e o profano: irmã de caridade, devota, bondosa, caridosa, assexuada e virgem, por um lado, e, por outro, exemplificada, mesmo nos meios de comunicação de massa como a televisão, como sedutora, subornável, promíscua, fácil, incompetente e desonesta.

É ingênuo supor que será possível perceber as questões de enfermagem profissional¹⁶ e da formação de sua identidade profissional apenas a partir da grande questão do poder, que ao final se torna reducionista do problema. Nas relações entre o biológico e o social prevalece a ótica da medicina e da prática médica, o que revela uma predominância da ótica médica e do profissional médico como hegemônico no setor. A prática médica, por ser preponderante entre as “outras”, freqüentemente denominadas “paramédicas”, mas que, na realidade, se propõem a ser práticas de saúde, imprime o tom e o *status* diferenciado sobre as demais óticas e perspectivas de análise possíveis. Nesse processo questões relativas às práticas subordinadas à área médica assumem a “homogênea” posição de secundárias, tendendo a perder sua identidade em nome de uma igualmente “aparente” total dependência em relação ao conhecimento e práticas médicas.

Podemos afirmar que, em termos da prática assistencial da enfermeira, atualmente a sexualidade é apenas uma questão reprodutiva e de patologias; as necessidades sexuais não existem, ou estão ambivalentemente ligadas à questão da limpeza e da higienização dos órgãos genitais. Como profissional purificada pela ausência de sexualidade herdada de suas origens, a enfermeira nega a condição involuntária de possuir uma sexualidade através do álibi das tarefas a serem executadas e do princípio de causa e efeito, dentro das instituições hospitalares.¹⁷

A lógica condutora e reprodutora desta proposta é a mentalidade constituída na noção imediata de causa e efeito.

Notas

1. LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*. São Paulo, Brasiliense, 1987, p. 13.
2. LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*. Op. cit.
3. Para uma análise mais detalhada das consequências históricas, sociológicas e psicológicas do puritanismo, ver LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*, Op. cit., pp. 13-39.
4. LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*. Op. cit., p. 21.
5. O autor faz uma análise sobre a construção histórica das emoções interiores e da vida privada interior como um fato relativamente recente, e da sua importância na criação do indivíduo moderno. Cf. LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*, Op. cit., p. 22.
6. LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*. Op. cit., p. 35.
7. FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Op. cit., p. 36.
8. SILVA, Graciote Borges. *Enfermagem profissional: uma análise crítica*. Op. cit., p. 53.
9. SILVA, Graciote Borges. *Enfermagem profissional: uma análise crítica*. Op. cit.
10. FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Op. cit.
11. FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. 5. ed., Graal, Rio de Janeiro, 1984.
12. PONTALIS, B. & LAPLANCHE, J. *Vocabulário de psicanálise*. 4. ed. Lisboa, Morais Ed., 1977, pp. 619-624.
13. FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Op. cit., p. 22.
14. Para uma melhor discussão sobre a categoria sexualidade na prática institucional atual, consultar Miranda, Cristina Maria Loyola & Sobral, Vera Regina S. *Os álibis da enfermagem*. Trabalho apresentado no XLII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Natal/RN, de 11 a 16 de outubro de 1990.
15. FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Op. cit., p. 10.

16. A expressão enfermagem profissional designa aí a categoria das enfermeiras, também denominadas profissionais de enfermagem, para diferenciar dos ocupacionais de enfermagem, que abrangem atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem.

17. MIRANDA, Cristina Maria Loyola & SOBRAL, Vera Regina S. *Os
álibis da enfermagem*. Op. cit.

4. What are the main differences between the two groups?

A enfermagem como profissão no Brasil

Depois da Primeira Guerra Mundial, os Estados Unidos desempenharam no cenário internacional como o país mais rico do mundo. Com isso, sua influência econômica, política e cultural se fazia sentir cada vez mais nos países do Ocidente, particularmente na América Latina. Por outro lado, o Brasil deslocava o centro de gravidade de suas atenções científico-culturais da Europa (principalmente França e Alemanha) para os Estados Unidos. Basta lembrar que, antes desse deslocamento, o líder dos sanitaristas brasileiros, Oswaldo Cruz, completou a sua formação universitária no Instituto Pasteur, em Paris, enquanto outros contemporâneos seus procuravam as universidades alemãs.

No campo da saúde pública, a influência americana começou a se fazer mais presente a partir do ano de 1919, quando a Universidade John Hopkins criou o primeiro curso de especialização em saúde pública para médicos, que formou uma geração de sanitaristas brasileiros, com o apoio da Fundação Rockefeller.

O modelo americano de organização sanitária para as cidades de médio e grande porte centrava-se num sistema distrital de Centros de Saúde, de responsabilidade administrativa dos municípios, que tinham como atenção principal as medidas preventivas (higiene materno-infantil, imunização, educação sanitária).¹

No campo da saúde pública no início do século XX, emerge a figura de Carlos Chagas, que aos 41 anos de idade assume a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), mantendo o cargo de diretor do Instituto Oswaldo Cruz, exercido de 1917 até sua morte, em 1934.

Ele continua implementando as importantes reformas iniciadas em 1920, com a criação do referido departamento, sendo que a ascensão da vertente sanitária no Brasil já havia então registrado seus dois grandes momentos políticos.² A gestão de Carlos Chagas frente ao DNSP vai se desenvolver ligada proximamente às atividades da Fundação Rockefeller no Brasil.

Quando a Comissão Rockefeller decidiu, em 1913, ampliar suas atividades para o exterior, ela já tinha feito um mapeamento dos lugares estratégicos do mundo onde lhe seria conveniente e rentável desenvolver suas campanhas. “Salvo as já conhecidas intervenções do exército norte-americano no istmo centro-americano, a América do Sul oferecia duas frentes a serem atacadas, por interesses também econômicos: a febre amarela e a malária, e, dessas duas, a primeira haveria de receber as atenções quase que exclusivas da Fundação no Brasil, mais do que em qualquer outro lugar do continente e do mundo”.³

A Fundação percorre o Brasil, a Argentina e o Uruguai, em 1915, e, naquele ano faz os primeiros contatos com Carlos Chagas, que foi convidado a conhecer a Universidade Harvard. O motivo explícito da missão era informar a sua matriz sobre as condições vigentes nos países, no que se referia ao ensino e à prática médica, à atenção hospitalar e aos dispensários, às doenças endêmicas, serviços de saúde pública e progressos sanitários em geral. A Comissão volta em outubro de 1916 e comunica às autoridades brasileiras o que não seria bem

novidade: ausência primordial de higiene, de saúde pública e de medicina preventiva. As negociações continuam, mas vão se consolidar apenas com a ascensão de Carlos Chagas à direção do DNSP.

A gestão do professor Carlos Chagas frente ao DNSP foi fortemente influenciada pelas idéias sanitárias dos “jovens turcos”⁴, como podemos observar no que escreveu J. P. Fontenelle a propósito da criação do Serviço Distrital de Enfermeiras no Distrito Federal, em 1922: “A organização distrital de enfermeiras foi o sistema adotado no Rio de Janeiro, sobretudo por esforços que fiz pessoalmente junto a Carlos Chagas e à Sra. Parsons”.⁵

A enfermeira Ethel Parsons, que chegou ao Brasil em 1921 a convite de Carlos Chagas, pertencia ao Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller e era chefe da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil. Em 1922, foi nomeada superintendente geral do recém-criado Serviço de Enfermeiras.⁶

A Escola de Enfermeiras do DNSP, criada pelo Decreto 15.799 de novembro de 1922, tinha como campo de estágio o Hospital Geral de Assistência do referido departamento. A Escola começou a funcionar em fevereiro de 1923 e seu quadro docente era formado por professoras estrangeiras. Seu principal objetivo era preparar tecnicamente enfermeiras brasileiras para que pudessem elevar o padrão dos serviços de saúde do país. Por isso, o próprio Carlos Chagas determinou que a escola obedecesse aos mais elevados padrões de ensino existentes na época. Esses “padrões de ensino” eram os princípios nightingalianos, que poderiam ser assim resumidos:⁷ 1) grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar; 2) recomendação para que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos; 3) exigência de ensino teórico sistematizado e de autonomia financeira e pedagógica. Somente deveriam ser selecionadas estudantes qualificadas, que tivessem o diploma do Curso Normal. Tal exigência, ao menos nas primeiras turmas, só era possível de ser cumprida pelas

jovens das camadas médias e altas da sociedade. Havia ainda outra exigência imposta pelas professoras: a de que apenas moças brancas pudessem freqüentar o Curso de Enfermagem.⁸

Em março de 1926, já tendo formado a primeira turma, a escola passa a se denominar Escola de Enfermagem Anna Nery e, em abril de 1926, transferiu sua sede de internato de um casarão na Tijuca para as instalações do Hotel Sete de Setembro, na Avenida Ruy Barbosa, por gestão do diretor do DNSP junto ao presidente da República Arthur Bernardes. O referido hotel havia sido construído para receber os hóspedes ilustres que vieram participar das comemorações do centenário da Independência do Brasil. No dia 28 de setembro de 1927, é inaugurado o pavilhão de aulas da Escola de Enfermagem Anna Nery, construído pela Fundação Rockefeller e doado à Escola de Enfermeiras, com duas salas para aulas, sala de demonstrações, laboratório de física e química e bacteriologia, laboratório de dietética, sala para o ensino da enfermagem de saúde pública, salas de almoço, de repouso etc. Em julho de 1931, assume a direção da Escola de Enfermagem a primeira enfermeira brasileira, Raquel Haddock Lobo.

A Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), com um curso de conteúdo fundamentalmente de saúde pública¹⁰, exerce um papel estratégico na nova política e no novo modelo de saúde pública (DNSP, Regimento Interno, 1926), que começa a se delinear no Brasil na década de 20 sob a influência americana, quer através das idéias trazidas pelos “jovens turcos”, quer diretamente pelas enfermeiras da Fundação Rockefeller. A propósito disso, dizia Carlos Chagas: “A criação de uma Escola de Enfermagem no Brasil é um dos acontecimentos que fazem uma época em sua história, e não é secundária em importância à eliminação da febre amarela pelo dr. Oswaldo Cruz”.¹¹

A criação da Escola de Enfermagem Anna Nery ocorre na década de 20, quando se dá passagem ao sanitarismo como doutrina modernizadora e científica, ao tempo que a antiga higiene, a higiene dos miasmas, do tempo de Florence, é definitivamente enterrada.

É a influência americana e inglesa que aos poucos vai soterrando a era dos tratados de higiene da escola francesa do passado.¹² Mas o

discurso ideológico ainda está todo permeado pela higiene, processo mental anteriormente utilizado. Pela característica de lentidão, própria tanto do processo social como do processo mental, a higiene permanece como aquele velho e forte ancestral que é obrigado a conviver com as novas práticas que ajudou a criar, mas mantendo as velhas idéias dominantes ainda por um certo tempo. Assim, a saúde pública se propõe e a ela é cobrada uma rede de preceitos e conceitos que operam para abraçar e controlar o tecido social. É a higienização da trama social, a preservação a qualquer custo do ideal burguês de prevenção, eugenia, beleza e limpeza. No bojo das campanhas públicas contra a febre amarela e malária, o que vai ser cobrado à saúde pública é o controle médico e o esquadriamento urbano desse vizinho indesejável e malcheiroso, o pobre.

A higiene profissional, desde que não interfira nos interesses empresariais, é a atenção aos altos índices de mortalidade por tuberculose, desde que não pretenda mudar as condições de habitação e trabalho. Cobram-se da saúde pública a fiscalização das projeções cinematográficas para a prevenção da moral do povo; o exame pré-nupcial, para prevenir as taras; a venda das carnes ‘verdes’, não só para evitar contaminações, mas também para intervir na corrupção que permeia o abate e a comercialização do produto; enfim, é a inspeção de tudo e de todos, toalhas dos barbeiros, xícaras de cafezinho, bondes e carroças, prédios e cortiços, escolas e hospitais, quartéis e conventos. É a higienização e o registro da vida e da morte. É afastar o feio, o malcheiroso, o perigo, por meio da polícia médica e da educação higiênica, sob a batuta do diretor da saúde pública.¹³

Dentro desse contexto político e social o modelo Anna Nery alcança outros estados da União através da contratação das enfermeiras “Anna Nery” pelos Departamentos Estaduais de Saúde Pública.

O aproveitamento da enfermeira em hospitais públicos ocorre em menor escala, registrando-se ainda suas incursões no atendimento domiciliar, feito a doentes particulares de famílias abastadas. Há obstáculos sociais à expansão dessa profissional de saúde. Na realidade,

trata-se de modelo de prática de enfermagem americana, que se introduz no país, mas faltam condições de infra-estrutura sócio-econômica — traço cultural vindo de uma sociedade americana industrializada e urbanizada, sendo inscrita no contexto de um país ainda não industrializado.

Nos anos 30, apesar do desprestígio do DNSP ameaçar os destinos da escola, o ato do legislativo, Lei 452/37 de 5 de julho de 1937, incorpora essa escola à Universidade Federal do Rio de Janeiro, então Universidade do Brasil.¹⁴

A atuação das enfermeiras está circunscrita aos Departamentos de Saúde Pública, porque os hospitais seguem o modelo das Santas Casas das Irmandades de Misericórdia no atendimento ao pobre, que precisa ser isolado, e este atendimento é realizado por religiosas e auxiliares ex-doentes.

Nos anos 40, o quadro social urbano começa a se consolidar progressivamente numa sociedade de base industrial, e os grupos assalariados urbanos começam a exercer pressão para a interferência estatal na conquista dos direitos sociais, impulsionando o movimento voltado para a prestação de serviços de saúde, pela Previdência Social, por intermédio de diversos institutos.

Em 1940, há em São Paulo um movimento dos professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no sentido de melhorar as condições de ensino e de pesquisas médicas, que, com auxílio da Fundação Rockefeller, vai fundar o Hospital das Clínicas, abrindo as portas também para estudantes de enfermagem. Incorporando moderna tecnologia, o Hospital começa a exigir administração hospitalar e cuidado ao doente internado, motivando assim a admissão de enfermeiras “Anna Nery”, tanto para o trabalho no hospital como para a criação da Escola de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina, igualmente com o auxílio da Fundação Rockefeller.

Nos anos 50, quando se amplia o parque industrial e cresce a população urbana e previdenciária, a saúde pública gradativamente perde sua importância, cedendo lugar à atenção médica individualizada.

Em face do crescimento do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde, verifica-se a necessidade de disciplinamento do exercício da profissão, o que ocorre com a promulgação da Lei nº2604/55.

Notas

1. LIMA, Vivaldo S. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, mimeo, 1981, 75 p.
2. É importante salientar que as políticas da saúde pública no Brasil respondiam às demandas históricas do capitalismo brasileiro, relativas à manutenção e ao controle da saúde de frações de trabalho, instaurando mecanismos legais e discursivos de legitimação das relações sociais imperantes no país. Relevamos neste contexto: 1) a conjuntura de Oswaldo Cruz — introdução no país da organização de saúde fundada na bacteriologia, microbiologia e imunologia; 2) a criação do DNSP (período 1918-1924), vinculado às reformas de Carlos Chagas e às políticas sociais do país. Cf. COSTA, Nilson Rosário, *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*, op. cit., p. 15.
3. LABRA, Maria Eliane. *O movimento sanitário nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. (Dissertação de Mestrado apresentado à Escola Brasileira de Administração da Fundação Getúlio Vargas). Rio de Janeiro, mimeo, 410 p., 1985, p. 52.
4. Denominação depreciativa dada pelos seus opositores aos sanitaristas que, tendo completado a sua formação nos EUA, tentavam aplicar aqui o modelo americano. Era uma alusão ao golpe militar na Turquia, que conduziu um grupo de jovens ao poder e, nesse sentido, à velocidade com que os ditos jovens sanitaristas chegavam ao poder ou influenciavam sobre ele. Cf. LIMA, Vivaldo S., *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*, op. cit., p. 31.
5. FONTENELLE, J. P. *A saúde pública no Rio de Janeiro: 1935-1936*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1937.
6. CARVALHO, Anayde Correa. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1956*. Brasília, documentário, 1976.
7. CARVALHO, Amália Correa, *Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico* [Tese de doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo], São Paulo, 1972, e PAIXÃO, Waleska, *História da enfermagem*, op. cit.

8. LIMA, Vivaldo S. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*. Op. cit., p. 17.
 9. FRAENKEL, Edith Magalhães. In: *Annaes de Enfermagem*, abril de 1934. Histórico do Serviço de Enfermeiras do DNSP. Rio de Janeiro, Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.
 10. Para uma exposição mais detalhada, consultar LIMA SOBRINHO, Vivaldo (1981), na sua Dissertação de Mestrado *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*, op. cit., p. 17.
 11. CARVALHO, Anayde Correa. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1956*. Op. cit.
 12. Para uma abordagem minuciosa da questão, ver LABRA, Maria Eliane, *A reforma sanitária em marcha*, op. cit., cap. IV.
 13. LABRA, Maria Eliane. *O movimento sanitário nos anos 20; da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Op. cit., p. 183.
 14. Conselho Federal de Enfermagem. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil. 1982-1983*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1985.

5

“Se é verdade que o real é relacional, pode acontecer que eu nada saiba de uma instituição acerca da qual julgo saber tudo, porque ela nada é fora das suas relações com o todo”.¹ O que estamos fazendo aqui é a exposição concreta da construção progressiva do nosso objeto, produção esta que não se faz através de uma única empreitada, como uma espécie de “acto teórico inaugural”, segundo Bourdieu², mas sim como um exercício de idas e vindas, de retoques sucessivos, por toda uma série de correções. Na verdade, um conjunto de princípios práticos que orientam as opções ao mesmo tempo minúsculas e decisivas.

A escolha e a delimitação do louco e da loucura como objetos de análise e de recorte de suas representações sociais ao longo da sua grande caminhada no tempo, e no seu próprio processo de construção histórica, representam ameaças e dificuldades que não se corre o risco de exagerar. Construir um objeto científico é, antes de tudo, romper com o senso comum, provocando rupturas naquilo que se apresenta com aparências de evidência, provocando uma “conversão do olhar”.³

Nesse sentido, vamos considerar que, para dar conta de determinado discurso, é indispensável considerá-lo interna e externamente. Um ponto importante a destacar neste estudo é o desaparecimento da noção de processo ou de progresso, na medida em que não há hierarquia na temporalidade dos saberes, ou seja, um saber posterior não é, por esse motivo, superior ao anterior.

Vamos ensaiar um trabalho de arqueologia do saber, em que se “tem por objetivo descrever conceitualmente a formação dos saberes, sejam eles científicos ou não, para estabelecer suas condições de existência e não de validade, considerando a verdade como uma produção histórica, cuja análise remete a suas regras de aparecimento, organização e transmissão ao nível do saber”.⁴

A história da loucura é a história de uma prática e de um saber concebidos e arquitetados coletivamente, em conexão com os tempos, as culturas e as sociedades dos homens e do cotidiano minúsculo de suas relações e representações significantes. Não há sobre ela, à luz de uma arqueologia do saber, a verdade, mas uma sucessão de discursos complementares e contraditórios, que rompem e reconstruem a cada momento do tempo um olhar diferente sobre a loucura.

Até onde nos permitimos recuar, vamos relevar a lepra como a primeira grande herança a considerar a loucura, aparecendo como um mal assombroso, com o início das Cruzadas (século XI) até o final da Idade Média (século XIV). As cidades malditas da lepra se multiplicaram na Alta Idade Média, chegando a haver dezenove mil leprosários na cidade de Paris ao longo de toda a Cristandade.⁵ Nessa época, o poder real já havia assumido o controle e a reorganização da imensa fortuna constituída pelos bens fundiários dos leprosários, que eram repassados aos outros hospitais e estabelecimentos de assistência. O impacto econômico da apropriação dos bens dos leprosos vai suscitar conflitos e problemas, conforme se registra nas medidas encaminhadas por Francisco I em 1543, que encomendou um recenseamento e inventário, com a finalidade de reparar a grande desordem que havia

nas gafarias. De forma semelhante, Henrique IV prescreveu no edito de 1606 uma revisão das contas dos leprosários, tendo em vista a utilização abusiva dessas rendas.⁶

No século XV, a lepra começa a desaparecer do cenário da Europa, o que não decorreu de progressos terapêuticos de tratamento médico: trata-se do resultado espontâneo da ruptura com os focos orientais de infecção e sobretudo da eficácia do método de segregação do leproso, o princípio da exclusão.

Ausenta-se a lepra mas permanecem os lugares obscuros e os ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas a fixá-la numa exaltação inversa. Fixaram-se na memória da história das idéias os valores e as imagens aderidas ao personagem do leproso: o sentido da exclusão⁷ e a importância, no grupo social, dessa figura inexistente e temida, que não é desfeita sem se traçar à sua volta um círculo sagrado⁸. A existência da lepra é uma manifestação da existência de Deus: indica a sua cólera e a sua bondade. O leproso é uma testemunha sagrada dessa manifestação e obtém a salvação *na e através*⁹ dessa própria exclusão: uma estranha inversão que se opõe à dos méritos e das orações. O leproso se salva pela mão que não lhe é estendida, e é esse gesto de abandono que vai significar para ele a possibilidade de alcançar a porta da salvação.

Nos mesmos lugares, os jogos da exclusão serão retomados dois ou três séculos mais tarde, quando pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel do lazareto. Esse princípio da exclusão instruirá grande parte das representações sociais sobre os conceitos de tratamento e cura desses grupos, exclusão significando salvação para eles e para aqueles que os excluem.¹⁰

Antes disso, porém, a lepra foi sucedida pelas doenças venéreas como por direito de herança, mas sem lhes assegurar, no mundo clássico, o papel que coube à lepra no interior da cultura medieval. Embora também tenham sido retidas nas malhas do princípio de exclusão, mal ou bem foram recebidas nos hospitais. Diversamente da lepra, as

doenças venéreas se tornaram coisa médica e causa do médico, consideradas, sem dúvida, num conjunto de juízos morais.

A verdadeira herdeira da lepra, dos medos seculares, das relações de divisão, exclusão e purificação será um fenômeno chamado loucura. Serão necessários ainda dois séculos de latência para que esse parentesco se torne mais delineado. Durante esse período de latência, a loucura vai se apresentar obstinadamente ligada a todas as expressões e representações culturais da Renascença. Um novo objeto ensaia o seu aparecimento no imaginário dessa época: é a Nau dos Loucos, que desliza ao longo dos rios calmos, principalmente na Alemanha.¹¹ Das Narrenschiff¹² é uma das composições literárias da época e teve existência real. Esses barcos, que levavam uma carga insana, erravam, escorraçados, de um porto a outro; quando nas cidades, deixava-se que os loucos corressem pelos campos distantes¹³. Confiar o louco aos marinheiros é ter a certeza de que ele irá para longe, evitar que ficasse vagando indefinidamente nas cidades e, sobretudo, torná-lo prisioneiro da sua própria partida. A navegação traz em si a marca da incerteza da sorte, em que cada um é confiado a seu destino, e todo embarque é potencialmente o último. O louco é colocado no interior do exterior e inversamente. Essa imagem, literária e prática, impregnará uma representação simbólica presente até hoje: a água e a navegação manterão a idéia de incerteza, de desconhecimento e descontrole do *avenir*¹⁴, do espaço fechado do navio, de onde não se escapa, prisioneiro da imensidão da maior das estradas. Sua verdade e sua pátria são essa extensão de limbo estéril entre dois portos que não lhe podem pertencer. “É esse parentesco que, da noite dos tempos, exigiu e em seguida fixou o rito do embarque”,¹⁵ no qual a água e a loucura permanecerão associadas nos sonhos do homem europeu. Na época clássica haverá uma explicação para a relação estabelecida entre a melancolia inglesa e o clima marinho, entre as diversas modalidades de apresentação da água (frio, umidade, instabilidade do tempo, finas gotículas de água que penetram no corpo) e a consequente perda da firmeza, predispondo à loucura. O “lunatismo” também é familiar a este tema. “A lua, cuja influência sobre a loucura e outros fenômenos

foi admitida durante séculos, é o mais aquático dos astros. O parentesco da loucura com o sol e o fogo surgiu bem mais tarde”.¹⁶

A lua simboliza, para a nave e sua tripulação, a orientação do tempo e o sentido do espaço, as condições da viagem e as possibilidades qualitativas da chegada. Essa instrução simbólica vai guiar por algum tempo a qualidade do acompanhamento do louco na sua caminhada para e através da internação.

De fato, a loucura, a nau dos loucos e a água se levantam como pano de fundo no horizonte da cultura europeia por volta do fim da Idade Média. Nesse crepúsculo, ficaram irremediavelmente abalados os seus alicerces materiais e suas concepções ideológicas. A onda de misticismo que a Europa conheceu era o estertor de um mundo que findava. A representação nas artes plásticas desse momento terá na pintura de Hieronymus Bosch (nascido por volta de 1450) a sua expressão mais perplexa. As raízes fundas e definitivas de Bosch se localizam na sociedade medieval do norte, teocrática e rígida.

O temor do inferno, da morte iminente, da punição dos pecados estruturava o palco de ação emocional do homem medieval.¹⁷ A linguagem enigmática de Bosch consiste na composição de figuras com elementos díspares, retirados de seus lugares comuns e tradicionais.

Na pintura “As tentações de Santo Antão”, Bosch descreve as tentações do santo, que surgem sob a forma de demônios — os pecados da vida pregressa —, para tentá-lo com visões lascivas ou apaixonantes, pondo à prova a sua fé indômita e, no final, vencedora. Seria infundável assinalar todas as espantosas imagens que pululavam nessas visões: um padre com feições animalescas auxiliado por um sacristão de rosto monstruoso, uma sacerdotisa coroada com uma mitra feita de serpentes, uma mulher-árvore macilenta cavalgando uma enorme ratazana e embalando um feto enfaixado. O importante é que toda a natureza se subverte pela maldade; desaparecem as diferenças entre os reinos animal e vegetal, e desse acasalamento de seres e formas contraditórias nascem insólitas espécies. Mesmo os instrumentos do

cotidiano perdem as funções às quais se destinam. E tudo se desenrola entre a água e o fogo, entre o bem e o mal (há uma nave, com figuras nuas, religiosas e animais, pessoas caídas na água e personagens deformadas empunhando lanças pontiagudas).

Poder-se-ia atribuir a Bosch uma intenção moralizante, na medida em que as tentações do santo deveriam atemorizar o espectador em pecado, levando-o, pela figuração dos terrores do inferno, a optar pelo Céu.

Essa possibilidade de interpretação da pintura de Bosch o aproxima da idéia dos escultores da Idade Média, que se esforçavam por lembrar a necessidade de salvação da alma. Mas a exaltação na obra de Bosch da figura de animais fantásticos, da tentação, do pecado, da profanação, também nos leva a pensar na importância da dimensão demoníaca e maldita da existência para o homem medieval. A fascinação que exercem essas fantasias grotescas revela a verdade do homem, constituindo a sua natureza secreta. Oculta, às custas de uma animalidade que escapa à domesticação e fascinante pelo seu furor e pela sua desordem, revelando a monstruosa loucura que se esconde no interior dos homens. A interioridade contida no humano, do impossível e do inumano.

A partir do século XV, a face da loucura assombrou a imaginação do homem ocidental.¹⁸ E, junto com ela, o tema da morte. O fim dos tempos e do homem, refletido nas figuras da guerra e da peste.

No pensamento da Alta Idade Média, as legiões de belos animais batizados por Adão e salvos por Noé ostentavam os valores da humanidade. Mas, no começo da Renascença, as relações com a animalidade se invertem: a besta se liberta, escapa do mundo da ilustração moral para adquirir um caráter fantástico que lhe é próprio. Surpreendentemente invertido, é o animal, agora, que vai espreitar o homem, apoderar-se dele e revelar-lhe a sua verdade, desvendando uma raiva obscura, um furor e uma monstruosidade que vão desvendar a loucura estéril que reside no coração dos homens.¹⁹ O privilégio absoluto da

loucura é o de reinar sobre tudo o que há de mau no homem. Mas de forma ambígua e crítica reina sobre o bem que o homem sábio, estóico, pode fazer. Nesse momento breve, entre a Idade Média moribunda e a Reforma nascente, Erasmo de Rotterdam conseguiu ser a expressão literária da encruzilhada do pensamento do seu tempo²⁰. Erasmo, utilizando a ironia, o jogo duplo e transparente do riso, o sério escondido sob o jocoso, faz surgir da síntese desses contrários uma sátira à vida da Europa em tempo de transição. "Em cortejo de auto quase medieval, a loucura vai apresentando os atores no palco da vida: os príncipes, ignorantes e devassos, os cortesãos aduladores, os filósofos estéreis, os artistas pretensiosos, os juízes e advogados astutos, os fidalgos, a quem importam apenas o título e as honras, os monges torpes e inúteis, o longo cortejo de padres, teólogos, bispos, cardeais e papas, cuja vida é a negação de Cristo.²¹

No *Elogio da loucura* Erasmo vai defini-la como a situação em que, "além dos sentidos, o raciocínio também falhar, em excesso permanente. Poderemos reconhecer aí a loucura"²² e ela vai ser definida pelo sentido da freqüência com que ocorre. "Só existe uma diferença: o homem que confunde uma abóbora com uma mulher é considerado, em todo o lado, um louco, por tal loucura ser rara; mas aquele cuja mulher o engana com inúmeros homens e que, orgulhoso, se vangloria da castidade da esposa, mais fiel do que Penélope, a este ninguém chama louco, por este estado de espírito ser comum a muitos maridos"²³. No *Elogio*, Erasmo faz também uma oposição mordaz entre o sábio, estóico, e o louco. O sábio seria aquele que perdeu a vida em trabalhar sem prazer; é pobre, miserável, triste, tétrico, severo e duro para consigo, insuportável e desagradável para com os outros, pálido e magro, envelhecido e calvo antes do tempo, com muito juízo e morte prematura. Ao louco pertencem as ilusões deliciosas, formas de prazer com o descuido da alma, esquecimento dos males dos quais ri, aplaudindo-os sozinho, vendo-os sempre como comédias; ele é boa pessoa para os amigos, marido excelente para a mulher e amo indulgente para os criados, com muita alegria e pouco juízo.²⁴ No domínio da expressão da literatura e da filosofia, a experiência da loucura no

século XV assume sobretudo o aspecto de uma sátira moral. Erasmo faz essa observação a uma distância bem mais prudente do que a expressada por Bosch, por exemplo. Diz Erasmo: “Os bobos proporcionam-lhes [aos príncipes] o que os príncipes procuram a todo custo: o divertimento, o sorriso, a gargalhada, o prazer. Outra qualidade dos loucos, e que não é para desprezar, é que eles são os únicos sinceros e verdadeiros... Tudo o que o louco tem na alma mostra-o no rosto e a sua boca di-lo sem hesitar...”²⁵

Ainda dentro de um imaginário coletivo, que vai se manter ao longo dos tempos, diz Erasmo: “Tais homens não receiam a morte, e isso já não representa vantagem! A sua consciência já não os incomoda. As histórias de fantasmas não os aterrorizam (...) nem os males que os ameaçam ou a esperança dos bens que poderão vir a receber. Nada os atormenta, isentos dos mil cuidados de que a vida é feita. Ignoram a vergonha, o medo, a ambição, a inveja, e chegam mesmo, se são suficientemente estúpidos, a gozar o privilégio, segundo os teólogos, de não cometerem pecados (...) Haverá, pelos deuses imortais, espécie mais feliz que os homens a quem o vulgo chama louco, parvos, imbecis?”²⁶

Tudo o que havia de manifestação cósmica obscura na loucura, um lugar na hierarquia dos vícios, tal como a via Bosch, desapareceu em Erasmo: a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo.

“Apesar de tantas interferências ainda visíveis, a divisão já está feita: entre as duas formas de experiência da loucura, a distância não deixará de aumentar. As figuras da visão cósmica e os movimentos da reflexão moral, o elemento trágico e o elemento crítico irão doravante separar-se cada vez mais, abrindo na unidade profunda da loucura um vazio que não mais será preenchido. De um lado, haverá uma Nau de Loucos cheia de rostos furiosos, que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos.²⁷ Do outro lado, haverá uma Nau dos Loucos, que constitui para os pru-

dentes a Odisséia exemplar e didática dos defeitos humanos (Brant e Erasmo se apresentando próximos à tradição humanista, em que a loucura é considerada no universo do discurso como uma consciência crítica, em oposição ainda não delineada à visão medieval da loucura como uma trágica experiência dos homens). Eis então a loucura amarrada solidamente entre as coisas e as pessoas, absolutamente segura nessa retenção. Não existe mais a barca, porém há o hospital, onde o internamento é uma seqüência do embarque. E esse mundo do século XVII é *hospitaleiro* para com a loucura.”²⁸ Esta loucura, cujas vozes a Renascença libertou e cuja violência dominou será silenciada pela época clássica, através de um golpe de força. Agora, o que garante o pensamento contra a loucura é a impossibilidade de ser louco, próprio não do objeto do pensamento, mas do sujeito que pensa. Traça-se uma linha divisória que tornará impossível aquela experiência tão familiar à Renascença, de uma razão irrazoável, de um razoável desatino.

O século XVII criou casas de internamento, e essa proposta foi a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura. Pinel, Tuke, Wagnitz²⁹ mostraram-nos que os loucos, durante um século e meio, foram mantidos sob o regime desse internamento e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral. Entretanto, não foi nunca bem esclarecida a lógica da prática que enclausurou no mesmo espaço os pobres, os desempregados e os insanos. Será entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos e lá os deixarão, agora recortados como doentes mentais e, portanto, passíveis de sujeição a outros grilhões, não tão visíveis porém muito mais concretos e eficazes. O poder disciplinar do Hospital Geral vai garantir um controle do louco como nunca foi feito antes, através de uma estratégia política de docilização dos corpos. Uma data pode servir de referência: o ano de 1656, decreto da fundação em Paris do Hospital Geral.³⁰ Diversos estabelecimentos já existentes são agrupados sob uma administração única, a Salpêtrière (hospício de mulheres em Paris, cuja tradução do termo francês quer dizer mina de salitre), reconstruída a fim de abrigar um arsenal, Bicêtre, sendo todos agora destinados aos pobres de Paris. Os internos são encaminhados pela

autoridade real ou judiciária, ou se apresentam espontaneamente. O tratamento se inscreve no ato de recolher, alojar, alimentar, zelar pela boa conduta e pela subsistência, e sobretudo pela ordem geral dos que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam estar. A direção dessas atividades é feita mediante uma nomeação e deverá ser realizada por toda a vida. O poder do diretor é total, em todos os aspectos: autoridade, direção, administração, comércio, política, jurisdição, correção e punição sobre todos os pobres de Paris. O diretor nomeia um médico, que reside na Misericórdia e deve visitar cada uma das casas do Hospital duas vezes por semana. Um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico, e sim uma estrutura semijurídica, que paralelamente a outras estruturas já constituídas, e além dos tribunais, decide, julga e executa. O Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece como uma terceira ordem de repressão, ao lado da polícia e da justiça. O Hospital não tem vocação médica alguma; não se é admitido ali para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos³¹, ou seja, a capacidade de tomar parte na produção, circulação e acumulação de riqueza.

O “pecado” na Idade Média era de natureza religiosa e moral, apontando para o orgulhoso e a avidez. No século XVII, na burguesia incipiente, o pecado é de natureza econômica e moral, apontando para a ociosidade, e é esta *falta* que a sociedade tenta avidamente excluir incluindo-os nas casas de internamento. Esse processo é resultante de um novo corte das relações sociais, econômicas e culturais do mundo moderno. O classicismo inventou o internamento, um pouco como a Idade Média inventou a segregação dos leprosos: o vazio deixado por estes foi ocupado por novos personagens no mundo europeu: são os “internos”.³² Mas aquilo que para nós parece apenas uma sensibilidade indiferenciada, seguramente era no homem clássico uma percepção claramente articulada. É esse modo de percepção que

cabe interrogar, a fim de saber qual foi a forma de sensibilidade à loucura de uma época que se costuma definir através dos privilégios da razão. O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria; por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza, numa unidade completa, uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade, onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Obscuramente, esses temas estão presente na construção das cidades de internamento e em sua organização. São eles que dão sentido a esse ritual e explicam em parte o modo pelo qual a loucura é percebida e “vivida pela era clássica”.³³ A Renascença despojou a miséria de sua positividade mística, e isso através de um duplo movimento do pensamento, que retira à pobreza seu sentido absoluto e à caridade o valor que ela obtém dessa pobreza socorrida. Portanto, não se trata mais de exaltar a miséria no gesto que a alivia, mas simplesmente de suprimi-la.

A Reforma Protestante vem mostrar no miserável, ao mesmo tempo, um efeito da desordem e um obstáculo à ordem. A miséria passa de uma experiência religiosa, que a santifica, para uma concepção moral, que a condena; laicização da caridade, mas de um modo obscuro, também um castigo moral da miséria. A loucura, por muito tempo manifesta e loquaz, entra num tempo de silêncio do qual não sairá durante um longo período; é despojada de sua linguagem e, se se pode continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma. Por outro lado, no espaço de reclusão que repartia com vagabundos, criminosos, libertinos e doentes venéreos, a loucura formou laços de parentescos que não se romperam, não levaram ao equilíbrio, mas permaneceram nas representações sociais e no imaginário coletivo. A loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais uma trama de ligações que não está prestes a se romper.

A partir de meados do século XVII, a inquietude renasce. Com a denúncia política das seqüestrações arbitrárias, o mundo correccional, no qual a loucura está presa no meio de tantos erros, pecados e crimes, começa a se deslocar. Os reformuladores de antes de 1789 e a própria Revolução Francesa inquietam-se com o pavor popular do mundo correccional. Mas, através de socorros financeiros e cuidados médicos aos pobres, a filantropia da época libertou os outros, exceto os loucos. Estes continuarão a ser os eternos herdeiros do princípio de exclusão nascido nos leprosários da época das Cruzadas; serão também seus eternos titulares.

O internamento toma então uma nova significação: torna-se uma medida de caráter médico.³⁴

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Wagnitz e Riel na Alemanha contribuem para a história da medicina e da psiquiatria como os símbolos de um duplo advento: do humanismo e o de uma ciência finalmente positiva. Tuke, nas suas casas de internação, submete os internos a uma infantilização e a um controle social e moral constante, visando readaptá-los para a família, dentro da ética protestante. Pinel utilizava técnicas semelhantes, transformando o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio e ridicularizado nos seus erros, sob a batuta do médico, que está mais interessado em um controle ético que em uma intervenção terapêutica. Os textos médicos dos séculos XVII e XVIII procuravam definir as técnicas mais apropriadas para a cura dos insanos. Eram tratamentos físicos e psicológicos ao mesmo tempo: submetia-se o doente à ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras: era-lhe injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada, procurando provocar nele impressões vivas para modificar o curso de sua imaginação. Essas técnicas que a fisiologia da época justificava foram retomadas por Pinel, com uma tonalidade puramente repressiva e moral. A ducha não refrescava mais, punia; não se deve mais aplicá-la quando o doente está “excitado”, mas quando cometer um erro. No mundo da coerção moral asilar, a loucura é remetida à interioridade da alma humana; e

no mundo ocidental, pela primeira vez, vai receber *status*, estrutura e significação psicológicos. Essa psicologização está encerrada num sistema privativo, em que o louco menorizado se encontra aparentado com a criança, e onde a loucura culpabilizada se acha originariamente ligada ao erro.

Esta relação que funda filosoficamente toda psicologia possível só pode ser definida a partir de um momento preciso na história de nossa civilização: o momento em que o grande confronto da Razão e da Desrazão deixou de se fazer na dimensão da liberdade e em que a razão deixou de ser para o homem uma ética, para se tornar uma natureza. Então a loucura tornou-se natureza da natureza, isto é, processo alienando a natureza e encadeando-a no seu determinismo, enquanto a liberdade se tornava ela também natureza da natureza, mas no sentido de alma secreta, de essência inalienável e da natureza.³⁵

Notas

1. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil S.A., 1989, p. 31.
2. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Ibidem.
3. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Op. cit., p. 49.
4. MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro, Graal, 1981, p. 185.
5. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 3.
6. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 4.
7. Grifo da autora.
8. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 6.
9. Grifo da autora.
10. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit.
11. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 9.

12. *Das Narrenschiff* foi escrito em 1458, por Sebastian Brant, em gótico holandês, e traduzido em versos latinos, com o título de *Stultifera Navis* por Jacques Locher, em 1497. Há um exemplar da tradução em latim no catálogo de incunábulos da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, considerado “em mau estado de conservação devido às traças”. Indicação do catálogo, Z1, 2, 12.
13. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 9.
14. A palavra francesa *avenir* é propositalmente utilizada de forma diferente de *future* ou futuro. *Avenir* também pode significar futuro, porém possui um nível de imprecisão maior.
15. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 12.
16. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 13.
17. Para uma bela apreciação da obra de Bosch, sugerimos consultar a coleção *Gênios da Pintura*, fascículo 19, Bosch, editada pela Abril Cultural, 1973.
18. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 15.
19. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 20.
20. ROTERDAM, Erasmo. *Elogio da loucura*. s. 1., coleção Livros de Bolso Europa-América, s. d., p. 8.
21. ROTERDAM, Erasmo. *Elogio da loucura*. Op. cit.
22. ROTERDAM, Erasmo. *Elogio da loucura*. Op. cit., p. 70.
23. Ibid.
24. ROTERDAM, Erasmo. *Elogio da loucura*. Op. cit.
25. ROTERDAM, Erasmo. *Elogio da loucura*. Op. cit., p. 66.
26. ROTERDAM, Erasmo. *Elogio da loucura*. Op. cit., pp. 64-65.
27. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit.
28. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 44.
29. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 48.
30. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 49.
31. FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975, p. 79.
32. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 52.

33. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit., p. 55.
34. FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Op. cit., p. 81.
35. FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Op. cit., p. 98.

6

O estudo

1. A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

No espaço do asilo, mais que no do Hospital Geral, a enfermagem detém e executa o poder disciplinar. São 24 horas diárias de exercício de poder e produção de um saber acerca de uma clientela — o louco —, cuja voz ou é silenciada ou é absolutamente fragilizada e pouco vigorosa, a ponto de não ser ouvida para além dos muros dos asilos.¹ Nesse conjunto de forças, mesmo que a assistência de enfermagem seja comparável ao que é oferecido nas instituições de puro encarceramento (presídios) — como excluir, disciplinar, alimentar, lavar, vestir e dar um teto e cama — dificilmente alguma denúncia acerca da qualidade da assistência de saúde prestada ao interno será registrada.

A partir do documento “Relatório da Ambiência”, contido no Relatório do Programa Curricular Interdepartamental X, relativo ao período 1990-1991 do curso de graduação em Enfermagem e Obstet

trícia da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), pudemos constatar uma posição quase homogênea por parte dos técnicos de saúde mental no hospício, que é a não aderência do discurso à prática.

Como docente da EEAN/UFRJ por mais de dez anos, sabemos que algum conteúdo teórico e “científico” sobre o louco e a loucura é passado aos estudantes durante o curso de graduação. Entretanto, observando mais de perto o estágio das estudantes no hospício, vamos presenciar e ouvir representações sociais coletivas sobre a loucura e o louco que não têm ligação direta com o conteúdo teórico administrado, mas que apresentam uma eficácia orientadora e prática inquestionável. Pequenos conceitos, pré-conceitos, trocas simbólicas, experiências pessoais ou coletivas moldam um pensar e um agir em relação ao doente mental, que, gostemos ou não, vão influenciar diretamente na qualidade da assistência e na relação estabelecidas com ele. Essa instrução, alimentada pelas representações sociais leigas ou não-científicas sobre a loucura, permanece no espaço asilar e contamina todos os atores, inclusive — e talvez principalmente — o louco. Apesar de sua insistência, o discurso racional científico-psiquiátrico não consegue domesticar ou dominar a continuidade de certos imaginários e representações coletivas sobre a loucura, os quais a enfermeira, como indivíduo social e sujeito historicamente construído, desdobra e reproduz. O discurso acadêmico e a sua rationalidade tentam romper com essas representações, mas não sem tatuar resistências, impasses e tensões no cotidiano do espaço asilar.

Talvez tivéssemos dificuldades em delinear os impasses declarados entre o hospício científico e as representações sociais sobre ele e o seu eterno hóspede, o doente mental. Pequenas dificuldades são evidentes no dia-a-dia; desvios nebulosos, resistências cotidianas, negociações diárias, esquecimentos, cuja repetição sistematizada leva a pensar em uma rationalidade também construída para atender a determinados objetivos conscientes ou inconscientes. Esta seria mesmo uma de nossas hipóteses. Como ensaiar uma explicação de cunho sociológico para a miserabilidade das práticas e da realidade do hospício

científico, senão através de uma progressiva arrecadação dessas infrações que se repetem “inexplicavelmente” dia-a-dia e que se confrontam com as mais simples regras de relacionamento humano?

A sistematicidade dessas ignorâncias nos propôs um fio lógico condutor. Desse modo, o que se pensou em fazer não foi uma arqueologia do saber do hospício, o que humildemente não seria factível depois de Foucault e de sua obra. Nem a história das mentalidades dos detalhes da loucura, o que a humildade epistemológica também não nos permitiria. Arrogantemente para uns, criativamente para outros, mas sem perder de vista o rigor científico indispensável, pensamos em sistematizar e interpretar o nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil, iastreando esse momento de forma abrangente na historicidade de seus dois componentes: a enfermagem moderna e a psiquiatria (ou o seu discurso). Isto feito, e nos limites de um ensaio histórico social e antropológico que certamente absorveu um pouco de cada um destes campos sem ter talvez a riqueza de cada um deles de *per si*, situam-se as representações da loucura no espaço asilar. Esta recuperação de contatos nos faz pensar sobre a existência de um enorme campo do silêncio: aquele onde não há o que se discutir, já que nada foi dito. Se conseguirmos desvendar este fato, teremos atingido nosso objetivo em realizar esta investigação, pois buscamos, exatamente, o parentesco imaginário entre dois discursos aparentemente dissociados: o científico, e o outro, aquele que rege os comportamentos, os medos e a coragem das pessoas.

A nossa prática profissional, como docente na área de enfermagem psiquiátrica e supervisionando estudantes de enfermagem em estágio nas instituições psiquiátricas, permite-nos algumas observações de natureza empírica. A prática diária mostra que a enfermeira se afasta progressivamente de “tocar no paciente”, na maior parte das vezes porque não gosta e porque não quer, embora utilize um discurso sistematizado sobre o “tempo” para justificar esse afastamento.

Em relação à enfermagem psiquiátrica, a situação é de uma perplexidade ainda maior. Além da vigilância e do controle sobre o

doente, herança comum da constituição da enfermagem moderna, o que a enfermeira faz nos hospícios é reproduzir mecanicamente o saber médico, administrando a medicação prescrita, sem saber com certeza nem o nome do doente, nem a sua história, e nem a sua individualidade.

Há um comentário freqüente entre os profissionais da área de saúde mental de que uma enfermeira era escolhida (ou ainda o é) para trabalhar na psiquiatria, para purgar alguma infração de comportamento. Era destino para enfermeiras faltosas, irresponsáveis, querelantes, “mal-educadas”. Parece que repetimos aqui o “modelo assistencial” da era do hospital pré-moderno: as pessoas que trabalham na psiquiatria ainda estão mais destinadas a pagar o preço do seu mau comportamento pregresso do que a contribuir para a melhora concreta do doente mental.

Por que a enfermeira, normalmente com pouco espaço de autonomia dentro da instituição hospitalar, não “quer” ocupar o verdadeiro vazio que é a assistência institucional ao doente mental? E entendendo os demais técnicos de saúde mental (médicos, assistentes sociais, psicólogos e outros) como atores sociais desse processo, é intrigante também a sua ausência. No asilo, o doente está só. Luta-se, de forma muito débil, por ele ou para ele. Há dificuldades reais nesse projeto de não menorizar o doente mental e de não definir, como pressuposto, a sua incapacidade.

Estas questões não têm a pretensão ao ineditismo quanto ao questionamento levantado, mas à singularidade na interpretação dos dados apontados até agora como resposta.

Cerqueira² já denunciava a Guanabara, há mais de vinte anos, como um vasto asilo. Levantava muitas questões e obtinha poucas respostas. Os doentes mentais “oficialmente” crônicos da antiga Guanabara se encontravam na Colônia Juliano Moreira, onde, em 1967, 1.223 doentes dormiam no chão. Nos hospitais de crônicos da Guanabara a taxa de mortalidade era três vezes maior relativamente a qualquer outro hospital de doentes crônicos. Havia uma cronificação³

inadmissível, quando no máximo dez por cento dos internos teriam doença própria para ficar no hospital. A doença “não própria” é a da instituição hospitalar, responsável pela permanência do doente no hospício, superior a noventa dias. Dar alta era “dar as costas” ao doente. Cerqueira já denunciava os psiquiatras-fantasmas, ou seja, a ausência de psiquiatria em horário integral, levando à sensação de “feriado generalizado” no hospício após o meio-dia, com a vigilância e a disciplina repassadas aos guardas de uniforme.⁴ Ainda, segundo o mesmo levantamento, havia 180 enfermeiras psiquiátricas trabalhando como funcionárias dos hospitais mentais no Brasil, em 1965, para 60 mil doentes. Na Guanabara, seria possível contá-las nos dedos da mão.⁵ Esses totais se dividiam nas seguintes proporções, em termos de “síntese do hospital psiquiátrico brasileiro”, em 1965.⁶

Especificação	Total	Hospital Público	Hospital Particular	Hospital p/crônicos	Hospital p/agudos
Taxas de óbito	3,3	4,7	1,7	8,2	2,1
Leitos no chão	7.204	7.169	35	6.074	1.130
Relação psiquiatra/paciente	1:74	1:123	1:32	1:181	1:42
Relação auxiliar/paciente	1:10	1:14	1:5	1:14	1:7
Hospitais sem psiquiatra	7	1	6	3	4
Hospitais sem enfermeira, mesmo não diplomada	23	16	7	12	11
Hospitais com enfermeira diplomada	16	15	31	4	42
Nº de enfermeiras diplomadas	180	94	86	8	172
Relação enfermeira diplomada/paciente nos hospitais com enfermeiras diplomadas	1:157	1:245	1:61	1:1889	1:77

Fonte: Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1965.

A eloquência destes dados, nos quais não estamos ainda levando em consideração nenhuma análise do tipo ou qualidade da assistência prestada, apresenta uma resistência objetiva para se entrar no hospício (o louco, de um modo geral, o faz à revelia ou através de *piedosas* mentiras). Quando entramos, nós enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem, o fazemos de forma muito desarranjada. Com índices de óbitos inexplicáveis, cumplicados com leitos no chão e, sobretudo, com relações quantitativas, técnicos de saúde mental/paciente, inaceitáveis, cujo pressuposto básico é que o hospício é rua de mão única.

A partir dessas constatações, o nosso interesse é refletir sobre as respostas já dadas à luz de outras fontes. Concordamos com as análises já realizadas por outros pesquisadores de que o hospício é um hospital muito barato e com as críticas sobre a “indústria da loucura” no Brasil. Mas centramos nossa análise na forma como se alinhavaram ao longo da história essas formas de pensar e sentir o louco; como as sociedades absorveram, rejeitaram ou criaram mentalidades sobre este sujeito, de como os homens, na totalidade da cultura, organizaram e interpretaram esses saberes.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa teve como objetivo resgatar o nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil, constituindo-se em um estudo da história desses saberes, cuja “proposta é a de estabelecer uma relação entre as teorias e as práticas políticas, as teorias e o imaginário e as representações coletivas, não em termos de exterioridade ou de justaposição, em que o poder se apropriaria de uma neutralidade científica e a utilizaria segundo objetivos que lhe são extrínsecos, mas de imanência: dimensão política e constitutiva dos discursos”, conforme afirma Machado, na apresentação do livro *Danação da norma*⁷.

A investigação se inseriu numa abordagem de metodologia qualitativa, e utilizamos técnicas ligadas à antropologia, à sociologia e à

história. Nesse sentido, concordamos com Laplantine, citando Tylor⁸, um dos precursores da antropologia, quando ele diz a respeito da posição de *insider* ou de *outsider* do pesquisador, questão central da observação participante: “Existe uma espécie de fronteira aquém da qual é preciso estar para simpatizar com o mito, e além da qual é preciso estar para estudá-lo. Temos a sorte de viver perto dessa faixa fronteiriça e de poder passar e repassá-la à vontade”.

Segundo Lazarsfeld em Hagquette,⁹ os indicadores qualitativos se prestam às situações nas quais a evidência qualitativa é usada para captar dados psicológicos que são reprimidos ou não são facilmente detectáveis e articulados, como atitudes, motivos, pressupostos, quadros de referência, e também em situações nas quais as observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento de estruturas e organizações complexas difíceis de submeter à observação direta. O método qualitativo evidencia estudos interacionistas baseados na análise de documentos pessoais, entrevistas e observação participante, no nosso caso, para apreender as representações sociais que a enfermeira e a enfermagem fazem sobre o louco e a loucura, naquilo que é constitutivo da sua própria prática profissional, a sua relação com o doente mental.

Devemos levar em consideração que “a população que ora estudamos não nos esperou para atribuir significações a suas práticas”.¹⁰ Assim, o objeto científico não é transcidente nem posterior ao processo da pesquisa que o visaria como algo de fora. Ao contrário, ele é esse processo de pesquisa concretizado¹¹.

Bourdieu, em sua recente publicação no Brasil *poder simbólico*¹², faz várias considerações sobre uma sociologia reflexiva e sobre a importância da construção do objeto. Diz o autor: “O cume da arte, em ciências sociais, está, sem dúvida, em ser-se capaz de pôr em jogo ‘coisas teóricas’ muito importantes a respeito de objetos ditos empíricos muito precisos, freqüentemente menores na aparência, e até mesmo um pouco irrisórios”. Esta primeira abordagem da relação entre teoria e objeto de pesquisa leva em seguida a outra análise da relação

entre teoria científica e análise científica: “É preciso saber converter problemas muito abstratos em operações científicas inteiramente práticas — o que supõe, como se verá, uma relação muito especial com o que se chama geralmente “teoria” ou “prática”.¹³ Entendemos que construir um objeto científico é, antes de mais nada e sobretudo, romper com o senso comum, quer dizer, com representações partilhadas por todos. Este tipo de pesquisador tem um mundo a conhecer, um mundo social de que ele próprio é produto; portanto, há muitas chances de que os problemas que ele coloca a respeito desse mundo, os conceitos e em especial as classificações que utiliza para o conhecer, sejam produto desse mesmo objeto. Mas uma prática científica não pode esquecer de se colocar a si mesma em causa sob pena de se registrar a si mesma sem se reconhecer. “Para não se ser objeto dos problemas que se tomam para objeto, é preciso fazer a história social da emergência desses problemas, de sua constituição progressiva, quer dizer, do trabalho coletivo [...] o qual foi necessário para dar a conhecer e fazer reconhecer esses problemas como problemas legítimos, confessáveis, publicáveis, oficiais...”.¹⁴

As práticas simbólicas e os discursos vividos que interpretamos nessa investigação não foram analisados nem segundo a maneira como seus atores sociais os viveram, nem como os observadores os perceberam. Nasceram deste encontro, não apenas de dois discursos explícitos, “mas de dois inconscientes em espelho, que espelham uma imagem deformada. É o discurso sobre a diferença (e sobre minha diferença) baseado em uma prática da diferença que trabalha sobre os limites e as fronteiras”.¹⁵

A proposta deste estudo sobre o louco e a loucura é alcançar o nível mais estável, mais imóvel das sociedades. Citando Labrousse em Le Goff¹⁶, “o social é mais lento que o econômico, e o mental mais ainda que o social”. Assim, o que parece desprovido de raízes, nascido da improvisação e do reflexo, gestos maquinais, palavras, vem de longe e testemunha em favor da extensa repercussão dos sistemas de pensamento. “História não de fenômenos objetivos, porém da representação desses fenômenos, a História das mentalidades alimenta-se

naturalmente dos documentos do imaginário”.¹⁷ Aparece uma natural obrigação de se interessar mais de perto por alguns fenômenos essenciais de seu domínio; o estudo das heranças e sua continuidade, das perdas e rupturas (de onde, de quem, de quando vem esse hábito mental, essa expressão, esse gesto?); “a tradição, i.e., as maneiras pelas quais se reproduzem mentalmente as sociedades, as defasagens, produto do retardamento dos espíritos em se adaptarem às mudanças e da inegável rapidez com quem evoluem os diferentes setores da História. A inércia, força histórica capital, mais fato referente ao espírito do que à matéria, uma vez que esta evolui freqüentemente mais rápido do que o primeiro. Os homens servem-se das máquinas que inventam, conservando as mentalidades anteriores a essas máquinas. A mentalidade é aquilo que muda mais lentamente. História das mentalidades, história da lentidão na história”.¹⁸

As técnicas utilizadas tanto para a construção dinâmica do objeto quanto para as coletas de dados de campo foram as que avaliamos como mais sensíveis para captar esse momento da lentidão do social e do mental, que inaugura uma singularidade, embora esteja absolutamente revolta e involta numa velocidade atômica, que gira microscopicamente em torno de si mesma. Após a abrangência necessária da historicidade da loucura baseada no livro de Foucault¹⁹, utilizamos como técnica de coleta de dados, para recuperar o nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil, a análise documental e a entrevista. Realizamos então:

1. Entrevistas tematizadas com quatro enfermeiras especialistas, docentes, pioneiras do ensino e da prática de enfermagem psiquiátrica no Brasil. Estas entrevistas foram semi-estruturadas (Anexo 11.2), variando a duração de cada uma delas, de 50 minutos a 2 horas e meia. Foram gravadas pela autora e transcritas por pessoal auxiliar, num total de aproximadamente sete horas de gravação.
2. Entrevistas com história oral, enfatizando a prática pioneira na enfermagem psiquiátrica (na verdade, eram a segunda parte das entrevistas acima citadas, conforme pode-se constatar no Anexo 11.2).

Partilhamos das idéias de Phillips em Ludke & André²⁰, ao considerarem *documento* todos os materiais escritos que possam ser utilizados como fonte de informação sobre o comportamento humano, incluindo regulamentos, regimentos, cartas, pareceres, memorandos, revistas, programas curriculares, arquivos escolares, bibliografias e teses, entre outros. Esses documentos constituíram uma fonte rica e estável de informações factuais, que embora tenham fornecido alguns dados históricos mecanicamente lineares foram de importância capital para a estruturação das entrevistas. Alguns desses fatos foram ratificados nas entrevistas das especialistas, e outros instruíram a reflexão que só a contradição revelada no momento da entrevista permite. Entendemos que a diversidade de pontos de vista e de enfoques parece contribuir mais para aumentar o conhecimento sobre algo do que para limitá-lo. “Enquanto outros instrumentos de coleta de dados têm seu destino selado no momento em que saem das mãos do pesquisador que os elaborou, a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado”.²¹

Já estávamos preparadas para o fato de que, ao nos decidirmos também pela entrevista, estávamos assumindo uma das técnicas de coleta de dados mais dispendiosas, especialmente pelo tempo e pela qualificação exigidos. Entendemos entretanto que esta escolha foi fundamental, já que, subsidiada por uma análise documental anterior, possibilitou o levantamento de contradições no discurso histórico linear e levou ao resgate sócio-histórico do nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil.

Outro passo foi determinar qual técnica de coleta de dados seria sensível para perceber determinadas situações que se prestam à abordagem qualitativa. Segundo Ludke & André,²² “para que se torne um instrumento válido e fidedigno de investigação científica, a observação precisa ser antes de tudo controlada e sistemática. Isso implica a existência de um planejamento cuidadoso e do trabalho e uma preparação rigorosa do observador”.

Esta preparação rigorosa implicou em estabelecer com antecedência o “que” e o “como” observar. Assim, sabíamos que não bus-

cávamos novas respostas para velhas perguntas sobre o asilo, mas sim uma outra análise a respostas já dadas: a voz do louco não é ouvida, o discurso científico não conseguiu domesticar as representações sociais sobre a loucura e a sua eficiência prática, e há tensões cotidianas entre estas duas perspectivas. Há o pressuposto da incapacidade e menoridade do louco, há uma doença institucional do hospício, e nós, técnicos de saúde mental, entramos na instituição acoplados com o asilo e a psiquiatria, e contra o doente. Queríamos nos aproximar da costura dada a essas respostas no imaginário social e coletivo. Nesse sentido é que a observação participante permitiu a coleta de dados em situações nas quais teriam sido impossíveis outras formas de comunicação.²³

Além disso, concordamos com essas mesmas autoras²⁴, quando elas dizem que as “técnicas de observação são extremamente úteis para descobrir aspectos novos de um problema”, o que se torna crucial nas situações em que não existe uma base teórica sólida que oriente a coleta de dados. Levantar representações coletivas é aguardar o registro do até certo ponto imponderável. Mas a observação direta nos permitiu, como observador, chegar mais perto da perspectiva dos sujeitos, isto é, do significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Realizamos então duas modalidades de observação participante, com duas clientelas aparentemente distanciadas, os estudantes *do louco* e *os loucos*. Essa divisão se mostrou pouco nítida ao longo da pesquisa, apresentando-se com maiores áreas fronteiriças do que nítidos campos opostos:

1. Gravação de nove sessões de grupo de reflexão com os alunos do curso de graduação em enfermagem com uma terapeuta, em que se discutiam as dificuldades individuais vivenciadas em ser aluno de enfermagem psiquiátrica. Participamos de forma passiva nesses grupos por entendermos que qualquer fala nossa poderia ser interpretada como a fala e o poder do professor, o que prejudicaria

muito a proposta. A freqüência ao grupo não era obrigatória para os estudantes, com uma participação que oscilou em torno de 20 a 25 alunos (a turma era de 30), durando em média uma hora e 15 minutos cada, num total de aproximadamente 11 horas de gravação. As fitas foram transcritas por pessoal auxiliar.

2. Participação em dezoito sessões de grupo operativo, com participantes internados na enfermaria masculina, no período de agosto a novembro, segundas e quartas, das 14 às 15 horas. A freqüência dos pacientes não era obrigatória, porém era estimulada, com a participação média por sessão de 15 a 20 pacientes, mais duas terapeutas e a autora. Após a reunião, procedia-se ao registro sistemático em diário de campo do que havia sido discutido e observado no grupo. Esta técnica foi de fundamental importância, na medida em que compartilhamos da idéia de que a loucura como desrazão é apenas um discurso, e não a verdade. Além do mais, no hospício, a partir de um determinado momento as margens ficam muito imprecisas, e há um número muito maior de fronteiriços do que de pólos nitidamente opostos, ficando extremamente difícil determinar o lugar da razão, já que ele não existe de forma estática.

Realizamos um total de aproximadamente 20 horas de registro em diário de campo.

Concordamos com Guba e Lincoln em Ludke & André,²⁵ que, embora a presença do observador possa provocar alterações no ambiente ou no comportamento das pessoas observadas, “os ambientes sociais são relativamente estáveis, de modo que a presença de um observador dificilmente causará as mudanças que os pesquisadores procuram tanto evitar”.

Foram utilizadas como fontes históricas registros do acervo e da memória institucional e histórica da Escola de Enfermagem Anna Nery (pareceres, currículos escolares, regimentos etc.).

As fontes primárias foram selecionadas a partir de bibliografia sobre o ensino e a prática da enfermagem.

Como fontes secundárias, utilizamos: Foucault, Michel (1972), *A história da loucura na Idade Clássica*; Machado, Roberto (1978), *Danação da norma*; Moreira, Almerinda (1990), *Escola de enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*; Rotterdam, Erasmo (s.d.), *Elogio da loucura*; Bibliografia de Florence Nightingale (realizada pela autora).

As entrevistas com as especialistas foram realizadas individualmente por nós, de acordo com situações específicas de cada uma delas. A partir desses depoimentos e histórias da vida e da leitura dos materiais já levantados como fontes históricas — fontes primárias e secundárias —, conseguimos ordenar e interpretar o nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil.

Os grupos de reflexão foram realizados com os alunos do Curso de Graduação da Escola Anna Nery e tinham validade como conteúdo teórico-prático no Programa Curricular Interdepartamental X. Os estudantes deram o seu consentimento para a gravação das sessões e posterior utilização das mesmas com dados de campo para a pesquisa.

As sessões de grupo operativo foram realizadas com os pacientes internados na enfermaria masculina do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo esta atividade uma rotina naquela enfermaria. A nossa participação no grupo se deu a partir da concordância das duas terapeutas que dirigem o grupo, bem como da dos pacientes. Estes sabiam que a autora, também docente de enfermagem psiquiátrica e supervisionando alunos naquela enfermaria, estava fazendo uma pesquisa sobre a enfermaria. Não foi dado reforço ao grupo operativo em separado como campo de coleta de dados, por considerarmos desnecessário, visto que se realizou uma etnografia da enfermaria masculina no período entre agosto e setembro de 1990, na qual as sessões de grupo operativo estavam inseridas.

Todos os dados de campo foram colhidos no período de agosto a novembro de 1990.

A validação desta tese se desenvolveu através de cinco momentos:

1. Na primeira quinzena do mês de agosto, em continuidade ao programa de apoio institucional da Escola de Enfermagem Anna Nery ao concurso de livre-docência da UNIRIO, foi realizado o I Seminário de Pesquisas da EEAN/UFRJ, para apresentação e discussão do andamento das pesquisas das candidatas ao concurso. O seminário contou com a participação da Comissão Especial de Avaliação de Recursos Humanos e do corpo docente da EEAN/UFRJ. A Comissão era composta pelas professoras Ieda Barreira e Castro, professora titular, livre-docente e doutoranda da EEAN/UFRJ, Maria Antonieta Rubio Tyrrell, professora titular e doutoranda da EEAN/UFRJ, Suely de Souza Baptista, professora adjunta da EEAN/UFRJ e livre-docente da UERJ e Ilda Cecília da Silva Macedo, professora assistente da EEAN/UFRJ. Esta Comissão teve como um de seus principais objetivos a avaliação do desenvolvimento dos trabalhos elaborados pelas professoras da EEAN, que ensejavam concorrer ao Concurso de Livre-Docência da UNIRIO. Na ocasião do seminário, dispusemos do tempo necessário para exposição das questões abordadas no estudo e fomos agraciadas com sugestões e recomendações que muito nos auxiliaram no seu prosseguimento.
2. Na última quinzena do mês de agosto, encaminhamos à Comissão Especial de Avaliação de Recursos Humanos o relatório parcial da tese, recebendo a avaliação positiva da Comissão, no sentido de dar continuidade à pesquisa.
3. Concluída a coleta de dados, seguida de classificação sistemática das informações e de sua posterior interpretação e análise, procedemos à avaliação dos resultados pela técnica da triangulação,²⁶ “que tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte do princípio de que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social sem raízes históricas, sem significados culturais e

sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social".

- Finalmente, a apresentação dos resultados a futuros usuários do saber elaborado a partir da pesquisa, e que participaram da construção coletiva do objeto, na qualidade de atores sociais do hospital: uma enfermeira, um médico e duas musicoterapeutas. Vale frisar que essas pessoas participaram, anonimamente, em todo o processo de coleta de dados, inclusive como informantes. Nessa checagem, o que se buscou foi a precisão quanto a fatos ocorridos. A questão da fidedignidade assume aqui outra natureza. "O que se espera não é que observadores totalmente isentos cheguem às mesmas representações dos mesmos eventos, mas sim que haja alguma concordância, pelo menos temporária, de que essa forma de representação da realidade é aceitável, embora possam existir outras igualmente aceitáveis".²⁷ A sessão constou de duas etapas: uma apresentação inicial de aproximadamente 50 minutos sobre a tese, e a seguir a liberação da palavra para todos, no sentido de uma manifestação crítica sobre a exposição. Na ocasião, pudemos perceber pelas expressões e manifestações individuais e coletivas das três categorias profissionais presentes que a problemática apresentada encontrava ressonância nas emoções e vivências de cada um, correspondendo às suas experiências pessoais, ou seja, a um conhecimento tácito. Esse encontro, embora não formal na modalidade de um seminário ou congresso, foi de uma riqueza enorme para todos, na medida em que pôde se perceber que o objeto da tese era de propriedade coletiva, o que significou para nós uma validação da tese. O grupo achou por bem nos encaminhar uma apreciação por escrito da exposição, a qual transcrevemos na íntegra:

Sem perder o rigor do caráter acadêmico e originalidade exigidos de uma tese de livre-docência, a autora cumpre com êxito e desembaraço, que lhe são peculiares, o relato de todo o percurso da criação da enfermagem e da psiquiatria até os dias de hoje, historiando os momentos em que ora se encontram, ora se distanciam, ora se antagonizam.

Este trabalho é permeado de emoções e honestidade, o que lhe confere leveza, incitando gentilmente o leitor a participar ativamente da experiência da autora que conviveu conosco no dia-a-dia da realidade predatória do Hospício, em que sobrevivem os desarrazoados de todo o gênero.

É de valor incontestável a contribuição desta experiência para os profissionais ligados à área de Saúde Mental.

5. Exame do relatório da pesquisa por especialistas:

— Uma professora doutora, pesquisadora em Sociologia e professora titular do Departamento de Ciências Sociais da UFRJ, acompanhou todo o processo da pesquisa, o que permitiu avanços profundos na análise e um grande enriquecimento no processo de investigação como um todo. Seu depoimento sobre a leitura do relatório da pesquisa é o seguinte:

Li com atenção o trabalho de Cristina Maria Loyola Miranda, destinado a ser uma tese de livre-docência em enfermagem psiquiátrica pela UNIRIO. Pela coerência teórica, pela consistência e sistematicidade metodológica, bem como pela originalidade de sua análise, sou de parecer que o trabalho é adequado e suficiente para o objetivo a que se propõe, estando em condições de ser imediatamente apresentado a uma banca de exame e defendido por sua autora.

— Uma professora titular em enfermagem psiquiátrica examinou o relatório de pesquisa e redigiu o seguinte parecer crítico:

Revitalizador foi o nosso encontro através deste trabalho que, embora de amplitude e liberdades irreprimíveis, teve que guardar certo respeito aos propósitos de uma tese docência-livre, desempenhada com tanto desembaraço e sutileza literária. A autora, que desde cedo se mostrou envolvida com o estudo das questões político-sociais que se interpunham ao caminho da assistência psiquiátrica hospitalar, acaba de nos brindar com uma história rastreada por instantes científicos e filosóficos, levando-nos ao nascimento, ao caminhar e à contemplação do ponto de chegada, estes que são o cerne do problema da saúde

mental. Com um cadenciar cheio de sonoridade musical, movimentou-se para lá, para cá e para além do ritmo costumeiro, delineando-se numa estória subliminar do fato verdadeiro — o poder médico e a sociedade. Foi com notável desenvoltura que chegou a fazer desse tempo histórico deprimente e desvanecedor uma promessa de vida melhor e de esperanças de não mais conviver tão de perto com esta realidade tão grotesca, quase aviltante. A inestimável contribuição da autora ensejou-nos, pressurosamente, um iminente sentimento de encontro com a realidade essencial. Estamos, pois, diante de uma envolvente compilação de experiências que a história construiu, a autora nos mostrou com esplêndida habilidade e nos fortalecemos, sofregamente, para conquista da nova enfermagem em Saúde Mental.

Além dessas validações, por se constituir em uma tese, entendemos que sua análise por uma banca examinadora representa também uma avaliação, dentro da natureza da abordagem qualitativa, que se considera em processo aberto de contínua validação.

Notas

1. O termo “asilo” aqui é propositadamente utilizado no sentido da tradução do termo *asile*, francês que significa lugar sob abrigo ou refúgio inviolável, diferente do termo *hôpital*, que significa estabelecimento público ou privado onde são efetuados todos os cuidados médicos e cirúrgicos e os partos; os hospitais modernos são freqüentemente centros de pesquisa e ensino. *Nouveau Petit Larousse en couleurs*, Paris, Librairie Larousse, 1968.

2. CERQUEIRA, Luís. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989, p. 78. Vale esclarecer que este livro é uma coletânea de trabalhos do professor Luís Cerqueira e abrange sua produção científica dos últimos vinte anos. O autor, já falecido, chefiava em 1959 o Serviço de Praxiterapia do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. As referências estão contidas em uma contribuição de Cerqueira ao II Colóquio Nacional de Psiquiatria Assistencial e Preventiva no IX Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, em 10.7.1969.

3. Para Cerqueira, o hospital que não se renova quatro vezes por ano passa a ser hospital de crônicos. Cf. Cerqueira, Luís. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Op. cit.
4. Refiro-me aqui aos profissionais regularmente contratados como guardas ou vigilantes, para relevar a presença constante da vigilância no hospício, embora executada por variados sujeitos, habitualmente pela enfermagem.
5. CERQUEIRA, Luís. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Op. cit., p. 80.
6. CERQUEIRA, Luís. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Op. cit., p. 104.
7. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit.
8. LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. São Paulo, Brasiliense, 1988, p. 184.
9. HAGUETTE, Maria Teresa Frota. *Metodologias qualitativas na sociedade*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, p. 56.
10. LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. Op. cit., p. 194.
11. BRUYNE, Paul; HERMANN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*. 3. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, s. d., p. 49.
12. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Op. cit., p. 20.
13. Ibidem.
14. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Op. cit., p. 37.
15. LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. Op. cit., p. 197.
16. LE GOFF, Jacques & NORA, Pierre. *História: novos objetos*. 3. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989, p. 69.
17. LE GOFF, Jacques & NORA, Pierre. *História: novos objetos*. Op. cit., p. 76.
18. LE GOFF, Jacques & NORA, Pierre. *História: novos objetos*. Op. cit., p. 72.
19. FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. Op. cit.
20. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, EPU, 1986, p. 38.
21. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Op. cit., p. 34.
22. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Op. cit., p. 25.
23. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Op. cit., p. 26.

24. Ibidem.
25. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Op. cit., p. 27.
26. TRIVINOS, Augusto. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, Atlas, 1987, p. 138.
27. LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. Op. cit., p. 52.

7

O nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil: o discurso moral e a sexualidade

A abordagem objetiva e concisa deste tema poderia ser penalizada por um reducionismo simplista e empobrecedor do que está em questão. Seria repetir equívocos já cometidos ao longo da produção do saber da enfermagem, entender a existência de um problema dentro do conceito da naturalidade, postura esta tão passível de críticas na área da antropologia. Apenas a *distância* (mas uma *distância* que faz com que nos tornemos extremamente próximos do que é longínquo) em relação ao objeto construído nos permite descobrir que aquilo que tomávamos por natural em nós mesmos é, de fato, cultural; aquilo que era evidente é infinitamente problemático.¹ Ou, como diz Bourdieu,² “é preciso muitas vezes, para se fazer ciência, evitar as aparências da científicidade, contradizer mesmo as normas em vigor e desafiar os critérios correntes do rigor científico. As aparências são sempre pela aparência. A verdadeira ciência, na maior parte das vezes, tem má aparência e, para fazer avançar a ciência, é preciso, freqüentemente, correr o risco de não se ter todos os sinais exteriores da científicidade

(esquece-se que é fácil simulá-los)". Isto posto, esclarecemos desde já que, para esta análise sócio-antropológica, interessa menos o levantamento sistemático dos aspectos, temas ou características da enfermagem psiquiátrica brasileira, do que a exposição da maneira particular e talvez singular de como eles estão entrelaçados entre si e através da qual aparece a especificidade dessa instituição social — a enfermagem psiquiátrica. É precisamente o ponto de vista da totalidade que procuraremos entender; nossos gestos, nossas histórias, nossas trocas simbólicas, os menores detalhes dos nossos comportamentos.³ Uma boa forma para nos distanciarmos do objeto, é ampliar o nosso campo de visão para contextualizar o espaço político da República no Brasil, sobretudo no Rio de Janeiro, e para apresentarmos a face da psiquiatria como discurso médico-jurídico incipiente.

Reconstruir a história da enfermagem psiquiátrica no Brasil é obrigatoriamente dar voz aos sujeitos que vivenciaram a história social dessa "emergência, desses problemas, da sua constituição progressiva, quer dizer, do trabalho coletivo, o qual foi necessário para dar a conhecer e fazer reconhecer estes problemas como problemas legítimos, confessáveis, publicáveis, públicos, oficiais".⁴

Nesse sentido, é que, ao trilharmos os caminhos de reconstituição do nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil, recuperamos, através de entrevistas tematizadas de história oral e história de vida, a voz e a ação de algumas enfermeiras psiquiátricas que foram sujeito deste processo histórico e social. A sua história se confunde em muitos momentos com a construção histórica deste objeto de análise. Como especialistas da área, relataram de que forma lhes foi ensinado enfermagem psiquiátrica e de que forma iniciaram o ensino dessa disciplina no Brasil. Essas falas críticas e reflexivas serão inseridas no texto ao longo deste capítulo de reconstituição de uma prática que inicialmente nos parecia homogênea, mas é completamente diferenciada em cada escola de enfermagem de origem, embora todas tenham sido estruturadas dentro do Modelo Nightingale (Escola de Enfermagem Anna Nery, Escola de Enfermagem da Bahia, Escola de Enfermagem Carlos Chagas, MG, e Escola Raquel Haddock Lobo, GB).

No decorrer do século XIX, assiste-se no Rio de Janeiro a modificações substanciais, tanto na aparência como no conteúdo da cidade. O Rio era uma cidade apertada, limitada pelos morros do Castelo, de São Bento, Santo Antônio e da Conceição. Ocupava, entretanto, um chão duramente conquistado à natureza, através de um processo de secagem de brejos e mangues que já durava mais de três séculos. A vinda da Família Real impõe ao Rio uma classe social até então praticamente inexistente.⁵ A preocupação com a loucura exposta nas ruas era um tema que interessava à corporação médica, mas que foi gestado e desenvolvido na grande preocupação da Corte com a "metropolização" das cidades do Império.

O Brasil importava da Europa, mais precisamente da França, as pautas da saúde e modelos acadêmicos de pensar e fazer, e o Rio de Janeiro, como capital, sediando a Corte, reproduzia para todas as províncias do império o que se estabelecia na cidade grande. Daí seu lugar estratégico na observação da construção dos fatos.

A Europa, que no século XVIII assistiu às iniciativas pioneiras de Tuke e Pinel de redefinição da loucura como doença especial, entra no século XIX com o louco recém-incorporado às pautas da medicina e às práticas asilares, que vão receber novo sentido com a medicalização.⁶

A loucura se torna verdade médica. Cria-se uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção terapêutica sobre ela. Como qualquer doente, o louco vai precisar de cuidados, apoio, remédios, criando-se sobre ele um corpo de conceitos: a teoria psiquiátrica, que vai passar a instrumentalizar esta prática clínica. O asilo é criado, recortando-se o louco como doente mental, que vai passar a habitar indefinidamente este espaço para a realização de sua cura.⁷

No Brasil, os doentes mentais eram guardados nos porões insalubres das Santas Casas de Misericórdia (fundadas no século XVI em Santos, Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus), recebendo cuidados de escravos e voluntários. Qualquer pessoa com pequena experiência no tratamento de enfermos podia obter o título de prático em enfermagem.⁸

Com a existência de uma “lavanderia geral na Chácara do Vigário Geral, no Caminho das Fortalezas da Praia da Saudade, hoje Praia vermelha”,⁹ experimentou-se agrupar algumas mulheres num pavilhão anexo à lavanderia.

A partir de 1830, começam a se articular e a aumentar os protestos médicos contra a situação de encarceramento confuso do louco no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. O repúdio é publicamente dirigido à questão organizacional do hospital: a forma como está estruturado não possibilita o domínio médico sobre a loucura, um alcance sobre ela e a produção de um saber/poder decorrentes.

Não há médicos nem profissionais de enfermagem especializados, mas o mais importante é que não se pode dar ao louco na Santa Casa um tratamento físico e moral condizente com a natureza da sua doença.¹⁰ Esta reivindicação aparentemente humanitária da Sociedade de Medicina vai encontrar um eco muito forte junto ao então provedor da Santa Casa de Misericórdia, José Clemente Pereira (gestão 1838-1854), não por coincidência de propostas, mas por coincidência de ambições. Clemente Pereira era homem de biografia extensa, densa e poderosa: lutou no exército em Portugal e no Brasil e possuía penetração política influente, tendo exercido cargos na polícia (Intendente em 1827) e no Império (1828); foi Ministro da Guerra (1841) e senador eleito pelo Pará (1842).

A aliança dos médicos com o provedor sanciona a Santa Casa como sendo a instituição que reúne as melhores condições materiais e de experiência para a construção do hospício, que vai concretizar um dos objetivos da medicina social. Por seu lado, Clemente Pereira, já então emparceirado com a assistência e a medicina, inicia os movimentos para legar à Santa Casa um poder singular no espaço urbano do Rio de Janeiro, em volta do eixo saúde-doença-morte: o novo Hospital da Misericórdia, construído de acordo com as instruções fornecidas pela Academia Imperial de Medicina; o Cemitério do Caju, primeiro cemitério extramuros da cidade, aprovado e discutido pela Academia; o Hospício Pedro II, bem como mudanças administrativas

em todas as instituições coordenadas pela Santa Casa, como a Casa dos Expostos, o Recolhimento das Órfãs e principalmente o Hospital.¹¹ O provedor sugere o nome do futuro hospício e o local de construção: a chácara possuída pela Santa Casa e acrescida de áreas contínuas, provenientes de doações particulares.

Iniciada a construção do Hospício Pedro II em 2 de setembro de 1842, a inauguração se fez a 30 de novembro de 1852¹², simbolizando o orgulho do imperador como exemplo do programa que se instala na capital, e simbolizando também a afirmação de competência do projeto normalizador da medicina psiquiátrica sobre o doente mental.

Nos moldes do Rio de Janeiro, a loucura também vagava por São Paulo com algumas características próprias, nos diferentes idiomas do processo de imigração, e lá foi criado também em 1852 o Hospício de São Paulo, que em 1896, dirigido por Franco da Rocha, vai se tornar privativo dos especialistas, investindo-se o diretor da incumbência de escolher o local para a edificação do asilo científico, o Juquery, que vai funcionar, na sua forma definitiva, em 1901-1902.¹³

Sobre esta “cidadela da ordem” paulista, recebedora de um enorme suporte econômico governamental (50% dos dispêndios governamentais com o Serviço Sanitário do Estado), para sua construção, de evidente peso político, falaremos mais adiante. O hospício, tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo, é construído socialmente como espaço terapêutico para o louco, mas a psiquiatria que ali vai edificar o seu saber necessita de dispositivos que possibilitem a eficácia da sua intervenção. O louco recolhido passa a ser perseguido por aquilo que seria a sua própria origem: identifica-se a sua *anormalidade* como subproduto da degeneração das raças negra e pobre, inadaptadas à *vida livre* das cidades, cuja degenerescência pode ser transmitida por graus crescentes através das gerações. Soma-se a isso a periculosidade intrínseca da loucura, baseada nas teorias importadas da França, com os títulos de maníaco-homicida e maníaco-sexual, principalmente. Essas classificações encontram perfeita identificação e amparo nas marcas

indesejáveis da desordem urbana, presentes em cidades como Rio de Janeiro ou São Paulo. A loucura, como detrito social urbano, passa a ser um quadro de ameaça a ser enfrentado pelos conceitos da ciência psiquiátrica positiva nascente voltada para a profilaxia do meio urbano. Inicia-se o esquadinhamento do tecido social, seqüestrando os degenerados e defendendo a sociedade deste convívio desagradável.

Mas é necessário produzir uma argumentação estratégica que neutralize a zona de conflito entre a família da época e a psiquiatria herdeira do princípio da exclusão. Essa cumplicidade é obtida na competência do discurso médico, que atribuía à loucura uma origem hereditária. Assim, satisfeita em esconder os seus “defeitos congênitos”, a família cede o louco e perde a culpa do seu isolamento, que ainda lhe acena com a perspectiva de cura.¹⁴ Paulatinamente, o hospício se estrutura a partir do poder disciplinar, baseando-se no tripé do isolamento com vigilância constante, organização do espaço e alocação dos indivíduos nesses espaços classificatórios, com produção de um registro contínuo. “O hospício é um espaço fechado, com uma única entrada constantemente vigiada, de onde o alienado não sai, a não ser para passeios pelas redondezas, mas sempre acompanhado por enfermeiros, e onde ninguém que possa interferir na relação da psiquiatria com o seu doente entra, atrapalhando o processo terapêutico”.¹⁵ A vigilância é propriedade essencial do hospício e tarefa fundamental do enfermeiro: “[...] os alienados são vigiados noite e dia e nem dentro nem fora do estabelecimento deixam de estar acompanhados; há sempre enfermeiros que velam para que eles estejam limpos e asseados e com sua presença evitem os perigos de distúrbios e alterações”. (Idem: 435) O “enfermeiro” é um agente situado entre o guarda e o médico do hospício, devendo estabelecer entre aquele e o doente a corrente do olhar vigilante. Para tanto, “um enfermeiro de alienados deve casar a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, disciplina e caridade e uma certa esperança intelectual para entender o médico e o doente. Deve ser um homem probo, ativo, zeloso, inteligente e com longa experiência” (Ibidem: 437). Sem esquecer de exaltar as qualidades físicas de robustez e força para o pleno exercício das tarefas para ele determinadas no hospício do século XIX.

Outra característica do hospital de alienados é o controle do tempo dos internos, que deverá ser empregado em um trabalho, na medida em que, ao menos em consonância com o discurso oficial, o alienado seja reinserido na sociedade logo que reabilitado pelo tratamento. E o trabalho deve ser interiorizado no louco como um bem a ser adquirido, além de principal meio de cura.

Em consonância perfeita aos princípios da microfísica do poder, o hospício exige repressão, controle e individualização. Repressão, não para diminuir a produtividade do corpo, mas para torná-lo politicamente docilizado. O hospício realiza assim, através da disciplina, uma verdadeira pedagogia da ordem.¹⁶

“A disciplina fabrica indivíduos. Ela é a técnica específica de um poder que torna os indivíduos ao mesmo tempo objetos e instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu superpoderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona ao modo de uma economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se os compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado... O sucesso do poder disciplinar se deve, sem dúvida, ao uso de instrumentos simples; o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame”.¹⁷ Mas as relações entre os atores sociais do Hospício Pedro II não estavam caminhando bem, com queixas por parte dos médicos a respeito das irmãs de caridade que prestavam assistência de enfermagem e dos doentes. De todas essas vozes sobressai a fala da categoria médica, mesmo estando temporariamente subordinada ao pessoal religioso: “Ou é tolhido pela incompetência, ignorância ou maldade dos enfermeiros”.¹⁸ As queixas aparentemente variadas possuem um fio condutor e uma lógica interna: o espaço do hospício é considerado caótico nos seus limites muito próximos à cidade, com prejuízo para o isolamento necessário ao tratamento; há formação de corredores de vento insalubres com umidade. Quanto à arquitetura, consideram os médicos que ela inviabiliza a implementação da medicalização asilar e, assim, não confere à figura do médico maior poder;

é preciso avançar na especificidade do espaço tutelar para o espaço classificativo, normativo do hospício científico; é necessário substituir as celas fortes dos agitados por uma patologia normativa deles, refinando as classificações existentes. E será através da organização do espaço do hospício que se estabelecerão a classificação dos corpos e a produção de um saber, permitindo fazer do hospício um corpo transparente ao olhar penetrante e poderoso do médico, a essa altura figura inquieta e já impaciente por esta conquista. A autoridade médica do saber é a garantia da cura, mas a convivência com o alienado ainda é rarefeita: “Os médicos internos permanecem e dormem no hospício, mas não vêem os loucos senão quando algum acidente grave no curso de qualquer moléstia intercorrente faz recuar pela vida desses infelizes, ou quando há alteração notável na ordem e disciplina do estabelecimento”.¹⁹ A influência moral do médico no tratamento do doente é proposta pela categoria como mais importante que as drogas e os recursos terapêuticos, o que torna o hospício semelhante a uma escola reformadora. Na verdade, todos esses questionamentos se interligam para explicitar uma demanda médica de maior “autonomia” no hospício para o diretor do serviço clínico. Essa demanda vai entrar em rota de colisão direta com o monopólio de poder por parte das religiosas, que até 1887, pelo menos, reinavam com soberania no Hospício Pedro II.

A descrição da situação ou desempenho dos chamados “enfermeiros” é, no mínimo, curiosa: “Inteligentes ou broncos, com prática adquirida, ou bisonhos, humanos ou desumanos, são todos iguais, ganham igual ordenado e têm iguais garantias de estabilidade e de futuro; não concedem o merecimento, estímulo de todas as classes”.²⁰ “Se o enfermeiro fosse considerado um empregado de acesso e aposentadoria, se conforme seus merecimentos seu pequeno ordenado crescesse em períodos bianuais, e se um montepio garantisse um futuro, no caso de se utilizar no serviço do hospício, resultaria daí uma série de benefícios recíprocos. A ausência do estímulo no trabalho e o despreparo dos enfermeiros geram, em suas relações com os alienados, violência, luta e morte. Numa experiência de excessos que ao

mesmo tempo interessa e repugna a uma administração racional da população asilar”.²¹ Toda a violência e a agressividade do hospício são descontadas na conta do desempenho violento e agressivo do *enfermeiro*, a quem cabe por herança secular o serviço *sujo* das pequenas e cotidianas atrocidades do espaço asilar: amarrar, conter, gritar, ofender, impor-se pela robustez física, proibir, aplicar as medidas terapêuticas psiquiátricas prescritas, tudo em nome da pseudo ordem do hospital.

Há momentos críticos na história em que a sociedade se torna mais lenta, transparente, mais facilmente apreensível naquilo que lhe é fundamental, ou seja, quando, por uma menor densidade na sua consistência, é possível apreender a construção minúscula, cotidiana e laboriosa de suas práticas no processo social da vida em grupo, onde as regras são criadas, mantidas ou modificadas. No que diz respeito à implantação da ordem psiquiátrica no Rio de Janeiro (e, por extensão, da capital às províncias) e no Brasil, o momento sócio-político em que se dá a passagem do Hospital de Alienados Pedro II, sob a batuta da Santa Casa, “verdadeiro Estado do Estado, tendo seus provedores enorme influência política”,²² para o Hospício Nacional de Alienados, sob a batuta de Teixeira Brandão, empunhando a bandeira de uma elite da corporação médica apoiada pelo Estado republicano, com o discurso de que apenas a psiquiatria científica poderia se apresentar como legítima seqüestradora social do louco. A tensão gerada por este “cabo-de-guerra” vai delimitar nitidamente o espaço a ser ocupado tanto pela psiquiatria nacional asilar, quanto pela ainda nascente enfermagem psiquiátrica brasileira, fiel e eterna facilitadora e reproduutora do saber médico psiquiátrico.

Esclarecida a necessidade de maior detalhamento desse momento, nos deteremos em algumas claras e/ou imprecisas contradições.

De que se queixava o diretor do hospício?

Primeiro, de que a instituição não conseguia cumprir sequer a proposta capitalista moralizante de Samuel Tuke e seus reformatórios ingleses, no sentido de que todos os internos tinham que trabalhar,

ocupar-se de algo preferencialmente produtivo: “A boa ordem e moralidade de um asilo, sem o trabalho, são idéias que se repelem”.²³ Além dessa deficiência, o hospício é um “caos murado” incapaz de gerar conhecimentos sobre o louco e a loucura organicista, segundo o modelo francês importado. É incompetente para extrair e produzir saber, o que faz com que os médicos “larguem” mal, com dificuldades e derrapadas nesta corrida para o poder. Há uma tentativa de articular o hospício à Faculdade de Medicina, no pedido do diretor do hospício, para a criação do cargo de interno, que poderia ser exercido por estudantes de medicina dos últimos anos do curso.²⁴ Não há aparelhamento indispensável para o andamento de pesquisas: não há instrumentos para autopsias, nem microscópio para os estudos, que formam a base de conhecimentos essenciais de patologia mental.²⁵ O hospício não permite um trabalho médico de valor, apesar de quase meio século de existência. Não há hierarquia entre os médicos que trabalham ali, nem na divisão das atividades, nem nas responsabilidades, nem na remuneração. Essa aparente “homogeneidade” faz diminuir o interesse e o empenho do corpo médico. Em resumo, o hospício é uma “chácara” mal-arrumada e nem ao menos recenseada: “[...] ainda não existe, em um estabelecimento importante como é o hospício, um arquivo clínico, nem indícios de que jamais se tivesse tentado coisa semelhante”.²⁶ Do louco asilado não se sabe a idade, o sexo, a profissão, as causas da internação, nem quais tratamentos estaria recebendo para alcançar a cura acenada. Concretamente, o que se sabe é que ele foi excluído da sociedade.

O segundo ponto de lamentação médica são o controle e o poder definitivo sobre a admissão e a alta. A população do hospício é tão diferenciada internamente (embora homogênea sob a rotulação de “doente mental”), tão denunciadora da instituição como depositária dos detritos sociais, que não é possível, através dela, substanciar um discurso de oposição às anacrônicas instituições a serem ultrapassadas como exemplo de barbárie humana. Embora o Regimento Interno de 1858 não permitisse a admissão de incuráveis²⁷, em 1886, dois terços da população do hospital é de incuráveis, tirando o lugar possível de

loucos curáveis. Como se entra no hospício para não sair, ou no mínimo para retornar sempre, ele se torna, já a essa época, um cemitério de vivos.

Mais do que os incuráveis, a administração da Santa Casa consegue irritar ainda além do corpo médico, na medida em que domicilia, no hospício, cinqüenta órfãos da instituição Recolhimento de Órfãs, por ela coordenada.²⁸ Esta liga irmãs de caridade e órfãs (ambas dando assistência aos loucos) na sua existência não louca leva à extrema irritação o corpo médico, por explicitar mais ainda o espaço não medicalizado do hospício e reforçar o seu traço religioso-caritativo, portanto não científico, à luz dos críticos dos séculos XVIII e XIX.

Os médicos ainda não detêm os mecanismos de controle populacional, a entrada e a saída do asilo. Na realidade, luta-se para conseguir o mandato social de reconhecimento e destinação do louco à psiquiatria. Os estatutos de 1852 atribuem ao médico papel secundário na internação, em detrimento ao juiz dos órfãos, ao chefe de polícia, à família, de cujo encaminhamento só se fará matrícula se houver um “despacho do provedor da Santa Casa”.²⁹ Também para a saída, que não necessita significar alta, outros poderes não médicos podem atuar. Sobretudo porque os estatutos prevêem visitas fiscalizadoras do provedor ao hospício, para verificar se todos os loucos estão realmente loucos (como se fosse possível tal verificação mediante visitas a uma população asilar diferenciada e que estava em torno de quinhentos internos à saída das irmãs de caridade). A psiquiatria luta para tomar a si o que revelará à sociedade como um bem: é ela que fará o “recorte” do louco na sociedade e de cuja seleção será tutora para admissão e “tratamento” no asilo. “Transforma assim a reclusão em si, negativa, em um bem, na proteção do homem enlouquecido. A psiquiatria faz da seqüestração um ato não arbitrário”.³⁰ Mas esta “não arbitrariedade” implica em patologizar o louco, então definido como doente e incapaz, cuja realidade única será o estatuto de menoridade.

Mesmo com a Proclamação da República e a separação do Hôspício Pedro II da Santa Casa e com a organização da assistência médico-legal dos alienados, a questão jurídica da propriedade psiquiátrico-médica e do Estado sobre o louco não está resolvida. Teixeira Brandão tenta em 1896, junto ao Ministério da Justiça, algumas “providências”, mas o projeto não passa. Em 1903, Teixeira Brandão se elege deputado e consegue no mesmo ano a aprovação da lei dos alienados. Esta lei faz do hôspício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hôspício, subordina a fundação de novos estabelecimentos ao Estado (Ministério, Presidente, Governador) e cria uma comissão inspetora de todos os estabelecimentos de alienados.

Nesta “queda-de-braço”, Poder do Estado (Academia de Medicina) *versus* Poder Clerical (Irmandade Imperial da Santa Casa de Misericórdia), nasceu a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecida: o psiquiatra.³¹ Seu raio de ação abraça legalmente o louco rico e o louco pobre. O louco pobre, porque cabe ao Estado (aliado aos psiquiatras) defender a coletividade do perigo que ele representa, mediante a seqüestração social legítima. O louco rico, porque o Estado o protegerá de outros abusos, administrando e gerenciando seus bens, enquanto durar a sua incapacidade legal. A psiquiatria, como estrela nascente da racionalidade científica, passa a ser o álibi do Estado na seqüestração do louco.

Foi neste contexto de tensões políticas e sociais, embora em período um pouco anterior (menos de quinze anos), que Teixeira Brandão assumiu a divisão interina do Hôspício Nacional de Alienados, dominou o poder das irmãs, excluindo-as do hôspício, importando então da Europa “enfermeiras leigas” francesas.

A substituição das irmãs por enfermeiras não se fez pelo louco, mas para atender a um confronto entre a corporação médica amparada no Estado republicano e o antigo poder clerical.

O antigo Hôspício D. Pedro II transformou-se, em 1890, no Hôspício Nacional de Alienados. Isso não significou apenas uma alteração de rótulos, mas uma guinada fundamental de orientação. Substituiu-se finalmente a conotação da assistência e da caridade pela do tratamento científico, com a vitória do pensamento positivista compartilhada pelos alienistas e pelos republicanos, que fundamentava uma concepção intensamente elitista e excluente da política e da sociedade.³²

Entretanto, uma vez dispensadas as irmãs de caridade da Santa Casa, e mesmo substituídas por “enfermeiras leigas” francesas, estabeleceu-se uma situação crítica na modalidade da assistência prestada ao interno.

A essa época, o Brasil ainda não havia deslocado o seu foco de atenção da França, como centro mundial de irradiação de cultura, saberes e hábitos, muito embora a Inglaterra, e logo após os Estados Unidos, viesssem a ocupar este ponto perante grande parte do mundo ocidental. Mas a cultura brasileira do século XIX era marcada pela cultura francesa, embora a importação e as formas de implantação da mesma fossem defeituosas.

A França, por sua história étnica e cultural, ainda muito marcada pela exacerbação nacionalista da Revolução de 1789, ainda não havia absorvido e implantado o “Sistema Nightingale” de formação de *nurses*. Essa travessia pelo Canal da Mancha não se faria tão rapidamente, como poderia supor uma geografia mecanicista mais precipitada. “Os progressos, porém, foram lentos. A guerra de 1914-1918, pondo as enfermeiras francesas em estreito contato com as enfermeiras inglesas e norte-americanas, levou-as a aceitar melhor a inovação estrangeira, à qual eram um tanto hostis”.³³ Mesmo que a cultura francesa apresentasse uma maior porosidade nas suas barreiras para com as influências estrangeiras, não haveria muito a receber das *nurses* inglesas, naquilo que seria específico de tratamento para o doente mental. Esse grupo de doentes, ou de excluídos, não foi recortado como clientela para receber a assistência de enfermagem mais qualificada tecnicamente. Sobravam-lhes as *Sarey Gamp*.

No Hospício Nacional de Alienados, a deficiência de infra-estrutura no funcionamento administrativo e assistencial hospitalar exercido por pessoal não-qualificado apesar das medidas tomadas de caráter provisório, uma vez que os contratos com as “enfermeiras leigas” francesas tinham prazos — levou à criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em 27 de setembro de 1890, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, chefe do Governo Provisório da República.³⁴

Embora fora do Modelo Nightingale e, portanto, da chamada enfermagem moderna, a assistência de enfermagem no Brasil, se legaliza quase que simultaneamente ao alvorecer do século XX, sob forma de organização pré-Nightingale e, portanto, pré-moderna, dentro do asilo, e para prestar assistência ao louco brasileiro.

E quem é este doente mental dos primeiros tempos? É um detrito social decorrente das relações de trabalho de um Estado ex-escravista para uma economia capitalista incipiente. O outro da ordem e progresso. Ou como diz Jurandir Freire Costa,³⁵ dentro desta rede de “desumanidade e ignomínia onde está o doente mental; situação absolutamente abastardada e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos “três pés”: pobre, psicótico e preto”.

A justificativa do Marechal Deodoro da Fonseca para a criação da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras³⁶ é pueril, pagando como quem venceu a partida e vai contar a história como lhe aprouver.

A justificativa pauta-se basicamente em suprir a mão-de-obra, agravada com a saída das religiosas do hospício (a versão oficial diz que as irmãs de caridade abandonaram repentinamente os quinhentos infelizes no hospício) e profissionalizar as órfãs. O texto é rico em expressões protetor-autoritárias sobre meninas desvalidas, disputadas à miséria, à ignorância e ao vício, que poderiam ser transformadas em criaturas úteis pelo trabalho. Nesse sentido, a escola seria um vasto campo para atividade da mulher, por suas características genéticas segundo o pensamento de então — pelo carinho e delicadeza de sen-

timentos, quer junto aos leitos hospitalares, quer nas casas particulares, onde servirão de complemento do médico.³⁷ Contradição relevante, se compararmos esses atributos das órfãs, futuras “enfermeiras”, com os requisitos de robustez e força dos “portuga” descritos por Machado.³⁸

Segundo Moreira,³⁹ o decreto de criação da escola não faz qualquer referência quanto à sua direção, o que tornava o diretor do Hospício Nacional de Alienados também seu diretor. Não havia também referência quanto ao corpo docente, fixando-se apenas os objetivos da escola, currículo, duração do curso, condições de inscrição e matrícula, título conferido, garantia de preferência de emprego e aposentadoria aos 25 anos de trabalho, sem especificar os meios econômicos e as normas que viabilizariam o trabalho.⁴⁰

Não se pode afirmar se as francesas utilizavam alguma teoria para o desenvolvimento de suas atividades, como orientavam os seus auxiliares ou como cuidavam dos doentes. “Que os doentes mentais tenham recebido conforto e cuidado profissional qualificado”, conforme afirma Moreira,⁴¹ pode ser, sob nosso ponto de vista, uma suposição bastante otimista.

Em 1902, Juliano Moreira é nomeado o novo diretor do Hospital Nacional de Alienados, e a psiquiatria ganha novo ímpeto.⁴²

Após algumas crises, decorrentes até de sua subordinação direta ao Hospício Nacional de Alienados, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras foi reinaugurada em 16 de fevereiro de 1905⁴³, com uma turma de 23 alunos: 16 homens e 7 mulheres, certamente uma proporção entre gêneros bem diferente daquela explicitada por Deodoro Fonseca ao justificar a abertura da Escola como o destino natural das órfãs da Santa Casa de Misericórdia.

Em 1912, a psiquiatria se torna especialidade médica autônoma e, a partir dessa data até 1920, ocorre um aumento no número de estabelecimentos para doentes mentais, como a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário. Também em 1920 é criada a Universidade do Brasil.

Quase trinta anos após a sua criação, 1º de setembro de 1921, o Ministro da Justiça e Negócios Interiores, dr. Alfredo Pinto Vieira de Melo, aprovou novo Regimento Interno da Escola Profissional Enfermeiros e Enfermeiras, que estabelecia três seções: a seção masculina, que teve dificuldades em se desenvolver: a seção feminina, que deveria funcionar na Colônia de Psicopatas Gustavo Riedel, no Engenho de Dentro. Por ter sido patrocinada pelo dr. Alfredo Pinto, recebeu o seu nome, passando a se chamar Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, tendo sido Gustavo Riedel o seu primeiro diretor.⁴⁴ E a seção “mista”, que funcionava no Hospital Psiquiátrico.⁴⁵ Mesmo com algumas mudanças, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras continuou anexa ao Hospício Nacional de Alienados (1921). Em 1941, ligou-se ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, funcionando em sede única na Avenida Pasteur (com a fusão das seções mista e feminina). Somente em 1967 a EEAP passa a ficar diretamente ligada ao Ministério da Saúde.⁴⁶

A República, buscando ordenar as cidades, formou par definitivo com a psiquiatria, que ansiava e necessitava transformar a sua prática em discurso científico. Desse encontro, legalizou-se o processo de implantação da gestão científica da desordem nas maiores cidades de então. É nesse sentido que não podemos deixar de falar um pouco sobre a história do Hospício do Juquery, em São Paulo.

No Rio de Janeiro, a Casa de Doidos foi adaptada em cima de uma instituição hospitalar preexistente, a Santa Casa, o que lhe acarretou uma suposta facilidade inicial e uma gama de resistência posteriores. Em São Paulo, o hospício científico atingiu os limites máximos propostos para o tratamento dos loucos. De uma pequena casa de doidos, que ao longo de cinqüenta anos abrigou em torno de três mil internos, em apenas dois anos de funcionamento como hospício científico (1902-1904) já necessitava ampliar a sua lotação inicial prevista para mil internos. O aumento na demanda interna do hospício não pode ser descontado apenas nas contas do crescimento urbano descontrolado. O que se verificou, do ponto de vista da psiquiatria, foi uma ampliação do conceito eugênico de degenerado como uma espiral

de raio crescente, que vai abrangendo a ordem social, as normas higiênicas, a disciplina, a moral da família, a cultura branca das elites, a “ordem e progresso”, a paz social e, sobretudo, o novo conceito de tempo e produtividade e a ética do trabalho sobre o modo de produção capitalista.⁴⁷

O hospício científico em São Paulo vai se estabelecer no antigo Seminário de Educandas na Várzea do Carmo. Franco da Rocha se torna médico interno da instituição que há quatro décadas se caracterizava por traços muito negativos: violências, fugas, superlotação, epidemias, rebeliões, greves (setor mais desqualificado em termos salariais de trabalho urbano), insalubridade e uma taxa de mortalidade da ordem de 50%. Em 1896, o dr. Francisco Franco da Rocha (da mesma turma de especialistas de Teixeira Brandão, no Rio de Janeiro assumiu o cargo de diretor do hospício de São Paulo. Não houve originalidades administrativas na sua direção: garantia do poder exclusivo ao médico especialista para intervir na loucura, dono da admissão e alta, pontos esses duramente conquistados à Santa Casa no Rio de Janeiro hospício medicalizado: ampliação espiral do significado eugênico do degenerado, que conseguia vasculhar todo o social. No asilamento científico no Brasil, a utilização da laborterapia como técnica terapêutica não tinha um significado igual à sua utilização na Europa, que a desenvolvia com o fim de ressocializar os já curados. No Juquery e no Brasil, a laborterapia era sinônimo da garantia de disciplina e da ordem, de forma a docilizar os incuráveis na aceitação de seu óbito civil.

O hospício tinha áreas fechadas e abertas, com a parte agrícola, num total de 1.300 alqueires. O currículo do doente no Juquery obedecia a uma hierarquia dos espaços, que se constituía de quatro fases promocionais, pairando sempre a imputação de algum erro ou falha, que levaria novamente o interno à primeira fase. Inicialmente, a antecâmara da carreira psiquiátrica era o hospício central, onde o doente era longamente observado para formulação do diagnóstico, mas pela escassez de recursos humanos do que pelo refinamento da avaliação (na década de 20, havia um médico para duzentos internos). Podia durar

de seis meses a um ano, enquanto o interno era submetido às modernas técnicas⁴⁸ da “medicina mental do período: as diferentes formas de balneoterapia (prática, aliás, bastante mais antiga que a criação do asilo alienista utilizada pelo menos durante todo o século XIX pelos médicos gerais), que consistia em longos banhos de imersão que duravam horas ou, em certos casos, até mais que um dia inteiro, em água muito quente ou muito fria [...] duchas circulares, uma espécie de gaiola de canos furados em toda a sua extensão, que aspergiam grandes quantidades de água quente e vapor sobre o interno praticamente imobilizado, da qual resultaram diversas mortes por afogamento, antes que a engenhoca fosse definitivamente aposentada muitos anos depois; “diatermia”, que consistia em longos banhos de imersão, que podiam durar dias, em água tão quente quanto o corpo humano pudesse suportar, acompanhada de aplicação simultânea de um capacete de gelo na cabeça do paciente. Havia também a malarioterapia, nome que se dava à inoculação de malária no organismo do interno, para que a febre e os tremores que ela provoca “curassem” a doença mental; as injeções de insulina, que provocam convulsões e um sofrimento físico imenso: a traumaterapia, técnica que o próprio Franco da Rocha inventara a partir do episódio de uma demente, que, ao levar uma paulada na cabeça de uma companheira de pavilhão a quem importunara, entrara em coma — e surpresa — acordara curada”.⁴⁹

O diagnóstico médico selaria a prisão perpétua e o consequente óbito civil. Desde que incapacitado para a vida social, poderia ascender nos degraus do hospício, passando para a segunda fase, que recebia o nome pomposo e equivocado de semi *open-door*. Significava apenas a possibilidade de plantar e colher dentro dos limites do espaço, sob olhar vigilante e constante provavelmente de algum “enfermeiro”. A terceira fase era a passagem para as colônias agrícolas. Sempre presente, a regra de que qualquer recusa ao trabalho teria como punição o retorno ao hospício central até que o interno “compreendesse” o valor do trabalho. A quarta e última fase do Juquery, a “assistência domiciliar”, consistia em morar com os sitiantes da vizinhança como empregados e visitados pelos alienistas. Qualquer reclamação dos “nutrí-

cios” (assim eram chamados os sitiantes que os recebiam e retrocediam ao hospício central: eterna companhia do medo e da punição como possibilidade).

O retorno ao trabalho agrícola das colônias era considerado um antídoto contra as “degenerações normais” da cidade para os incapazes: intenção da culpa, em que o réu vira culpado. Por inúmeros e pequenos trabalhos manuais dos internos, o hospício se auto-sustenta, o que é alardeado por Franco da Rocha como grande conquista; há momentos até de lucro pela expropriação da força de trabalho barata, liberando o Estado de investir nas suas “obras sociais”. As famílias dos internos, para quem se passava a idéia de que mesmo os incuráveis repreenderiam as regras da convivência, entregavam seus loucos domésticos com um doce constrangimento: melhor esconder o exemplo vivo das degenerações herdadas de cada ancestral.

É claro que o hospício tinha regras morais: “Rígida separação entre os sexos e controle rígido de práticas sexuais alternativas bastante comuns no mundo das instituições totais, como o homo ou o auto-erotismo, identificados pelo alienismo como sintomas reforçadores da doença mental. Vigilância severa e devidamente registrada de papéis confirmadores da patologia moral e física dos internos. Este mundo vigiado também contamina a vida daqueles que tinham a função imediata de controle: os regulamentos proibiam e previam punições para todo tipo de namoro ou intimidade entre “enfermeiros”, guardas e todo o pessoal subalterno da instituição. Esse controle não contaminava os alienistas, porque, na realidade, era um vírus de classe social. Aos alienistas não era necessário prescrever comportamentos morais, pois a eles cabia disciplinar a plebe, o que explica que as desconfianças atingissem também os agentes subalternos de seu esforço terapêutico, recrutados entre as mesmas classes suspeitas de degeneração”.⁵⁰

O hospício reproduzia o moralismo da sociedade, permitindo aos homens um certo limite na masturbação, já que segundo os estereótipos sociais, este comportamento era o resultado de uma conti-

nência forçada. Nas mulheres significava um flagrante sinal de degeneração incorrigível.⁵¹

O trabalho, um fim em si mesmo, destinava a todas as mulheres o fogão, a cozinha e as tarefas de dona-de-casa; aos homens, fossem eles operários, bancários, militares ou travestis, eram forçados ao trabalho de campo. Segundo o pensamento de Franco da Rocha, apenas a disciplina do Trabalho no campo poderia recuperar-lhes alguma dignidade, conferida pela condição de criatura útil.

O hospício assim como os cemitérios — ambos lidam com dois tipos diferentes de morte — são divididos em castas.

Assim, como o cemitério possuía covas rasas, o Juquery tinha os indigentes, para os quais o trabalho era compulsório; havia pouca atenção do psiquiatra, cabeças raspadas e anônimas, roupas institucionalizadas. Para manter a metáfora, havia os correspondentes aos mau-soléus, eufemisticamente chamados de pensionistas. Eram internos pagueantes, que mantinham suas roupas pessoais e, para menor mutilação do “eu”, seus objetos de uso, às vezes até seus criados para serviços gerais recebiam alimentação diferenciada e não eram obrigados ao trabalho, que para eles — estranhamente — não possuía valor terapêutico. “As práticas das primeiras décadas incluíam a rígida censura a toda e qualquer correspondência recebida ou enviada, tanto quanto a jornais, revistas, romances, autorizando-se somente textos leves, leituras ‘edificantes’”.⁵²

Finalizando, o hospício científico nunca pôde abrir mão da violência direta, da punição, do castigo e da repressão “de guardas e enfermeiros, que, curiosamente, nos primeiros anos do Juquery, eram quase exclusivamente de nacionalidade portuguesa”.⁵³

Em suas belas falas à imprensa, o discurso de Franco da Rocha ocultava o uso maior de camisas-de-força, o “muque dos ‘portuga’, as rotundas projetadas sob a sua orientação e as celas de castigo, às quais retornaremos posteriormente para uma descrição mais detalhada.

O que vale ressaltar, ao pensarmos nesta bastilha alienista, é a sua longevidade, que a manteve praticamente intocada ao longo deste século em um país de instituições tão efêmeras.⁵⁴

Devido a inúmeras limitações de tempo, recursos humanos e materiais, documentação e outras, esta pesquisa se localiza bem mais na esfera do possível que na do desejável. Isto posto, a título de exercício de humildade e não de justificativa, conseguimos recuar no tempo e recuperar depoimentos de especialistas, que coincidentemente foram estudantes de graduação em enfermagem nas décadas de 40 e 50. Buscamos a reconstrução desta prática, a enfermagem psiquiátrica, a partir de duas constatações já comentadas anteriormente neste trabalho: a enfermagem moderna, implantada por Florence Nightingale no século XIX, que não incluía o louco na clientela a ser assistida por *nurses*: a Escola de Enfermagem Anna Nery, implantada no Brasil, também não incluiu o louco na sua clientela, pelo menos no período 1923-1926, conforme já registramos, e só vai desenvolver estágio nesta disciplina em 1949, no Hospício Engenho de Dentro, conforme veremos, a partir do depoimento de ex-aluna e posteriormente docente desta escola. Por outro lado, a primeira tentativa de sistematização de ensino de enfermagem no Brasil, em 1890, pautada no modelo francês de enfermagem (portanto, não no chamado Sistema Nightingale), é estruturada junto ao Hospício Pedro II, para assistir exatamente aquele, o louco, que será objeto do “esquecimento” temporário de muitas das escolas de enfermagem modernas fundadas posteriormente.⁵⁵

Podemos afirmar que, a partir dos anos 40 deste século, o ensino de enfermagem psiquiátrica (nas escolas Carlos Chagas, Anna Nery e Escola da Bahia) era ministrado de forma simular. Um psiquiatra ensinava a parte teórica, as patologias e as síndromes psiquiátricas, organizadas de acordo com o modelo organicista francês e alemão, sobretudo. O ensino da enfermagem propriamente dito apresentava peculiaridades que variavam do eminentemente prático ao burlesco:

— A teoria era dada por um médico, um médico que tinha vindo fazer cursos de pós-graduação aqui no Rio de Janeiro...

era a teoria das doenças. Primeiro, tínhamos a teoria, depois é que tínhamos a enfermagem, e a enfermagem era uma assistência muito custodial, tínhamos que fazer tudo pelo paciente, tínhamos...

— Como assim?

— Cortava as unhas, dava banho, se fosse necessário, trocava roupa, fazia recreação. É muito esporte, não é? Também fazia um teatrinho, que era um teatrinho bem, bem... principalmente, bem preliminar, não tinha nada de fundamentação psicológica.

— Era um teatro de lazer? Mais do que de ocupação?

— É um teatro de lazer. O que tinha de importância era que os pacientes representavam, participavam, eles eram os personagens do teatro.

— E quem dava essa orientação, era a professora?

— Quem dava essa orientação era a professora de enfermagem.

— Naquele tempo não era necessidade, naquele tempo a escola era estadual, então o médico era um psiquiatra e dava aulas sobre esquizofrenia, PMD, aulas coletivas, e a professora dava enfermagem psiquiátrica. Ela tinha chegado da França recentemente, onde tinha feito um curso de psiquiatria; então ela não tinha muitas aulas determinadas disso ou daquilo. Eu só sei que ela estudou no hospital francês e ela falava dos quartos de agitados, que as quatro paredes eram forradas com acolchoado, para evitar que eles se machucassem, porque na França ainda devia ter quarto-forte naquele tempo.

— E o psiquiatra?

— Não, ele era um clínico, não é? Ele descrevia as doenças com todos os seus sintomas, com muito detalhamento. Quando falava do hospital, porque nós não íamos ao hospital, ele descrevia pelo rosto o que deveria ser o hospital e dava como exemplo que há algum tempo atrás um doente comeu a orelha do outro, então para a gente saber que há perversidade daqueles doentes, porque que nós iríamos naquele hospital, e como nós não fomos, nós não soubemos.

— E a aula teórica da enfermeira psiquiátrica, era o quê?

— A aula teórica da enfermeira psiquiátrica talvez tenha sido o que mais me motivou a estudar a enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos.

— Por quê?

— Porque as duas enfermeiras às vezes pediam auxílio do pessoal de Fundamentos, da enfermeira, para ensinar as técnicas, para fazer a contensão do cliente —, como se aplicava injeção, terapia numa pessoa agitada. Cardiazol era comprimido, como se administrava comprido, medicamentos.

— Era comprimido?

— Havia também injetável. Como se fazia. O que muito me impressionou foi o eletrochoque. Como segurar o cliente para dar choque. Uma parte que as três professoras, contando com a professora de Enfermagem Fundamental, demonstraram, o banho, na banheira que havia na sala de técnicas, você deve lembrar; ali é que se fazia a balneoterapia. Isso era demais.

— O banho era com água fria?

— Com água fria, o paciente, o doente mental, ficava horas e horas com ataduras geladas, eles simulavam que faziam pedras de gelo e mostravam como se passavam as pedras de gelo. Essa era a enfermagem.

— Era água só, ou outra solução?

— Água só. Faziam pedras de gelo e ia passando...

— Isso era indicado...

— ... e ataduras, a pessoa toda contida, eu repito, a gente fazendo contensão na banheira.

— Isso era indicado para quê? agitação?

— Agitação. E falavam para nós que não podíamos ir a nenhum campo para ver doentes que estivessem muito agitados. Era muito bom colocá-los num quarto-forte. Foi o que eu constatei não só no Engenho de Dentro como lá no Instituto de Psiquiatria.

— A psiquiatria era dada por um médico, porque antigamente os médicos davam a matéria e as professoras da escola davam apenas a parte de enfermagem, massagem e essas coisas mais técnicas; então, a psiquiatria, eu me lembro bem, nosso professor o dr. Gilbert Barbosa ele era uma pessoa de bom senso, ele não era de uma escola única. Eu me lembro, naquela época estava começando a influência de Freud, a sociedade estava começando a ter conhecimento das coisas de Freud. E havia uma parte da sociedade que era muito contra o problema. Dizia-se que Freud só se baseava no sexo... Então a idéia do sexo condenava um pouco os conhecimentos das coisas de Freud. As aulas dele, me lembro muito bem, ele dava mais em cima da doença, do tipo de doença. Como é que se comportava um paciente esquizofrênico? Aí é que ele imitava, ele era uma pessoa muito engraçada, uma pessoa muito interessante, e ele imitava o esquizofrênico, o que fazia, o que não fazia.

— Então vocês não faziam estágio?

— Não, a gente não fazia estágio em psiquiatria. Nós tínhamos um psiquiatra. A nossa turma teve aulas teóricas e uma visita ao Engenho de Dentro, que nessa época, aliás, era interessante porque nós víamos a parte ruim do Engenho de Dentro, que era a parte antiga, onde o doente ficava jogado. E já víamos também o início de Nise da Silveira, que estava trabalhando lá, e já tinha então o doente que já estava pintando. Era uma visitinha de três horas, não deu muito para se ver. Nós tínhamos contato aqui no São Francisco com enfermeiras da Escola Alfredo Pinto, que traziam as alunas que também estavam com as nossas alunas; isso quando eu já estava formada. Elas faziam contenção de doentes, davam medicação para o doente contido ou medicação para os outros doentes, viam alimentação do doente, trocavam a roupa do paciente; faziam também a parte de higiene, aquelas técnicas daquela época, né? Elas aplicavam a técnica em relação ao cuidado, à assistência ao paciente.

— Deu um modo geral, os psiquiatras ensinavam a parte teórica. E a parte de enfermagem psiquiátrica, quem ensinava? Também eram os psiquiatras?

— Não, era uma enfermeira, ela não tinha curso de psiquiatria, ela era interessada em psiquiatria porque ela teve um problema psiquiátrico. Ela foi atendida na psiquiatria e ficou fascinada por esse ângulo...".

— Na teoria, a gente dava — alguns tópicos de neuropsiquiatria. Porque eram incluídos no programa as doenças, as psicoses éticas. O hospital que nós estagiávamos como alunos era uma colônia, Colônia Juliano Moreira, de Salvador; era o único hospital psiquiátrico que havia, porque a Universidade ainda não tinha criado o seu hospital, seu serviço de psiquiatria. Lá eles tinham alguns pacientes, mas nós só cuidávamos da parte dos pacientes agudos, psicóticos agudos. Então, a gente tinha enfermagem psiquiátrica mesmo.

— E o que vocês faziam, quer dizer, em que consistia o estágio?

— Nós fazíamos de tudo no hospital, porque os pacientes precisavam de tudo. Eles nunca tinham tido enfermeiras lá. Mas a escola mantinha seus professores o ano inteiro, não como enfermeiros, mas sim como professores, porque eram muitos grupos. Então nós fazíamos estágios de doze semanas. Era muito tempo. Eram três meses. Nós ocupávamos o ano inteiro. A professora de enfermagem era uma pessoa muito especial. Ela era muito inteligente e era protestante, então era uma pessoa muito humana, muito dedicada às pessoas carentes de um modo geral. Inclusive aos alunos, que tinham suas crenças, porque tinham medo, tinham insegurança, tinham rejeição pela disciplina.

O ensino, como até hoje em alguns aspectos, continha visitas rápidas a hospícios, que mais se assemelhavam a uma curiosidade de “visita ao zoológico” e provocavam na estudante, de um modo geral, um verdadeiro pânico, afastando-a a partir daí da enfermagem psiquiátrica.

— “Então nós conhecemos o Hospital dos Alienados. A casa era muito bonita, mas os doentes eram muito desprezados, a mesma coisa de hoje. Foi só uma visita rápida. Vimos aplicar

o Cardiazol, que, por sinal, foi horrível, porque queriam fazer a demonstração, para nós, do Cardiazol: chamaram um doente lá no pátio, doente que eles achavam que era bom para fazer demonstração e... o choque... nós assistindo tudo aquilo, muito apavoradas. Com muito medo daquilo tudo. Foi essa a impressão que a gente teve na psiquiatria naquela ocasião.

— Outra impressão terrível que eu tive também. Nós estávamos nos formando em 45, nossa turma ganhou uma viagem da Universidade até Belo Horizonte. Não, era um pátio, os doentes ali passeando, mal vestidos, sabe? Vestidos todos eles, mas com camisolas; não eram roupas, eram camisolas e outros com cobertores enrolados... E aí nós fomos para o ambulatório para ver o tratamento ambulatorial de eletrochoque, que naquela época era à explosão. Vamos ver um eletrochoque, muito bem, aí vem um doente na maca... E nós ficamos em volta e foi dado o eletrochoque, aí o doente entra em convulsão. Mas como tinha atrasado um pouquinho, eles não esperaram que o doente ficasse mais calmo. Dois “enfermeiros” pegaram a maca e saíram. O homem quase quebra o braço na porta. Saí porque não agüentei, não deu prá agüentar.

Dificilmente alguma aluna, depois de formada, permanecia trabalhando na enfermagem psiquiátrica. Aquelas que ficaram, e que inclusive construíram também esta história, foram pessoas realmente especiais, exceções maiúsculas:

— Não, eu só fui visitar um hospital psiquiátrico depois de formada me preparando para ser regente, como era chamado um contrato de quatro meses. Nós dívamos aula lá no Engenho. Eu fui a regente, de 49 a 50, e trabalhava sem receber.

— A senhora trabalhou como enfermeira no Engenho de Dentro?

— Eu era uma enfermeira, tinha o diploma, mas não tinha contrato, porque a escola ainda não podia pagar. Me perguntaram se eu podia ficar; a minha mãe me mandava dinheiro, uma mensalidade e...

— A senhora foi porque quis?

— Fui porque eu gostava.

— O que a escola achou disso?

— Ficou escandalizada de início, mas...

— Não tinha vontade, nem conhecia nada sobre isso, não queria ter a orelha mordida.

O discurso moral sobre a loucura e o sexo encontrou no louco a possibilidade da síntese maior da repressão: a sífilis. Como doença venérea, portanto compondo a disciplina doenças transmissíveis, não era vista pelas enfermeiras nas visitas domiciliares de então: como paralisia geral progressiva (PGP) era sutilmente chamada “psicose ética”.

— Era voltado para a tuberculose, para a sífilis também, não há dúvida; faziam muitos tratamentos com os sifilíticos nos postos de saúde. Mas a doença venérea nos postos de saúde era tratada à parte. A entrada era à parte. Acho que era a questão da contaminação, não a questão do sexo. Hoje a gente não vê mais pessoas com uma gonorréia daquelas altamente purulentas; então, era separado porque se temia que aquele doente purulento se sentasse no banco, no mesmo banco em que no dia seguinte uma criança ia se sentar. Essa questão de higiene é que fez com que o centro de saúde separasse até a entrada e funcionasse à noite para a sífilis porque era uma doença vergonhosa naquela ocasião.

Ao longo dessa passagem de estudante de enfermagem para docente de enfermagem psiquiátrica, alguns hospícios foram visitados, e ensaiaremos um retrato breve de cada um deles:

1. Engenho de Dentro: 1949

— Exatamente, quase simultaneamente ela é criada em 1891, 92.

— Aí a senhora foi trabalhar como enfermeira lá: o que a senhora viu?

— Um grupo de estudantes revoltados, porque a gente estava dentro de um hospício.

— Estudantes de quê? De enfermagem? Cirurgia, psicocirurgia?

— É, na época já estavam começando as primeiras intervenções de lobotomia. Mas o que me impressionou foram as alunas de uniforme, impecavelmente, como mandava a lei, mas com um chinelo no bolso para ameaçar os pacientes que tivessem comportamento de agitação. Lembro também que uma das doentes era cega, e a cegueira poderia ter vindo até em consequência de alguma medicação. Sei que ela era muito gorda e era cega. Elas pegavam a doente e faziam ficar rodando e diziam 'se você não fizer isso eu te bato, estou aqui com o chinelo'. Ela era cega, mas faziam ela sentir que havia um chinelo para bater nela.

— A senhora acha que essa relação se deu por quê?

— Isso é um fato. Se eu fosse uma pesquisadora ética teria que dizer por que as alunas que são de uma escola psiquiátrica estão fazendo isso.

— Será que era uma relação de humilhação?

— Porque estavam revoltadas por estar ali, naquele local, no Engenho de Dentro. Você conhece aquela estrutura do quarto-força? Desativaram, mas as grades estão lá. É aquele mesmo modelo. Pequena. Estreita. Não tinha cama, não tinha nada, nem uma pedra para eles deitarem, apenas o chão onde eles botavam o pé. Havia doentes que botavam o pé numa parede e o outro na outra, e iam subindo, subindo, até aqui em cima nas grades e gritavam: 'Estou aqui. Quero sair'.

— E como é que comiam? Quem lhes dava comida?

— Eles procuravam ver quando o doente estava lá em cima, abriam a porta, botavam o prato e saíam.

— Sem talher?

— Sem talher.

— Com a mão? Era a enfermagem que botava esse prato?

— Era a atendente.

Engenho de Dentro, 1962

— O hospital do Engenho de Dentro era um ambiente horrível; o pátio era um pátio só, com calabouço lá embaixo do hospital, e os doentes de todos os andares desciam por uma rampa e iam para aquele calabouço. Eu nem podia permanecer naquele pátio, então ficava nas enfermarias, mas as enfermarias eram verdadeiros corredores, com os leitos dos pacientes sem espaço para nada. Médico não aparecia, os atendentes é que atendiam os pacientes, faziam as medicações e que interpretavam as coisas à moda deles. Não tinha a quem apelar. Era tudo louco... O atendente homem cuidava de dar banho. Para ele, dar banho era vestir um calção e dar banho no paciente: tomava banho junto porque o doente jogava água nele. A insulnoterapia era uma sala com seus vinte e trinta leitos, onde se dava insulina em todo mundo e acabava com todo mundo às 9 horas. Começava a cortar a insulina e encher a seringa de glicose, injetar na veia do paciente, um por um, correndo num atropelo maior do mundo.

— Uma caixa de eletroconvulsoterapia (ECT). E com essa caixa de ECT ela (a enfermeira) fazia disciplina na enfermaria. Qualquer doente que brigasse ou que se metesse em conflitos ou que desobedecesse ou que fizesse qualquer coisa que não fosse da realidade dela, ela mesma punia na hora com eletrochoque. Às vezes ela contava para a gente que havia parado uma briga com eletrochoque.

— Como?

— As doentes estavam brigando e ela se aproximava com a máquina de eletrochoque; a primeira que ela pegava, acertava e fazia eletrochoque no meio da briga. Isso é para você ter uma idéia de quem gerenciava o eletrochoque era a atendente. O médico só aparecia lá de 8 ao meio dia, duas vezes por semana.

— Eles tinham talheres, não?

— Não. Era um prato de lata e a colher. Eles entravam na fila para pegar a comida e quem conseguia pegar a comida tinha comida e quem não conseguia, não tinha comida. A

mesa era enorme, comprida, onde eles iam se sentando e iam comendo à medida que iam conseguindo o seu prato de comida. Era uma coisa muito desumana. O hospital era terrível. E era lá que eu tentava me arrumar para ensinar qualquer coisa de psiquiatria para essas alunas.

2. *Colônia Juliano Moreira — Salvador, 1949*

— Como o louco furioso. Com a insulina, com eletrochoque e com todas as terapêuticas biológicas. Inclusive com o quarto-forte. E entrava porque não sabia cuidar das pessoas de longe. Como é que eu ia dar cuidados? Então tinha um departamento lá que era uma coisa intermediária entre o quarto-forte e a enfermeira. Era um lugar que parecia uma piscina vazia. Toda azulejada, para baixo, com uma escadinha, mas escada de degraus, não era aquela escada de piscina, não. E dentro, lá, tinha uma casinha, onde os pacientes que às vezes ficavam cansados ou não estavam passando muito bem, de repente, com o efeito da medicação, repousavam ali. Chamava-se rotunda o lugar. De manhã como elas eram muito agitadas e não se mantinham vestidas, eram nuas, completamente nuas, inclusive quando estavam menstruadas não aceitavam nenhuma proteção — e ele (o novo diretor) começou a tirá-las do quarto-forte e a estimular o pessoal da enfermagem a tirá-las de lá e levá-las para esse lugar, a rotunda, que era a piscina vazia em que elas ficavam ao sol, recreando; e quando cansavam, porque o sol era muito forte, elas entravam para ali, para aquelas salinhas que tinham acompanhando a rotunda, mas poucas... tinham uma pessoa que não deixava passar. E essa construção era funda, era profunda, mais alta que uma pessoa; como era azulejada, elas não podiam subir porque escorregava. Só podia sair ou entrar pela escadinha, onde tinha um guarda. O quarto-forte era no nível do chão e tinha uma grade de ferro; os pacientes ficavam lá dentro com um colchão; eles não tinham cama porque se machucavam. Não sei se na realidade todos sempre tiveram colchão. Mas cama não tinham, e a explicação era que eles, quando destruíam a cama, usavam os pedaços para bater.

— E como comiam esses pacientes da cela-forte?

— Tinha uma parte assim mais alta, a porta não encostava no chão e por aqui a gente colocava o prato...

— Pelo chão?

— Pelo chão. E eles às vezes comiam, às vezes jogavam na cara da gente através daquela grade, e outras vezes ficava lá até apodrecer. Eles tomavam banho duas ou três vezes na semana, e nesse dia é que era feita a limpeza, enquanto tomavam banho.

— Quem dava banho?

— Eram umas pessoas que eram próprias para isso, para a limpeza pesada.

— A enfermagem?

— Não. Eram da limpeza, e acho que eles eram engajados na enfermagem também, mas não tinham nenhuma referência de enfermeiro, nem de auxiliar, nem de nada. Eram guardas também, eu acho. Não lembro mais, faz tanto tempo, não lembro mais... Tinha duchas mas não estavam mais em uso porque tinham quebrado, estavam estragadas; a Colônia não tinha dinheiro e a balneoterapia estava desativada. O que a gente recebia de justificativa para a utilização disso é que a água fria ativava o humor dos deprimidos. Então, tinha aquelas duchas de água fria, água gelada, que depois eu vi no Juquery, em São Paulo. Também tinha as banheiras que a gente utilizava com água morna, e à medida que o tempo passava e o clima de São Paulo esfriava a água, a gente abria a torneira quente e mantinha a água num certo nível. Isso para acalmar os agitados, e o frio para excitar, para estimular os deprimidos.

3. *Serviço de Psiquiatria do Hospital Pedro Ernesto — por volta dos anos 60*

— Quando eu era a organizadora de lá, os doentes, homens e mulheres, conviviam, passavam o dia inteiro juntos, namoravam, e nunca passava pela cabeça da gente essa preocupação de que eles estivessem transando uns com os outros, porque eles mesmos se protegiam disso. Deu a hora de dormir, cada um ia para a sua casa e não se incomodavam uns com os

outros. Mesmo o namoro, eles namoravam de uma maneira muito discreta na sala de estar da casa, pois tinha uma casa central que tinha as mesas e cadeiras etc. Lá eles namoravam, mas não havia porque intervir, não havia problema nenhum. Um namoro muito discreto e nós não nos metíamos com isso, até achávamos graça... Num horário em que eu não estava, tinha uma doente histérica que tirou a roupa e ficou se exibindo. Essa doente depois foi para a Praia Vermelha. Então, essa doente um dia foi para a enfermaria de homens — tinha uma enfermaria de seis leitos de homens —, entrou lá, se deitou na cama, levantou a roupa e ficou se exibindo para os outros pacientes. Os pacientes se comportaram de uma maneira muito elegante, fazendo que não estavam vendo, mas um adolescente muito erótico resolveu ir olhar de perto, para ver como a moça era. Então, os outros passaram um sabão nele tremendo, brigaram, arrumaram a mulher, mandaram ela sair da enfermaria e levaram ela para o pátio. Outro dia me contaram que tinha acontecido isso com essa paciente; não abusaram da paciente.

— Nunca uma paciente engravidou?

— Engravidou de um atendente! De auxiliar de enfermagem. Isso aconteceu.

— Porque isso aparece nos filmes e a gente fica até achando que é fantasia.

— É. Mas a convivência deles é muito normal, não há problema. Não estão preocupados com tirar a roupa de ninguém, de nenhuma colega, eles se mantêm muito na linha uns com os outros.

4. Instituto de Psiquiatria da Praia Vermelha, 1949

— Fomos para o Instituto de Psiquiatria e ainda tinha o meu comportamento de política universitária. Eu sempre dizia: a escola é da Universidade do Brasil, naquela época já quase Universidade Federal do Rio de Janeiro, nós temos que usar todos os recursos da Universidade e mostrar lá o que nós fazemos. Porque se nós ficarmos por fora, ela era psiquiatra, fazia

parte da psiquiatria clínica do setor feminino. Eu entrava de manhã e dizia: Cheguei! Quem é que está no quarto-forte? porque o pessoal da noite, os internos, tinham medo (e quanto a botar doente mental em quarto-forte, quem pode te dar melhor informação é o pessoal de lá mais antigo, atendentes que moravam lá, as próprias internas), não queriam ficar acordados, mandavam pro quarto-forte. De manhã, eu chegava com os alunos e dizia: vamos tirar fulano de lá do quarto-forte.

— Quem decidia se alguém ia ou não para o quarto-forte? A enfermagem?

— Não, eram os médicos. Mas os atendentes eram permanentes para nós. O aluno é sempre transitório... O aluno é sempre transitório... O atendente é o dono do campo e os enfermeiros.

— Eles é quem botavam no quarto-forte?

— Eles falavam para o médico que o paciente estava agitado e que precisava ir para o quarto-forte.

Estes relatos de vida e a própria história oral da enfermagem psiquiátrica no Brasil têm aderência a todo o material bibliográfico consultado e referendado a respeito do louco e da loucura.

A necessidade de um profissional de enfermagem no hospício no Rio de Janeiro e, por extensão, já explicada anteriormente, no Brasil, foi um subproduto do “cabo-de-guerra” jogado entre o Poder Clerical, com sua visão assistencial caritativa hegemônica até então, e um saber incipiente mas poderoso que, revelado na voz da categoria médica psiquiátrica e amparado no Poder do Estado republicano, apontava a solução para a desordem das cidades, a mestiçagem, a promiscuidade, a pobreza e a degenerescência. Ganho o jogo, excluídos nos hospícios os indesejáveis, era urgente e essencial plasmar naquele discurso uma feição de ciência. E ciência positiva, conforme já ecoava do continente europeu. Além de excluir, disciplinar, impunharse produzir um saber que alcasse a psiquiatria brasileira aos degraus da ciência psiquiátrica européia. Existindo o espaço, o hospício, a matéria-prima, o louco, os detentores do saber, os psiquiatras, tornou-se claro já ao final do século XIX que faltavam “enfermeiras”. É

ingênuo supor que a corporação médico-psiquiátrica desconhecesse todo o movimento sanitário da Inglaterra e a projeção de Florence Nightingale. Mas seria muito difícil conseguir que no século XIX mulheres com escolaridade de segundo grau quisessem ou lhes fosse permitido trabalhar com o louco. O próprio hospício não precisava de tanto. Era mais do que suficiente o que existia na Salpetrière em termos de enfermagem para começarmos aqui as fichas, os controles, as segregações e as condições estruturais para os estudos em necropsias, as psicocirurgias que se iniciavam, a medicalização que já impregnava o hospício científico.

A enfermagem psiquiátrica nasceu mal no Brasil, não exatamente porque a primeira escola que sistematizou este ensino não obedecesse aos princípios da Reforma Nightingale. O equívoco não foi o da estrutura pedagógica utilizada, mas uma opção alicerçada em um imaginário coletivo consolidado sobre o louco, apoiada por questões político-ideológicas.

Esse profissional não veio para atender a uma melhora na assistência ao louco, mas para viabilizar, dentro do hospício, as possibilidades concretas de o discurso psiquiátrico brasileiro tornar-se científico. Tradicionalmente, a enfermagem prepara o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes. Dessa mentalidade a enfermagem psiquiátrica não pôde escapar. Ao contrário, para esta clientela silenciada, emudecida na exclusão das instituições totais, não era preciso muita qualificação. É a partir dessa apreciação sócio-histórica que podemos fazer uma leitura do esquecimento que sempre pairou sobre o louco, quer na Revolução Nightingale, quer em um dos desdobramentos desta reforma, na criação da Escola de Enfermagem Anna Nery como escola padrão de enfermagem no Brasil.

— E também acho que era muita coisa para ela se ocupar. Ela devia ter os compromissos com políticos, com a rainha e com quem mais mandava naquele tempo, de atender prioritariamente este ou aquele programa. Também tinha preconceito com o doente mental como sendo um tipo de doença de que não se devia preocupar prioritariamente, uma vez que não ma-

tava. A doença mental mata com a decorrência de mau-trato, com a falta de auto-suficiência, do abandono da sociedade, da família... é outra morte, não é uma morte biológica, é a morte civil. Não constata óbito. Sempre tem um motivo. A Marina morreu não foi de esquizofrenia. A Marina morreu de diabetes. O Alcebíades tinha uma esquizofrenia residual, mas era uma pessoa que precisava de custódia para viver. Ele vivia, desempenhava muito bem, mas tinha que sentir a segurança institucional. Então, o Alcebíades também teve um enfarto, morreu. O Álvaro, a mesma coisa. O Álvaro teve um problema circulatório, morreu, teve um acidente vascular cerebral, morreu. Todos assim. A gente não lembra de dizer que eles morreram muito antes do que deviam ter morrido. E também por falta de condição pessoal de se cuidarem. Para se livrarem, se libertarem da doença física. A morte da psiquiatria é uma morte que não se constata, não se bota, eu acho que não se põe no óbito: esquizofrenia... Mas a psiquiatria não era uma doença nobre, eu acho, não era. Era uma doença de gente pobre. Era uma doença de miséria, uma doença de... pobreza mesmo, porque o poder está muito relacionado com o ter, não é? O poder com o ter, com o ser. Então, se você é pobre, você acaba é mais doida do que você seria sendo rica... e que é uma coisa, é um Serviço, é uma assistência que precisa da conscientização, da contribuição, da colaboração, do amadurecimento político-social, que não existe, não é? E também porque todo o grupo médico só trabalhava com muito poder. É o médico e mais ninguém. Antes dele não tem ninguém. Então o médico não é muito, quero dizer, autoritário na atitude física, mas é, na atitude mental, dono, muito mandão, muito sabe-tudo. O enfermeiro tem uma dificuldade muito grande porque geralmente o enfermeiro que vai para lá não tem formação nenhuma, não tem preparo nenhum: então, ele se deixa levar pelas ordens médicas e é um repetidor do que o médico determina, pois ele não tem segurança para criar, para inovar, para modificar, para implantar e até mesmo para exigir: eu acho que a gente tem que exigir condições de trabalho. Lá ninguém exige. Então, o que o médico diz, todo mundo acha que está certo...

É uma vingança deles. Eles vingam no paciente toda a “desautoridade” que o médico tira a eles.

O doente é para eles o que eles são para os doentes: um brinquedo, nada. Então, se elas não gostam do doente, não deixam o doente receber visita; elas escrevem no livro de ocorrência, no relatório, coisas que não são verdadeiras, que são interpretação delas. Se a paciente saiu para confirmar que não estava com cara de louca, porque ela não queria ir embora, pois achava que tinha cara de louca, todo mundo na rua ia reconhecê-la como doida. Um dia ela conversou com o médico, e ele disse que ela ia ter alta mas que precisava primeiro se preparar para aceitar a situação de não ter aparência de louca, se ela não quisesse ter; e ela se arrumou toda e saiu. Foi lá fora, comprou cigarro, entrou e saiu, e o leão-de-chácara não a reconheceu como uma internada, e sim como uma visita. Ela chegou lá dentro muito contente e contou para a atendente. A atendente escreveu que a paciente não estava em condição de ter alta porque ela tinha feito tentativa de evasão. Aí a alta foi suspensa e a paciente teve uma regressão terrível.

Para fazer o papel de guarda não era necessário ter habilidades técnicas ou um preparo mais sofisticado; qualquer moça forte, robusta ou qualquer homem forte, robusto, podia ser um bom guarda para um hospital psiquiátrico. Os doentes eram mantidos sob amarras mesmo, e isso não precisava de nenhum procedimento técnico. *Eu acho que Florence gostava das coisas que desenvolviam habilidade.* Fazer as camas, arejar o ambiente e oferecer recursos aos pacientes. Ela pressentia necessidade de uma correspondência para aquilo que fazia, de alguém que compreendesse aquilo que ela estava fazendo. Ela cuidou muito de soldados que estavam feridos e que sabiam dizer muito obrigado, que sabiam agradecer a ela o cuidado feito. Pessoas que ela podia subjugar e manter em ordem. Não era o caso do louco. Porque o louco ninguém subjugava, ainda mais naquela época. Não havia clorpromazina. Hoje com medicações você faz o louco mais obediente. Mas, naquele tempo, ele não obedecia nada, ele não agradecia nada. Eu acho que as caracterís-

ticas do louco não encantavam em nada a Florence Nightingale.

Eu acho que a pessoa chega na psiquiatria, entra também naquele caldo de loucura e se deprime, perde a auto-estima, não vê futuro pela frente, se afoga naquelas coisas. É muito estranho. Você vê, por exemplo, a necessidade de fazer uma terapia. Todo médico, todo psicólogo, todo assistente social tem seu terapeuta. Tem seu terapeuta e diz: é meu terapeuta ou meu médico etc. Você procura na enfermagem quem é que tem um terapeuta para apoiar. Nenhum tem. Não é porque seja caro não, você pode conseguir de graça. Não precisa pagar nada; e psicoterapia de grupo elas conseguiram num consultório até barato. Mas não têm esse desejo de se tratar. Vão afundando na loucura e deixando as coisas acontecerem. Então, elas perdem a percepção do que é normal, do que é ser normal.

NOTAS

1. LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. Op. cit., p. 21.
2. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Op. cit., p. 42.
3. LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. Op. cit., p. 20.
4. BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Op. cit., p. 37.
5. RIBEIRO, Ana Clara Torres et alii. *Rio de Janeiro: painel de um espaço em crise*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1987, 109 p., p. 2.
6. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 14.
7. BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1978, 453 p., p. 2.
8. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 1.
9. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 31.
10. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 423.
11. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 426.

12. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 35.
13. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 50.
14. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 38.
15. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 432.
16. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 448.
17. FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir — nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 1977, 296 p., p. 153.
18. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 449.
19. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 458.
20. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 460.
21. *Idem*.
22. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 487.
23. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 470.
24. *Idem*.
25. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 471.
26. BRANDÃO, J. C. Teixeira. "Os alienados no Brasil", p. 33, in: MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 471.
27. "... os reconhecidos neste momento como os idiotas, imbecis, epilépticos ou paralíticos dementes, que se reputam incuráveis e podem viver inofensivos no seio da família". Cf. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 476.
28. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 475.
29. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 478.
30. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 482.
31. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 484.
32. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit.
33. PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. Op. cit., p. 74.
34. MOREIRA, Almerinda. *Escola de enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 42.
35. COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. rev. amp. Rio de Janeiro, Xenon, 1989, 187 p. (a), p. 43.
36. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. Cf. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 42.

37. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 42.
38. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 437.
39. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 45.
40. *Idem*.
41. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 48.
42. COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Op. cit., p. 70.
43. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 50.
44. Gustavo Riedel foi o fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923. A LBHM era uma associação civil de utilidade pública, que recebia verbas públicas e particulares e publicava a revista *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Seus componentes constituíam a elite psiquiátrica do Rio e partilhavam do pensamento eugenico que foi dominante na psiquiatria brasileira nos anos 20 e 30, com conteúdos antiliberalistas, moralistas, racistas e xenofóbicos (para uma explanação mais detalhada sobre a LBHM, ver COSTA, Jurandir Freire, *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*, op. cit.).
45. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 58.
46. MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. Op. cit., p. 61.
47. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit.
48. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 53.
49. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 54.
50. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 60.
51. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 61.
52. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 64.
53. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 66.

54. CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. Op. cit., p. 71.

55. DUMET, Josicélia. *O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil*. (Dissertação de Mestrado apresentada à Câmara de Ensino de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia). Bahia, 1982, 111 p., mimeo.

8

“O cansaço da fadiga do repouso”

Ao término de dezoito sessões de grupo operativo com os pacientes internados na enfermaria masculina do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do qual participamos na qualidade de observador participante, pudemos apreender muito na voz do louco. Esta voz é trazida aqui não para apreciar o seu inconsciente, tarefa que não nos cabe, mas para apreciar a sua consciência. “Seus testemunhos são eloquentes a respeito de seus temores e esperanças, das injustiças que sofreram, acima de tudo, do que é ser louco ou considerado louco”¹. Não iremos menorizar a sua voz, até porque compartilhamos da idéia de Michel Foucault de que a loucura, como desrazão, é um discurso e não a verdade. E é nesse sentido que a consciência dos loucos confronta a dos sãos, constituindo uma espécie de corredor de espelhos. Imagens cumulativamente deformadas, onde, intrigantemente, “ambos dizem coisas comparáveis sobre atuação e ação, direitos e responsabilidades, razão e falta de sentido, embora as apliquem de formas fundamentalmente contrárias”².

A orientação dada pela terapeuta ao grupo do qual participamos é de que o grupo é um espaço que pertence aos pacientes, cabendo ao terapeuta apenas sinalizar para que o próprio grupo tome decisões e dê limites.

Algumas questões, na medida que apareceram com freqüência no grupo representando suas idéias, serão destacadas.

Iniciaremos com a medicalização do hospício. Se, por um lado, é a medicação que transforma “diabos” em “anjinhos”, sobretudo no uso do “sossega leão”³, e essa prática é “naturalmente” aceita como componente da instituição, há ainda uma contravoz que tenta se fazer ouvir:

— Acho que vou virar goiabada de tanto remédio.

— Com tanta medicação, a gente vira é jaca, um jacão cheio de medicação”.

As relações de poder explícitas no espaço asilar, que têm como comissão de frente a enfermeira e a enfermagem, são tão seculares que introjetam no doente uma sensação de inferioridade e culpa, de desculpas por existir, em que ele acaba se preocupando com banalidades do opressor:

— Água mole em pedra dura... vou aos jornais, onde for preciso, ao Collor, para conseguir uma cama para os enfermeiros não dormirem no chão. Quero saber do beliche dos enfermeiros, não é justo...

— Por que você pensa nos outros e não pensa em você? [contraposto que os enfermeiros fazem plantão à noite para atenderem aos pacientes e que muitas vezes os enfermeiros são chamados e não vêm].

— Porque eu tenho tudo.

E por este “tudo” o paciente está se referindo a casa, comida e roupa lavada. Mesmo que a hotelaria do hospício seja de qualidade ruim, o louco vê no seu companheiro de internação o responsável por possíveis falhas:

— Fui escovar os dentes, e um animal havia vomitado na pia.

O “animal” é o outro louco e não a deficiência do serviço de limpeza, que deveria estar sempre preparado para este tipo de eventualidade, uma situação de “hotelaria”, onde o que ainda se faz com muita freqüência é medicar, o que pode levar a náuseas e vômitos freqüentes. Ainda no âmbito das relações de poder, é impressionante o relato de um paciente já crônico. Ao perceber que vai ter uma “crise” com delírios e alucinações, pede ao enfermeiro para ser fisicamente amarrado, a partir do que se sente protegido. Propusemos a este paciente, que foi internado pela primeira vez aos oito anos e hoje tem 29 anos de idade, que tentaríamos ajudá-lo numa próxima crise, de modo a não precisar ser amarrado, no que ele concordou com a nossa proposta (enfermeira + musicoterapeuta). Relato na íntegra “a crise”:

Após o grupo, *X* (paciente) avisa que “está entrando em crise” e pergunta se vamos cumprir o prometido de ficar com ele para fazer a experiência — não conter e não sedar. *L* (enfermeira) havia ido buscar broto de goiabeira para chá de *M* (paciente com diarréia). *X* enrijece o maxilar, olhos virados para cima e repete sempre “quero matar, quero matar...; eu vou matar meu pai, eu vou matar minha avó!”

Nós o deitamos. Fizemos um relaxamento e contamos histórias a pedido de *X*. Ficamos com ele por uma hora e dez minutos, com relaxamento e histórias entrecortadas por frases “venci a crise, mas tenho medo quando vocês forem embora. Não vai acontecer nada não, vai?” Enrijece-se todo e de novo garantimos: “Nada vai acontecer, *X*. Você venceu a crise, é só relaxar agora”. Pausa, em que relaxava, fechava os olhos, pedia algum dado da história contada e novamente enrijecia. Ao final de mais de uma hora, *X* relata estar exausto, e suava muito. Começou a pedir inconsistentemente para ser amarrado, pois a qualquer momento iríamos embora, e as “vozes e alucinações” voltariam mais fortes. Apesar de garantirmos que só iríamos embora quando ele pudesse ir para o pátio se sentindo bem, insistia em ser amar-

rado e sedado, “tenho medo da crise ser muito forte e eu matar”. Chamamos o auxiliar de enfermagem *A*, e o plantonista (médica) *B*. Ajudamos *A* na contenção, pois *X* agita-se muito. *B* fica na porta da enfermaria, na ponta dos pés e parece meio apavorada. Após *X* estar amarrado, *B* nos pergunta qual o diagnóstico de *X*, pois observou que parecia crise epiléptica. Fizemos o diagnóstico e negamos epilepsia, dizendo que nós duas havíamos observado uma certa histeria de conversão na hora da crise. *B* concorda, prescreve um sedativo e vai embora. Mais uma vez observamos que, quando a crise se instala, *X* abandona o comportamento e voz pueris e *apresenta-se* como um macho, com voz forte e atitudes firmes. Os pacientes entram e saem da enfermaria durante a crise, uns querendo ajudar, uns amedrontados, outros com ciúme da atenção que estamos dando somente a *X* há mais de uma hora” (no dia seguinte, comentei com a musicoterapeuta que, quando cheguei em casa, deitei com a roupa que estava e dormi profundamente até a hora do jantar).

Permanece no espaço do asilo, e absolutamente introyetado pelo doente, a visão seiscentista, medieval, de assistência psiquiátrica como um ato de caridade e bondade, onde tudo tem que ser aceito na medida em que é dado.

— Alguém reclama do novo travesseiro. Um paciente traz para vermos. É de borracha compactada, duro e alto. O paciente *J* diz que sentiu muita dor, mas que acostuma e que todos devem acostumar.

Esse paciente, já crônico, é absolutamente criativo, até mesmo em neologismos. A última palavra criada, “obilático”, (que todos os outros pacientes usam), designa em geral algo ou muito bom ou muito ruim. Já criou também a expressão “cansaço da fadiga do repouso” (para explicar o fato de os pacientes ficarem o dia todo dormindo e/ou na cama) e “pasteizinhos de vento e empadinhas de brisa” (para exemplificar o que poderia ser servido como lanche aos pacientes).

A enfermeira e a enfermagem continuam sendo os herdeiros da vigilância e os controladores da disciplina no hospício. Donas do olhar

vigilante, organizadoras do espaço em desordem, são intermediárias entre o guarda e o “dono do remédio”, contato permanente entre a *força física* (guardas) e a *força química* (médicos).

— *R* (paciente) faz exercícios de judô durante o grupo. Exploramos para o grupo como ajudar *R* (o assunto fica em pauta quase quinze minutos). O grupo diz que ele incomoda, que se comporta com idade mental de oito anos, faz xixi em todo lugar, na frente da TV, muda os canais. O grupo diz ajudar ele. *R* continua com o riso imotivado e *H* (enfermeira do grupo que auxilia na coordenação do mesmo) diz que, se ele machucar alguém com os golpes de judô, vai se ver com ela. Ao que ele olha para ela, pára por segundos, e, rindo de novo, pergunta: ‘Vai me amarrar?’

— Pedem para derrubar o muro (que separa a enfermeira do pátio externo), dizem que lembra o muro de Berlim. *R* pede para derrubar mais duzentos metros para lá, com três mesas de sinuca, duas de totó e uma de pingue-pongue. *H* (enfermeira) pergunta se isso aqui é um clube ou um hospital. Todos riem.

Percebo a idéia de que se vai a um clube para se divertir, para aproveitar, para namorar, para viver em grupo e ver pessoas, enfim, para exercitar a vida. Ao contrário, vai-se ao hospital porque se está doente, louco, sem amigos, grupos, porque se está mal, enfim, para exercitar a morte.

E este “clube do hospital” possui um regimento interno de regras rígidas, como só o tempo sabe solidificar. O hospício foi estruturado para atender em primeiro lugar às necessidades das equipes que nele trabalham e não às dos doentes. Que outra razão explicaria a obrigação dos doentes em tomarem a medicação às seis horas e o café às sete horas da manhã?

— Foi conseguido, junto à enfermagem e depois de dois anos, que se dê a medicação após o café da manhã, e não mais em jejum.

Estranha a lógica que organiza a presença dos “técnicos de saúde mental” no hospício. Quando a enfermaria está quase completa (em torno de trinta pacientes), argumenta-se, com muita propriedade que a assistência ao doente está ruim e não pode melhorar, porque tem pouquíssimos enfermeiros e auxiliares. Entretanto, durante a greve dos residentes médicos, onde a internação baixou a uma média de oito doentes (outro “milagre” do hospício científico), a equipe de enfermagem se reduz mais ainda fazendo revezamento, porque têm poucos doentes. A compreensão desta lógica não se fará através de um raciocínio direto. Necessitamos de outros recursos sem dúvida.

Outra situação, mais séria ainda, é a da impunidade, quer pela imperícia quer pela negligência:

— Y diz que foi submetido à eletroconvulsoterapia (ECT) em outra casa de saúde, conveniada, o que o levou a fraturar a costela. A mostra a cicatriz de uma provável fistula de injeção IM no glúteo, ou “sossega leão”, que deve ter formado um abscesso e atingido o ciático. O paciente relata que sentia um calor na perna e que ficou com enorme dificuldade para andar.

Ninguém tomou nenhuma providência. O assunto veio à tona depois de termos distribuído e lido no grupo um artigo sobre os direitos do doente mental, contidos na nova lei orgânica da saúde.

Não é nossa pretensão fazer aqui uma discussão sobre instituição total, após o trabalho de Goffman⁴. Mas vamos cristalizar, no hospício, algumas daquelas questões que ele tão bem sistematizou e analisou há quase trinta anos (a publicação original em inglês é de 1961).

Os muros, “o muro de Berlim”, como disse um doente no grupo, simbolizou com perfeição a situação. Esse muro do hospício, ou o de Berlim, estabeleceu uma divisão, criou um espaço de exterioridade, onde o espaço estrutural é muito maior que o espaço ecológico.⁵

“Os valores atribuídos à residência, parentesco, sexo e idade diferenciam grupos de pessoas através da segmentação e as posições

relativas que os segmentos ocupam uns em relação aos outros, fornecendo uma perspectiva que nos permite falar das divisões entre eles como divisões do espaço estrutural”.⁶ Nesse sentido, o muro do hospício “dividiu” grupos formados, famílias, hábitos, valores, cotidianos, irmãos e iguais que se tornaram diferentes a partir do muro. E nessas parcerias divididas é alimentada a ilusão de que derrubar os muros seria transformá-los novamente em iguais.

Assim como o espaço, o valor do tempo também merece atenção especial. O tempo do hospício tem um significado bem diferente do tempo aqui fora. O relógio do tempo interno são as tarefas da enfermagem, a alimentação, as restrições e as permissões (pátio externo, terapia ocupacional, visitas). Como diz um paciente: “Estamos nos recuperando do cansaço da fadiga do repouso”. Mesmo que o doente se esforce para não ficar deitado o dia todo, ele sempre estará ocioso. Não há como manejar o tempo, se há limites rígidos e intransponíveis colocados pela instituição. De que adianta ficar acordado de dia, se há horário limitado para a saída ao pátio externo e não há terapia ocupacional à tarde? (que Cerqueira chamou de “T. O. — terapia oculta”).⁷

Nos hospícios, uma das expressões que mais encontramos é como “passar o tempo”, uma expressão geral, que diz respeito à adaptação da pessoa à instituição, e que pode ser leve ou penosa. Mas este tempo é algo que foi posto entre parênteses na consciência de cada um e nas suas vidas. As atividades usuais nas instituições totais não torturam o tempo, elas o matam misericordiosamente.⁸

Mas ainda escapam tentativas tênues de marcar este tempo colocado entre parênteses na vida: a tentativa de marcar o tempo vital.

— E fica fazendo relaxamento porque está com dor nas costas de tanto dormir. Afinal, é também por sugestão da terapeuta, e depois que dois pacientes dizem as datas de seus aniversários neste mês, o grupo propõe fazermos uma vez no mês uma festinha para ‘comemorar os aniversários’.

Esta comemoração “dificulta” em parte a oficialização do óbito civil que é a internação no asilo.

— Um paciente diz que é louco, maluco, só está num hospital psiquiátrico quem é maluco. Se sente como um macaco que alimentam, põem para lá e para cá. Não pode sair, quer comer, não tem dinheiro. Pergunta se a vida dele vai ser sempre assim, vindo para cá de vez em quando. Pergunta se já fomos internados para sabermos como ele se sente. Diz que estaria menos maluco em casa. Aqui é como um vegetal.

— Um paciente diz que isso aqui é uma prisão, que ele sabe que vai ter que sair de casa, mudar de estado, ou vai passar a vida sendo internado pelo pai.

— Outro reclama que na hora da visita se sente vigiado, há lugares onde não pode ir com familiares (depois da hora e perto da Xerox). A terapeuta diz que algumas regras institucionais são difíceis de serem mudadas, por exemplo, o horário do jantar.

— Falou da internação dele, que ficou agressivo mas não com a equipe. Era porque, quando se virou, a mãe já tinha ido embora; ‘cada despedida pode ser a última, então foi ruim para mim’. O paciente diz que foi internado por livre e espontânea pressão.

O discurso médico psiquiátrico no hospício científico é bastante inconsistente.

Os pacientes reclamam dos médicos que não vêm, que são muito rápidos, e que apenas “passam” algumas informações para eles. Muitos se queixam de que não vêm os médicos todos os dias, sendo que houve o caso de um médico que não veio ver o paciente por mais de vinte dias, e a medicação continua sendo dada pela enfermagem mediante “aspas” feitas a lápis na prescrição.

Na verdade, as expressões “pasteizinhos de vento” e “empadiinhos de brisa” transcrevem a riqueza da existência de uma fome de atenção e de afeição que o hospício e sua “equipe dirigente”⁹ são completamente incompetentes para saciar.

— O grupo está inquieto, são lançadas muitas questões, mas não se consegue aprofundar nada. Um paciente reclama que está babando, não consegue mastigar e engolir e que o médico não veio hoje (já tomou remédio injetável contra impregnação hoje). Os pacientes reclamam dos médicos que não vêm, e que são muito rápidos, mas nenhum conseguiu dizer isso para o médico. *M* disse que o seu médico apenas lhe passa informações: ‘o senhor vai tomar Parnate e, se não der certo, vai tomar ECT’. Foi curto e grosso. Não dá tempo para falar com ele. Todos se queixam de que não vêm os médicos todos os dias.

— É retomado o sumiço dos médicos, sobretudo o médico de *L* que não vem há mais ou menos 21 dias.

Por fim, em relação ao discurso médico há a questão da modalidade de ensino para os estudantes de medicina. Via de regra, determinada uma patologia ou comportamento, o professor pergunta à enfermagem que doente seria bom para aquela aula (riqueza de sintomas). Indicado o doente, ele é convidado para uma “sessão”, na qual, diante de alguns alunos assustados depois de atravessarem a enfermaria em grupo, o doente vai contar sobre os caminhos que tomou para chegar ao hospício.

— Volta a questão da aula em que servem de cobaias para alunos de medicina. Alguns colocam não ser bom e outros que não se importam. Sinalizamos que não são obrigados a ir.

Este ser ou não obrigado a participar da “sessão de aula” é um discurso frouxo como o de que é direito do paciente ver o seu médico todos os dias. E se o doente não quiser ir à aula ou se ele se indispuiser com o seu médico cobrando as suas ausências? É a aparência pela aparência: o direito existe em regimento institucional, mas é aniquilado pela tensão das forças cotidianas na instituição total. Seria como se um paciente cirúrgico, em um hospital geral, iniciasse uma grave discussão com o cirurgião no meio da cirurgia.

No hospício, o louco é uma condensação de faltas, cuja sombra será eterna, e repô-las será como perseguir a sua própria sombra.

— *L* faz a definição de esquizofrenia: é falta de amor, família e paz. Eu estou aqui com um diagnóstico que não tem cura. Somos um por todos e todos por um. Eu tenho Golden Cross mas a Golden Cross não paga psiquiatria. Paga neurologia, que é parecido, mas não é a mesma coisa.

Nesse sentido é que os doentes chamam um pátio interno da enfermaria, um caramanchão, de "curral". "Coréia" é o nome dado por eles a uma das enfermarias, a maior de todas em número de leitos e a mais afastada, a primeira a ser fechada quando diminui o número de internos.

Pairando acima de todos os temas, unindo e separando emoções, afastando desejos secretos, há a questão da sexualidade no hospício.

Antes é preciso dizer que os homens e mulheres internados se vêem muito pouco: fazem refeições em horários separados, vão ao pátio externo e recebem visitas separadamente. Passe livre para entrar nas enfermarias só à equipe dirigente. Mesmo assim, com muitas dificuldades em manejar a própria sexualidade, uma vez que a do doente é pressuposta como neutralizada ou sob controle. Usam-se muito velhos chavões do tipo "nós estamos aqui para discutir as suas questões e não as minhas (da equipe)". Mas até disso o doente começa a desconfiar seriamente.

— *E* fala do grupo ser carente e de ser muito bom ter várias pessoas conversando com ele, mas que, como se faz quando se sente atraído por uma mulher, parece que tem uma "cortina de vidro", como se as pessoas entrassem na enfermaria sem pensar nisso. O grupo diz que ali não é lugar para isso, mas pode-se trocar olhares, telefones, mãos. Sou questionada a me posicionar quanto a isso. Digo que dentro da instituição isso pode ficar confuso de ser entendido, não é o melhor lugar, mas que fora daqui, se as duas pessoas continuarem se sentindo atraídas, tudo bem. A terapeuta pega o fio e diz que todo o afeto que ela traz para os pacientes é de outra natureza: diz concordar comigo, que é preciso os dois estarem atraídos, e

ela não está atraída por ninguém. *E* coloca óculos escuros para falar sobre isso. Perguntou se depois que o paciente estivesse melhor, mais integrado, se seria possível (como se o problema fosse a situação de inferioridade do paciente pela doença mental).

— A todo instante perguntavam as horas. *L* me pergunta as horas, segura a minha mão e diz que estou quentinha e que ele está frio. Senta-se e diz que vou aquecer-ló com os laços de amizade e solidariedade. Remeto para o grupo a condição de aquecer. Ele pergunta se brigo no meu casamento. Respondo rindo que a toda hora. Pergunta à terapeuta se ela é casada e ela diz que entende, que procura entrar na enfermaria com seus problemas resolvidos e que aquele horário é mais para ela ouvir, pois ele é dos pacientes. *L* diz que ela parece muito mansa, se é sempre assim. Ela diz que 'assim, às vezes assado'. *L* pergunta se ela tem dois pedaços e que no outro pedaço ninguém pode tocar, já que a vida dela não é para discutir.

— Entro na enfermaria com frio. *L* diz que pode me aquecer. Não! Agradeço, 'ainda mais com más intenções!' Ele diz que eu é que estou mal-intencionada. Fico sem saber como responder e digo rindo, sinceramente, que desta vez ele me pegou!

— *M.A.* olha-me muito, beija minha mão, diz que sou linda. 'Gosto de você, doutora'. Digo-lhe que sou *E*. 'Para mim você é a doutora'. Pergunta a minha idade. Devolvo com o chavão de sempre. Não parece convencido.

Há um policiamento enorme do desejo de todos, estes "assexiados" que mentem que não sentem, depuram gestos e emoções, mesmo explodindo discursivamente sobre o tema. Como se o terapêutico para todos e principalmente para o doente fosse "a cortina de vidro".

Essa perspectiva, a da repressão, a da falsa neutralidade, leva à fantasia de que a loucura como desrazão transforma o desejo de todos em desvio. "É por isso que o paciente pergunta, não sem colocar

óculos escuros: "E quando eu estiver melhor, mais integrado, vai ser possível?"

Outros sentimentos, dentro da sexualidade, mobilizaram muito a dinâmica de grupo. Situações de limites vitais como a pulsão de vida e a morte.

— *R* diz que não tem nada para falar e diz "eu queria que todos os pacientes ficassem curados depois que o *T* me comesse"
— O que você quer dizer com comer?

— *A* coloca que todo homem "não adianta, tem fantasia homossexual, mesmo que não seja bicha".

— "O remédio, eu estou brocha". "O Haldol, já tomei muito, e a forma como eu me sentia na hora do orgasmo parecia que ia estourar o coração. Não sinto mais, isso era com minha ex-mulher. Na verdade, talvez esteja no meio, ela fez um aborto, e era uma menina".

— E gosto de me masturbar, mas desde que eu estou aqui o meu pênis tem ficado menor.

— Suicídio: joguei álcool na cabeça. Queria morrer. Tive uma relação com uma mulher e aí trocaram a alma. Ela me fez mal e eu fiz mal a ela. Aí fiz uma cirurgia, apendicite.

Obs.: O assunto "dar" mobiliza o grupo.

Embora tenha causado grande mobilização, a tradição de "comer" foi transcrita pelo grupo como expressão de uma fantasia sexual comum a todos, e não como anormalidade, dentro da pervertização e patologização histórica do sexo a partir do século XIX. Numa imagem em espelho, no momento dessa discussão as pessoas entravam e saíam do grupo sem cessar, como se também estivessem sem definição nítida, uma maioria também fronteiriça, sem conseguir definir os pólos opostos.

— *T* coloca que existe um lado masculino e um feminino em cada pessoa, sempre prevalecendo um deles. *J.A.* diz: "A mulher de marinheiro é seu amigo mais próximo".

— Tudo é a mente, sexo não morre, o que morre é a mente.

Em paralelo, ouvimos em nove sessões com as estudantes de enfermagem reflexões e análise acerca da sua condição de aluna de enfermagem psiquiátrica. Em outras palavras, as emoções de quem se vê lado a lado com o outro, com o louco.

Não há grandes variações, uma vez que o tema é o mesmo, mudando apenas o parceiro.

Agora, fala-se do medo que a convivência com a loucura provoca, na medida em que expõe a nua essa grande zona fronteiriça entre razão *versus* desrazão, provocando muitas identificações com o lado de lá, com o discurso do louco. Aquele que aterroriza porque "é agressivo, nunca diz a verdade". Simula, com um olhar fixo, pleno de emoções, que neutralizam a profissão-tarefa da enfermagem, deixando-a completamente despida diante de si mesma. O rei fica nu.

Com o seu medo, a sua sexualidade em desatino, presa na ausência prática do seu quê-fazer como enfermeira. Reproduzindo mecanicamente outros saberes sem levantar a testa e ver que o caminho se estreitou.

Confrontando, enquanto consciência dos sãos, aquela imagem de corredor de espelhos com que iniciamos este capítulo. E repetindo imagens cumulativamente deformadas, onde ambos dizem coisas comparáveis, embora as apliquem de forma fundamentalmente contrárias.

Notas

1. PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1987, p. 8.
2. PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Op. cit., p. 11.

3. Termo comumente usado no espaço asilar, que significa a aplicação intramuscular de dois sedativos fortes.
 4. GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Op. cit.
 5. Evans Pritchard, no livro *Os Nuer*, faz uma análise diferenciada entre distância ecológica e distância estrutural. A distância ecológica seria definida por uma relação entre comunidades, em termos de densidade e distribuição — água, vegetação, vida animal, insetos. Já a distância estrutural é a distância entre grupos de pessoas dentro de um sistema social, expressa em termos de valores. Cf. PRITCHARD, Evans. *Os Nuer*. São Paulo, Perspectiva, 1978, 276, p.
 6. PRITCHARD, Evans. *Os Nuer*. Op. cit., p. 123.
 7. CERQUEIRA, Luís. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Op. cit.
 8. GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Op. cit.

A memória e a prática

Lendo o que não foi dito explicitamente no discurso histórico, podemos dizer que a enfermagem psiquiátrica brasileira nasceu de um mau passo de forças muito superiores a ela.

Não foi criada para atender a um investimento na melhoria da assistência ao doente mental. Na verdade, foi um subproduto do jogo de “cabo-de-guerra” entre o Poder Clerical, hegemônico na questão assistencial, durante toda a época da Colônia, representado principalmente pelas Casas de Misericórdia (visão assistencial/poder religioso, caritativo, não-científico) e pelo novo Estado republicano incipiente (novo, no sentido de iniciante), que se apoiava num grupo de médicos psiquiatras, uma elite acadêmica, que se impacientava em assumir o controle da exclusão social dos loucos e a gestão de suas vidas, necessitando transformar esta estratégia de poder em um discurso científico, positivo, organicista, nos moldes da racionalidade científica moderna europeia.

Para administrar esta estrutura do hospício científico, já plenamente instituída como instituição total, cujos indivíduos devem ser excluídos socialmente, pois acredita-se que farão um mal, não proposital, é verdade, à sociedade,¹ impõe-se a necessidade de um profissional que organize, cadastre, faça fichamento, reproduza mecanicamente o que já se tem como saber médico psiquiátrico incipiente e insipiente, vigie, controle e registre tudo, o tempo todo. Para esta prática, em acordo com o que se considerava para aquela clientela, não era necessário muito pregar.

O doente mental da República radicaliza uma oposição: arbitriadade da reclusão do louco *versus* científicidade de uma gestão. É o estreitamento dos laços da ordem médica com a ordem policial. Não se trata apenas de legalizar a repressão, mas de medicalizar a legislação.²

A lei de 1903, conduzida à aprovação nacional pelo então deputado Teixeira Brandão, traz no seu bojo o vigor de estimar uma grande valorização social e política para o psiquiatra como a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido.³

“A questão do funcionamento interno do hospício se origina da questão política que lhe empresta significado, e é dentro desta que deve ser compreendida e resolvida”.⁴

A ausência da “enfermeira” no hospício psiquiátrico e a sua docilidade política prejudicam grandemente a formação do saber-poder médico psiquiátrico, que precisava ser alimentado com rapidez. Administradora da desordem, eficiente na execução de tarefas, a “enfermeira” é peça-chave para viabilizar a construção desse saber.

O cargo de interno do hospício deveria ser preenchido por um aluno da Faculdade de Medicina dos últimos anos (proposta de vinculação acadêmica desde o início), mas a de “enfermeiros de alienados” deve casar a severidade com a doçura (...) e uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente.⁵

O que se insinua nessas repetições tão freqüentes é na realidade um parentesco de idéias: para Samuel Tuke, para Phillippe Pinel, para

a Reforma de Miss Nightingale, para a Fundação Rockefeller e sua Comissão de Especialistas na estruturação do primeiro curso de enfermeiras e na criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, para a expulsão das irmãs das Casas de Misericórdia e sua substituição por “enfermeiras leigas” francesas, com a constituição de uma Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras para atender diretamente à demanda do Hospício Nacional, escola essa que não contemplava as exigências da enfermagem moderna, a essa época já disseminada até para a América do Norte (Estados Unidos e Canadá). O *esquecimento* do louco como clientela que necessita de assistência qualificada (e, aliás, “especialmente” qualificada) é da mesma modalidade de mágica que transforma réus em culpados: não é que ele não necessite de assistência qualificada por sua loucura, mas sim a sua deformação, a interioridade de uma qualidade: pelo fato de ser louco não é necessária uma assistência qualificada.

Ao longo de sua trajetória, a loucura e o louco provocaram piedade, indiferença, riso, medo (Idade Média); exaltação, ironia, crítica (século XVI); exclusão, menorização, reeducação, discurso moral, patologização, produção de saber médico (séculos XVII e XX). O saber médico pode significar uma assistência qualificada na medida da depuração do seu discurso e da evolução da psicofarmacologia como subsidiária de sua prática. Mas não foi e não é, na grande maioria dos casos, uma assistência qualificada que tenha dado garantias, tornado transparente e dado dignidade à voz do louco. E tampouco a enfermagem foi capaz de dar ao louco uma assistência qualificada. A permanência dessas representações, que da noite dos tempos nos espreitam, é um traço invisível e poderoso na construção e solidificação de um cotidiano asilar que se diz querer mudar.

Não estamos sugerindo um “processo de revolução” dos atores sociais do asilo à guilhotina. Seria completamente ineficaz. Mais importante do que reconhecer a repetição de alguns fatos é tentar recuperar o fio reproduutor de sua lógica.

Não há como finalizar esta pesquisa, pois a segmentação freqüente do objeto, a sua reconstrução diária, inviabiliza esta proposta.

É o “obilático”, como diz o próprio paciente. As representações coletivas sobre a loucura, assim como a apreensão do real possível, da vida, não cabem no papel.

Não podem ser amarradas e fechadas em conclusões de delimitações obscuras.

Ficamos com algumas representações herdadas do tempo. Essa Nau dos Loucos, que permaneceu no lamento do paciente que não pode se despedir e que sabe que cada despedida pode ser a última. E que a partir da porta de entrada, a sua voz será silenciada, embora se fale muito sobre ele. Que também se sente como um caranguejo, que anda para frente e para trás, melhora e piora sem sair do mesmo lugar.

Com a exposição de um discurso científico, mas que centraliza na fala de um técnico de saúde mental, que não comparece diariamente ao hospital, o poder decisório de deixar ou não o doente sair ao pátio. Continuamos com as chaves guardadas nas mãos “da voz do dono” e não na “do dono da voz”. São os traços das instituições totais que, com seus muros visíveis e invisíveis, transformam e iludem as noções de espaço e tempo.

É a equipe de enfermagem, entronizada num poder autoritário, que não consegue mudar a sua prática assistencial e nem sequer denunciar as arbitrariedades das quais é testemunha e cúmplice: crimes da paz no hospício.

Ainda paira sobre nós na assistência ao doente mental a instrução semelhante à do leproso, que será salvo pela mão que não lhe é estendida. Qual é realmente a mão que estendemos?

Finalizaremos com uma anotação feita no diário de campo pela terapeuta do grupo operativo, tentando compreender uma situação de grande desânimo em uma das sessões:

Prisão, reflexo de todo o sistema apodrecido de saúde mental, de abandono, panela de gordura quente, que ninguém ousa destampar, porque sabe que vai espirrar gordura para todo lado. Uma prisão, com suas partes insanas sendo mais valorizadas pelas pesquisas e pelas práticas de ensino.

Notas

1. GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Op. cit.
2. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 489.
3. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit.
4. MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma*. Op. cit., p. 472.
5. SIMONE, Luís V. de. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. In: *Revista Médica Fluminense*, 1839:255, citado por MACHADO, Roberto et alii, *Danação da norma*, op. cit., p. 437.

Bibliografia

- AGUINAGA, Hélio. *Hospital São Francisco de Assis — História*. Rio de Janeiro, s. d., 1977, 130 p.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de & ROCHA, Juan, S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Enfermagem. *Annaes de enfermagem*. Rio de Janeiro, Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, abril de 1934.

_____. *Annaes de enfermagem*. Rio de Janeiro, Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, outubro de 1934.

BAPTISTA, Suely de Souza. *O avesso da convivência — O estudante de enfermagem no ciclo básico*. Rio de Janeiro, 1988, 193 p. [Tese de livre-docência apresentada à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro].

- BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1978, 453 p.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1989, 314 p.
- BRESCIANI, Maria Stella. *Londres e Paris no século XIX — O espetáculo da pobreza*. 5. ed. São Paulo, Brasiliense, 1989, 127 p.
- BRUYNE, Paul; HERMAN, Jacques & SCHOUTEETE, Marc de. *Dinâmica de Pesquisa de Ciências Sociais*, 3. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, s. d., 252 p.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982, 270 p.
- CARVALHO, Amália Corrêa de. *Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico*. [Tese de Doutoramento apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo]. São Paulo, 1972, 270 p.
- CARVALHO, Anayde Corrêa de. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976*. Brasília, ABEn, 1976.
- CERQUEIRA, Luís. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1989, 306 p.
- CHARTIER, Roger. *A história cultural — entre práticas e representações*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1990. 244 p.
- CHAUI, Marilena. *Repressão sexual essa nossa (des) conhecida*. 11. ed. São Paulo, Brasiliense, 1984, 234 p.
- CHAVES, Ernani. *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1988, 249 p.
- CIVITA, Victor. *Gênios da pintura*. São Paulo, Abril Cultural e Industrial, 1973, pp. 162-167. (fasc. 19).
- CONSELHO Federal de Enfermagem. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil, 1982-1983*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1985.

- COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. Rio de Janeiro, Xenon, 1989, 187 p. (a).
- _____. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro, Campus, 1989, 175 p. (b).
- COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1985. 121 p.
- CUNHA, Antonio Geraldo. *Dicionário etmológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, Coleção Tudo é História, 1989, v. 114. 67 p.
- DECCA, Maria Auxiliadora de. *Cotidiano de trabalhadores na República: São Paulo 1889/1940*. Brasiliense, Coleção Tudo é História, 1989, v. 130. 74 p.
- DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300-1800*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989. 471 p.
- DICKENS, Charles. *Life and adventures of Martin Chuzzlewit*. Londres, Chapman and Hall, 1890.
- _____. *Oliver Twist*. São Paulo, Companhia Melhoramentos de São Paulo, Círculo do Livro, 1973.
- DONAHUE, Patrícia M. *Nursing: the finest art: an illustrated history*. Saint Louis/Missouri/USA, C.V. Mosby Company, 1985.
- DONZELLOT, Jacques. *A polícia das famílias*. 2. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- DUMET, Josicélia. *O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil*. [Dissertação de Mestrado apresentada à Câmara de Pós-graduação e Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia]. Bahia, 1982. 111 p.
- ECO, Humberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo, Perspectiva, 1989. 172 p.

ESCOLA de Enfermagem Anna Nery. *Regimento interno de serviços de enfermeiras*. Rio de Janeiro, Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1926. 13 p.

_____. *Prospecto do Regimento da Escola de Enfermagem Anna Nery anexa ao Hospital Escola São Francisco de Assis*. Rio de Janeiro, Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1931-1932. 35 p.

_____. *Estatuto da Escola de Enfermagem Anna Nery Anexo aos hospitais São Francisco de Assis e São Sebastião*. Rio de Janeiro, Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1934-1935. 31 p.

_____. *Memorando número dez de 31 de julho de 1937 da diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery ao Exmo. Sr. Reitor*. Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1937.

_____. *Memorando número 559 da aluna Heloísa M. C. de Velloso à Sra. diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery em 21 de maio de 1958*. Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1958.

ESCOLA de Enfermagem Anna Nery. *Cópia do processo S. N. dos atendentes da assistência a psychopatas*. Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, s. d.

_____. *Relatório da ambiência do Programa Curricular Interdepartamental — primeiro semestre de 1990*. Rio de Janeiro — Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990. 18 p., mimeo.

_____. *Annaes de enfermagem*. Histórico do Serviço de enfermeiras do DNSP. Rio de Janeiro, Acervo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, abr. 1934, 12-17 p.

FONTENELLE, J. P. *A saúde pública no Rio de Janeiro, 1935 e 1936*, Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1937.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1972. 551 p.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975. 99 p.

_____. *Vigiar e punir — nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 1977. 277 p.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 296 p.

_____. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980. 241 p. (a).

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1980. 152 p. (b).

_____. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. 5. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984. 232 p.

_____. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985. 246 p.

GERMANO, Raimunda Medeiros. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. 2. ed. São Paulo, Cortez, 1985. 118 p.

GOFF, Jacques Le et alii. *A nova história*. Lisboa, Setenta, 1986. 91 p.

GOFF, Jacques Le & NORA, Pierre. *História: novas abordagens*. 2. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves. 1986, 200 p.

_____. *História: novos objetos*. 3. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989, 240 p.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974. 315 p.

GUIMARÃES, Alba Zaluar. *Desvendando máscaras sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980. 263 p.

HAGUETTE, Maria Teresa Frota. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1990. 163 p.

- HERZLICH, Claudine & PIERRET, Janine. *Malades d'hier malades d'aujourd' hui*. Paris, Payot, 1984. 295 p.
- HOLANDA, Aurélio Buarque. *Novo dicionário Aurélio da Língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986. 1.838 p.
- JAMIESON, Marion & SEWALL, Mary. *Trends in nursing history*. 2. ed. Filadélfia/USA. Saunders Company, 1944. 651 p.
- KRIZINOFSKI, M. *Sexualidade humana y práctica de la enfermería in clínicas de enfermeira de Norte América*. México, Interamericana, 1973.
- LABRA, Maria Eliane. *O movimento sanitário nos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro, 1985. 410 p. [Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração da Fundação Getúlio Vargas].
- LAPLANTINE, François. *Aprender antropologia*. São Paulo, Brasiliense, 1988. 205 p.
- LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*. São Paulo, Brasiliense, 1987. 243 p.
- LIMA, Vivaldo Sobrinho. *A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950)*. [Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro, 1981. 75 p.
- LOYOLA, Cristina Maria Douat. *Os dóceis corpos do hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro, UFRJ, 1988. 138 p.
- LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, EPU, 1986. 99 p.
- LUZ, Madel Therezinha. *Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988. 152 p.
- MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro, Graal, 1981. 218 p.
- MACHADO, Roberto et alii. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 559 p.
- MATTA, Roberto da. *Verbete "estruturalismo" in Dicionário de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1987, pp. 429-432.
- MIRANDA, Cristina Maria Loyola & SOBRAL, Vera Regina Salles. "Os álibis da enfermagem". In: *Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 420 Natal/RN, 1990. 17 p., mimeo.
- MOREIRA, Almerinda. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto — 100 anos*. [Dissertação de Mestrado apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro, 1990. 212 p. v. 1.
- NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing: what is and what is not*. Nova York, Dover Publications, 1969. 140 p.
- NOUVEAU PETIT Larousse en couleurs. Paris, Larousse, 1968. 1.662 p.
- NUNES, Edson Oliveira (org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978. 331 p.
- PADILHA, Maria Itayra. *A qualidade da assistência de enfermagem e os custos hospitalares*. [Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ]. Rio de Janeiro, 1987. 180 p.
- PAIXÃO, Waleska. *História da enfermagem*. 4. ed. Rio de Janeiro, Bruno Buccini, 1969. 135 p.
- PEREIRA, João Frayze. *O que é loucura*. São Paulo, Abril Cultural, Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1985. 107 p.
- PERLONGHER, Nestor. *O negócio do michê*. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, 1987. 175 p.
- PIERIN, Ângela; PADILHA, K. G.; GELAIN, Ivo. "Perspectivas da pesquisa qualitativa para a enfermagem". In: *Acta Paulista de Enfermagem*. 2(3):86-89, set. 1989.

- PONTALIS, B. & LAPLANCHE, J. *Vocabulário de psicanálise*. 4. ed. Lisboa, Morais, s. d., pp. 619-624, 707 p.
- PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1987. 328 p.
- PRITCHARD, Evans Edward. *Os Nuer*. São Paulo, Perspectiva, 1978. 276 p.
- REVEL, Jacques. *A invenção da sociedade*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1990. 270 p.
- RIBEIRO, Ana Clara Torres Machado et alii. *Rio de Janeiro: painel de um espaço em crise*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1987. 109 p.
- RIBEIRO, Renato Janine (org.). *Recordar Foucault*. São Paulo, Brasiliense, 1985. 249 p.
- ROBERT, Paul. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris, Société du Nouveau Littré, 1960, v. 3.
- ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980. 401 p.
- ROTERDAM, Erasmo. *Elogio da loucura*. Coleção Livros de Bolso Europa-América, s. d., 145 p.
- SEYMER, Lucy Ridgely. *Florence Nightingale — pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina*. São Paulo, Melhoramentos, Coleção Vidas Famosas, s. d., v. 6. 148 p.
- SILVA, Graciete Borges. *Enfermagem profissional: uma análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986. 143 p.
- SOBRAL, Vera Regina Salles; SALVADOR, Mauro Leonardo; FRANÇA, Neuza. "A negação da sexualidade na prática assistencial de enfermagem". In: *Semana de Debates Científicos do Centro de Ciências da Saúde da UFRJ*, Rio de Janeiro, out. 1988. 12 p., mimeo.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal, 1984. 108 p.

- STRATCHLEY, L. *Emminent Victorians*. Middlesex, England Penguin Book, 1984, pp. 111-161.
- THE SHORTER Oxford English Dictionary. Clarendon Press, 1944, v. II.
- TOTA, Antonio Pedro. *O Estado Novo*. 2. ed. São Paulo, Brasiliense, Coleção Tudo é História, 1987. 67 p.
- TRIVINOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, Atlas, 1987. 176 p.
- TUNDIS, Silvério & COSTA, Nilson Rosário (org.). *Cidadania e loucura — políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1987. 288 p.
- UNTERMEYER, Louis. "Florence Nightingale". In: *Os forjadores do mundo moderno*. São Paulo, Fulgor, 1964, pp. 237-244.
- VELHO, Gilberto. *Desvio e divergência: uma crítica da patologia social*. 5. ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1985. 144 p.

Anexos

1. A IDENTIDADE DA ENFERMEIRA E O MITO FLORENCE NIGHTINGALE

Florence Nightingale nasceu em Florença, na Itália, em 1820. É importante contextualizar a vida dessa mulher que foi a *fundadora do Corpo de Enfermeiras Laicas*¹ e que provocou uma revolução no conceito de *nurse* da época, vindo a formar o que hoje denominamos de *enfermagem moderna*, com uma identidade profissional singular em termos de corporalidade, rituais e simbologia, relações de poder e sexualidade.

Florence viveu aproximadamente 90 anos, e sua vida acompanhou as grandes mudanças ocorridas no final do século XIX e início do século XX no campo da ciência, da tecnologia, da política, das relações sociais, enfim, da totalidade da cultura.

Por ocasião do seu nascimento em 1820, a Inglaterra era um país principalmente agrícola, com poucas cidades grandes e sem es-

tradas de ferro. Quando ela morreu, em 1910, a Inglaterra estava coberta de cidades e ferrovias. O uso de carros, da luz elétrica e do telefone se generalizara já havendo indicações da futura possibilidade da aviação.

Quanto aos hábitos, valores e comportamento da sociedade inglesa à época de Florence, é necessário recuar um pouco mais no tempo para se avaliar a grande influência que os puritanos ingleses exerceram na formação de um rígido padrão moral e espiritual, que se baseava na constância de caráter e na introspecção.

Esses indicadores do padrão moral e espiritual que vão instruir o comportamento da sociedade inglesa do século XIX passam então a estruturar indivíduos com *firmeza de sentimentos*, com um controlado e *reduzido auto-envolvimento*, além de discretíssima expressão de sentimentos e emoções.² É este o perfil do *temperamento* inglês dos contemporâneos de Florence.

A vida de Florence é também um momento posterior ao aparecimento do hospital como instrumento terapêutico, local de produção e saber médico de onde haviam sido praticamente expulsas (quando nada metafóricamente em relação ao poder) todas as ordens seculares e religiosas. É a articulação ao nível institucional: o hospital — até então órgão de assistência ao pobre e de preparação para a morte — torna-se local privilegiado de exercício da medicina tanto do ponto de vista da cura quanto do ensino de produção e reprodução do saber médico.³

Todas essas transformações, algumas já esboçadas bem antes do século XIX como a própria racionalidade moderna, vão compor uma moldura aparente, mas na sua essência um mosaico de faces comunicantes, onde podemos recortar a chamada *enfermagem moderna* e em seu respaldo à “Revolução Nightingale”.

Florence e sua única irmã (mais velha) nasceram no estrangeiro durante uma longa viagem da família ao continente europeu. Por ter nascido em Florença, na Itália (1820), recebeu o nome de Florence. A família Nightingale pertencia à alta classe da sociedade inglesa da

época, de forma que possuía inúmeras propriedades no campo e na cidade para atender às estações de frio e de calor. Florence viveu grande parte de sua infância em ambientes rurais, daí, sem dúvida, alguma explicação para o seu amor pela natureza. As duas crianças da família Nightingale, como todas as pessoas mais favorecidas da época, estudavam em casa com preceptores, mas num certo sentido foram mais favorecidas: seus pais consideravam a educação um fim em si e não apenas uma *aquisição de dotes*. Tanto a família materna como a paterna legou-lhes um profundo senso de *responsabilidade social*,^{4, 5} na medida em que vários antecessores da família ocuparam assento no Parlamento envolvendo-se com lutas sociais, inclusive pela abolição da escravatura.

Florence aprendeu a ler e a escrever fluentemente em inglês, francês e alemão. Teve aulas de História Universal e de História Política da Inglaterra, o que era incomum às moças daquele tempo. O próprio Sr. Nightingale ensinou-lhes latim e grego e aprenderam também matemática, além de canto, piano e bordado, sem o que não teriam sido consideradas como devidamente *educadas* segundo os hábitos da época.

A família Nightingale era extremamente bem relacionada na sociedade inglesa da época, possuindo, através de laços de parentesco, um amplo círculo de relações influentes.

O natural e esperado para Florence por sua família era o que acontecia à maior parte das moças da época após algumas festas e jantares: o casamento.

Mas Florence não estava interessada em *maridos*.⁶ Sob a perplexidade e o alarme de toda a família, em 1845, já com 24 anos, apresentou aos pais a ousada sugestão de freqüentar o Salisbury Hospital como uma *nurse* por alguns meses, a fim de realizar um estágio e o desejo de algum dia fundar algo semelhante a uma *Protestant sisterhood, without vows, for women of educated feelings*.⁷ O pedido foi rejeitado com veemência pela família, e a consternação causada se baseava em dois fatos: primeiro, era inimaginável áquela época que uma mulher decidisse seus próprios caminhos e vivesse de forma in-

dependente. Finalmente, a atividade específica que Florence escolheu, orientada por sua vocação e habilidades, era particularmente indesejável.

Nurse significava, então, uma mulher vulgar e velha, sempre ignorante e freqüentemente suja, vestindo roupas sórdidas e se embriagando com uma garrafa de gim, propiciando e se envolvendo com as piores irregularidades. As *nurses* no hospital eram especialmente notórias por uma conduta imoral sem nenhuma sobriedade, a quem se ordenava, com pouquíssima confiança, a execução das mais simples ordens médicas. Nos argumentos familiares e na realidade também os hospitalais eram lugares pavorosos: Florence ouviria e veria coisas a cujo respeito nenhuma *moça direita* deveria sequer pensar e muito menos saber⁸.

Aqueles aspectos repugnantes aos demais leitores Florence talvez os considerasse um desafio direto e pessoal, no sentido de melhorar de tal forma o trabalho de *enfermagem* que as *Gamps* fossem substituídas por respeitáveis e bem treinadas mulheres.

Florence compreendia perfeitamente que a simples assistência aos parentes ou aos enfermos da comunidade não bastava para convertê-la numa boa *enfermeira*, e de um modo ou de outro era necessário realizar certo aprendizado. Compreendeu ainda cedo um princípio que as mulheres de seu tempo ignoravam inteiramente, qual seja, *se quisermos fazer algo corretamente, devemos aprender a fazê-lo*.⁹

Com uma persistência inabalável, permaneceu mais oito anos, após o pedido negado de estagiar no Salisbury Hospital, colhendo todo tipo de informação possível que pudesse habilitá-la para seu objetivo final. Lia reportagens de comissões médicas, panfletos de autoridades sanitárias e histórias de hospitais e de casas de assistência. Não havia um só grande hospital, em toda a Europa, sobre o qual ela não tivesse conhecimento ou mesmo visitado.

Em uma de suas viagens ao continente europeu, Florence estabeleceu amizade vitalícia com Sidney Herbert e sua esposa. O Honourable Sidney Herbert era o segundo filho do décimo primeiro

Conde de Pembroke. Eleito em 1832 Membro do Parlamento, tornara-se em 1845 Ministro na Guerra, com um assento no Gabinete, e a este posto regressaria mais tarde no Ministério de Lord Aberdeen, o que viria a ser de fundamental importância política na vida de Florence. Nessa época conheceu também o futuro Cardeal Manning, que nos anos subseqüentes a ajudaria de muitas formas.

Florence era mais do que uma mulher de bons modos e de boa família e exigia para si mais do que se permitiria às mulheres da era Vitoriana. Progressivamente aumentava o seu desentendimento com a mãe e a irmã, e a família toda esperava que um bom casamento normalizasse a situação. Mas, com exceção de um homem, o poeta Richar Mouckton Miles, mais tarde Lord Houghton, nenhum outro homem chegou a chamar a sua atenção. Mesmo Lord Houghton foi recusado, na medida em que Florence tomara a decisão de não se casar por julgar que necessitava de liberdade para atingir o seu ideal.¹⁰

Após inúmeras dificuldades familiares e sociais quanto ao entendimento de sua vontade, Florence conseguiu passar duas semanas numa instituição à beira do Reno, na Alemanha (Kaiserswerth), observando todas as fases do trabalho ali realizado. Esta instituição era presidida pelo Pastor Fliedner, que, com custos subvencionados inclusive pela Rainha Vitória, treinava *enfermeiras* para atendimento aos doentes no hospital. No ano seguinte, Florence conseguiu retornar à Kaiserswerth por quatro meses, estagiando como *enfermeira* e submetendo-se ao regime espartano da instituição religiosa, prestando assistência aos enfermos como todas as demais diaconisas.

Após esse período na Alemanha, foi convidada a dirigir um pequeno hospital particular chamado *Estabelecimento para Damas de Companhia durante a Enfermidade*, no qual pôde trabalhar como voluntária, em virtude de uma pensão generosa enviada por seu pai (na época, 500 libras anuais). Embora considerasse a importância assistencial desse trabalho, pois pretendia cuidar dos que não seriam admitidos em hospitais gerais e ficariam, portanto, sem nenhuma assistência, a impossibilidade de treinar outras *enfermeiras* se chocava com

a sua vontade maior, que sempre fora a de ensinar outras mulheres a se tornaram *boas enfermeiras*.

É então que aparece o grande momento da vida de Florence, *a hora e a vez*, em que o momento de crise política e social do Estado na Inglaterra e a figura competente, carismática e influente de Miss Nightingale vão se unir e construir uma parte da história da enfermagem.

Em março de 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declararam guerra à Rússia, o que vai ser denominado de Guerra da Criméia. A participação inglesa nesse conflito provocou intensa comoção social, não apenas pela paz reinante no país nos últimos anos, mas sobretudo pelos horrores aos quais as tropas inglesas feridas ficaram submetidas, o que foi trazido a público pela imprensa e notadamente pelo jornal londrino *The Times*.

Embora inicialmente não tenha afetado a vida cotidiana dos ingleses, por ser um conflito distante, havia a suposição pela sociedade civil de que o Estado havia providenciado todo tipo de suporte para os exércitos. Quando seis meses após o início da guerra chegaram à Inglaterra as primeiras notícias sobre a má administração dos hospitais militares e a negligência para com os enfermos e feridos, o fato ocasionou grande revolta na sociedade inglesa. O jornal *The Times* publicava: “Os hospitais militares não possuem os utensílios mais comuns de uma enfermaria de asilo, e os homens têm de morrer porque os quadros médicos do exército britânico se esqueceram de que são necessários trapos velhos para fazer curativos”.¹¹

Era Ministro da Guerra Sir Herbert Sidney, e através de correspondências simultâneas Florence se ofereceu e Sir Herbert, através de carta particular, enviou-lhe o pedido explícito de que ela se deslocasse para o Oriente, levando consigo um grupo de *enfermeiras* para trabalhar nos hospitais militares, sendo que, naquela época, os hospitais das forças armadas inglesas não empregavam *enfermeiras* regulares.

A família Nightingale, por entender que era um serviço ao governo inglês, atendeu prontamente. Para Florence, a tarefa mais difícil

era selecionar um grupo de *enfermeiras*, uma vez que esta função não era regular nos hospitais de então e era notória a desqualificação das melhores empregadas como *enfermeiras* nos hospitais ingleses. Recorreu então a algumas instituições, cujo trabalho e disciplina lhe haviam impressionado, as quais lhe enviaram algumas *enfermeiras*. Muitas instituições religiosas se recusaram a enviar enfermeiras por não aceitarem a autoridade direta de Florence sobre as mesmas, que se superporia à autoridade religiosa institucional.

O grupo de 38 *enfermeiras*, mais a governanta particular de Florence, partiu de Londres a 21 de outubro de 1854 com destino a Scuttari, na Turquia, após receber as ordens do Departamento Médico Militar.

Por anos Miss Nightingale vinha se preparando e finalmente estava capacitada — experiente, livre, amadurecida e ainda jovem — ela tinha então 34 anos, desejosa de servir e acostumada a mandar. No momento preciso chegou a necessidade desesperada de uma grande nação. Se tivesse acontecido antes, ela não teria adquirido a sua prática e, se depois, estaria com muita idade para um tal desafio e sem dúvida envolvida com alguma outra atividade. Essas não foram as únicas coincidências notáveis; Sir Herbert, amigo próximo de Florence e conhecedor de suas atividades nos hospitais e de sua capacidade e perseverança, era o Ministro da Guerra da Turquia. Tornara-se, pois, uma servidora oficial de seu país, uma posição que anteriormente nenhuma mulher atingira.

O trajeto até Scuttari foi tumultuado; a bordo de um navio de guerra, com alojamentos frios e apertados, com alimentação miserável, por quinze dias navegaram até Constantinopla. É válido relembrar que o pequeno estreito de Bósforo divide Constantinopla em duas partes. O setor europeu chama-se Pera e o asiático Scuttari. Os hospitais franceses situavam-se em Pera, mas os enfermos e feridos ingleses ficavam em Scuttari. Num plano alto acima do Bósforo encontrava-se o Barrack Hospital, que, na realidade, fora construído para ser uma caserna cedida pelo governo turco aos ingleses. Além de dois outros

estabelecimentos havia o Hospital Geral — o antigo hospital militar turco — situado a 500 metros do Barrack. Florence respondia pelo trabalho de enfermagem nesses quatro locais que ainda se encontravam a grande distância do efetivo *front* de guerra.

As dificuldades que as *enfermeiras* enfrentaram em converter os seus alojamentos em acomodações toleráveis eram minúcias em comparação aos obstáculos que as aguardavam nas enfermarias.

O que ocorreu na verdade foi um total colapso na organização médica do cenário de guerra. As origens deste fracasso eram complexas e intrincadas: longos anos de paz na Inglaterra, sem necessidade de amplo cuidado assistencial, incapacidade administrativa, desde faltas inerentes a confusos sistemas envolvendo oficiais maiores, à total ignorância do Gabinete dos Ministros: na realidade, toda a organização da máquina da guerra era incompetente e ultrapassada.

O médico oficial do Exército Britânico estava na Índia, e somente após a batalha de Alma, depois de alguns meses de guerra, é que se adaptou um hospital em Scuttari para atender os soldados ingleses feridos, com capacidade para mais ou menos cem homens. Erros e distorções individuais aconteceram, sem dúvida, nos hospitais militares ingleses, mas, na realidade, eram insignificantes sintomas da profunda doença do sistema político — a enorme calamidade de um colapso administrativo.¹²

Embora Sir Herbert como Ministro da Guerra houvesse instruído o Provedor Geral a prestar toda assistência a Florence, e ela tivesse recebido do Diretor Geral do Departamento Médico do Exército uma apresentação oficial ao Oficial Médico Chefe dos Hospitais de Scuttari (dr. Edward Menzies) o clima de recepção parece ter sido bastante hostil. “Nem o dr. Menzies, nem os cirurgiões militares, nem qualquer dos oficiais ficara satisfeito com a vinda das *enfermeiras*”.¹³

O simples fato da vinda desse grupo ter sido considerado indispensável significava que o Ministro da Guerra não estava contente com a direção dos hospitais e tornava clara uma iminente investigação por parte do Ministério da Guerra e do governo inglês.

Ao levantar a situação dos hospitais, Florence constatou que não havia exagero nos fatos noticiados pela imprensa. As enfermarias eram lugares imundos e infestados de parasitas. Faltavam armações de camas, cobertores, lençóis, cadeiras, garfos, pratos e muitos dos equipamentos médicos. Os soldados jaziam em suas fardas sujas e com sangue, às vezes nus, e com as feridas expostas e sem tratamento há dias. Alguns decretíos reformados de Chelsea eram os seus únicos assistentes, salvo alguns *enfermeiros* militares totalmente incompetentes. Como diria um relatório posterior “um homem é escolhido para enfermeiro quando não se adapta às fileiras e quando se trata de um indivíduo torpe ou desajeitado”.¹⁴

A escassez total de materiais encontrados contradizia totalmente as informações oficiais que recebera antes de partir. Na Inglaterra, Sir Herbert assegurara-lhe que os hospitais estariam bem abastecidos. À mesma época, o dr. Menzies relatara oficialmente: “Devo informar-lhe que, no tocante à limpeza e ao conforto, os nossos hospitais daqui são de primeira categoria”. Entretanto, Florence tinha que ordenar às suas *enfermeiras* a confecção de enxergões e a limpeza das enfermarias, tendo mesmo que fazer “incursões diárias ao armazém do Provedor como única forma de obter pratos, bandejas de madeiras, chinelo, escovas de sapatos, graxa, facas, garfos e colheres, tesouras, bacias e toalhas”.

Florence conseguiu suprir muitas coisas fora do estrito âmbito da enfermagem e a suas expensas. Muitos doadores ingleses se sensibilizaram, e ao final de seu trabalho sua reserva particular alcançava 7.000 libras.

“Durante o dia as suas enfermeiras achavam-se em quase todas as partes do hospital: mas, à noite, a própria Florence, munida de uma lanterna, inspecionava sozinha milhares de leitos. Este quadro da solitária figura, na sua ronda pelo silencioso hospital, apoderou-se da imaginação popular e originou o seu famoso título: ‘A Dama da Lâmpada’”.¹⁵

Na realidade, a grande questão para o Estado e o mais importante para Florence foi ter baixado o índice de mortalidade nos hospitais sob seus cuidados de 42% para 2,2%. Este fato certamente foi de uma relevância política ainda não suficientemente considerada pelos seus biógrafos.

É importante ressaltar a composição dos exércitos a essa época, onde, após a descoberta do fuzil, se fazia necessário o treinamento desses homens para manejar uma arma, o que viria a constituir um capítulo importante no orçamento dos estados à época. Mais do que nunca, do ponto de vista humanitário e também do econômico, era necessário que um soldado morresse no *front* da guerra, defendendo o seu país e não de infecção nos hospitais militares.¹⁶

Não foi por seu aspecto frágil, gentileza e boa educação que Florence trouxe ordem ao caos de Scuttari. Todos os que conviveram com ela poderiam contar uma outra história: uma mulher com pleno domínio de si e rigorosamente metódica, uma disciplina de pedra para si e para os outros, rígida atenção para o detalhe, um trabalho incessante, uma determinação inabalável e um desejo indomável.

Em dezembro de 1854 chegaram mais cinqüenta *enfermeiras* sob a chefia de Mary Stanley, mas a decepção de Florence ao saber que as novas *enfermeiras* receberam ordens de se apresentar não a ela mas ao inspetor Geral foi total. Com uma visão adiante de seu tempo percebeu que a divisão de autoridade a colocava numa posição insustentável e comprometia todo o futuro da enfermagem militar.

Seja devido às enormes dificuldades de seu trabalho na Criméia e ao grande esforço mental requerido pelo mesmo, seja como resultado das grandes fadigas físicas, Florence adoeceu perigosamente em meados de maio, contraindo a chamada “Febre da Criméia”, que talvez fosse febre tifóide.

A notícia da doença de Florence se propagou pela Inglaterra, e seus amigos julgaram que seria o momento de lhe prestar um tributo por seu serviço à pátria bem como um meio de ampliar a sua obra. Assim se constitui um influente comitê com Sidney Herbert como

Secretário Honorário, e a 29 de novembro, em sessão pública, realizou-se a inauguração do Fundo Nightingale. A presidência da mesa coube ao Duque de Cambridge, primo-irmão da Rainha Vitória. Na mesma oportunidade, como prova de seu apreço, a Rainha Vitória enviou a Florence uma lembrança pessoal.

No prosseguimento de seu objetivo, Florence não se esqueceu das necessidades dos médicos, percebidas durante a experiência da guerra. Verificando que os oficiais médicos careciam de um local para realizar pesquisas ou trabalhos científicos, providenciou, sem demora e por sua própria conta, uma casa em Scuttari e conseguiu equipá-la com o indispensável instrumental. Este pequeno e humilde início constituiu o núcleo da futura Escola de Medicina do Exército.

Partiu para a Turquia como uma criatura talentosa e habilidosa, mas de capacidade ainda não comprovada. Agora, regressava uma madura e resoluta reformadora, determinada a capitalizar para o progresso de sua causa o prestígio que lhe proporcionava a sua singular posição de “Heroína da Criméia”.

No esforço de atingir a sua causa e aproveitando-se de seus laços de amizade com o dr. Sir James Clark, médico da Rainha Vitória, expôs à rainha e ao príncipe as falhas nos sistemas hospitalares ingleses e as reformas necessárias. Impressionada com a clareza de raciocínio e a firmeza de Florence, a Rainha Vitória indicou-a para participar do Ministério da Guerra do Governo Inglês, o que ela veio a fazer de forma não pública, pelo fato de não se permitir a uma mulher tal papel, dentro dos costumes da época.

A pensão exigida de seu pai, em memorável reunião de família, proporcionara-lhe autonomia financeira e possibilitou-lhe manter uma confortável residência dirigida por um pessoal competente. Resolvera viver sozinha, pois compreendia que só assim se livraria dos inevitáveis impedimentos na existência normal de uma família e poderia devotar-se inteiramente ao seu trabalho. Não tinha o que chamava hoje um convívio social regular: raramente via as pessoas, salvo para tratar de negócios, e jamais recebia visitas casuais ou fazia uma visita, mesmo a amigos íntimos.

Ninguém a via sem um encontro marcado: mesmo um verdadeiro amigo, trabalhando em colaboração com Florence, só se comunicava com ela por meio de bilhetes, pois ele permaneceria trabalhando no térreo e ela no andar superior (o que, segundo alguns de seus biógrafos, denotavam um traço autoritário do seu caráter).

Em 1856 foi convidada a compor uma Comissão Real para investigar as causas da desorganização na Criméia. Não era comum uma mulher fazer este tipo de trabalho, mas os membros da Comissão não dispensaram seus trabalhos. Submeteram-lhe algumas questões por escrito, e ela também as respondeu por escrito. Ela era o poder atrás do trono: a criatura que por trás dos bastidores mandava de fato executar as coisas, mas por intermédio de terceiros (Sir Herbert e dr. Sutherland).

Uma das subcomissões em que Florence trabalhava iria tratar da necessidade de se criar uma Escola de Medicina do Exército. Florence estava convencida da necessidade de melhorar o treinamento dos médicos militares e utilizou todo o peso de sua influência a fim de impulsionar a fundação desta Escola. Percebia por sua experiência na guerra que, embora variasse muito a eficiência dos médicos cirúrgicos, todos sofriam os efeitos de um treinamento impróprio.

Em 1860 foi escolhido o Saint Thomas Hospital em Londres para abrigar a Escola Nightingale, basicamente por três razões: primeiro, pela notável personalidade da Superiora do hospital, educada e de nível mais elevado do que a maioria das superiores daquela época; segundo, pela simpatia com que o médico chefe interno aceitara o plano e prometera colaborar; e finalmente pelo fato de que o hospital em pouco tempo necessitaria de reformas, e Florence era categórica sobre a arquitetura de hospitais e casas de saúde.

Em 1860, com a abertura do Nightingale Training School for Nurses at St. Thomas Hospital, Florence Nightingale se torna a fundadora da enfermagem moderna e, em 1871, após reformas, a Rainha Vitória inaugurou o atual St. Thomas Hospital, que obedece ao projeto arquitetural do tipo ilhonar proposto por Florence.

Na Nightingale Training School for Nurses as candidatas (inicialmente eram 15) inscreviam-se para um curso de um ano ("formando-se" como nurse). O hospital concedia-lhes a oportunidade de praticar nas enfermeiras e o Fundo Nightingale pagava-lhes salário e manutenção. Os médicos se encarregavam do ensino teórico e ensinavam anatomia e outras matérias. Se após um ano se mostrasse capaz, poderia ter seu prazo prorrogado por mais um ano para vir a ser supervisora e estender o treinamento para outros hospitais ("formando-se" então como *Lady-Nurse*). Florence se opunha à admissão de alunas menores de 25 anos, e não raro iniciavam seu aprendizado na casa dos 30.

Os preceitos relativos à aparência da *noviça* eram igualmente rigorosos. Fora do serviço deviam usar gorros e chapéus e não podiam enfeitá-los de flores nem ajeitar o cabelo solto de maneira mais simples. Só podiam sair do hospital em grupos de duas ou três.

O traço mais original no esquema do curso de enfermagem de Florence era o singular sistema de relatórios sobre cada enfermeira. Florence redigia uma esmerada "Folha Mensal do Caráter Pessoal e das Realizações de Cada Enfermeira", cujos inúmeros itens a supervisora deveria preencher. Havia um Boletim Moral e um Boletim Técnico.

Em 1879, com a Guerra Franco-Prussiana, Florence atendeu ao pedido dos dois lados e após a guerra recebeu duas distinções: a Cruz de Bronze da Société de Secours aux Blessés Militaires e a Cruz do Mérito prussiana do imperador Alemão.

Em 1897 inicia-se em toda a Inglaterra a proibição de contratar enfermeiras não qualificadas para o trabalho em enfermarias, consolidando-se a atividade institucional da *nurse*.

Scuttari deu a Miss Nightingale notoriedade pública e poder também. A sua enorme reputação estava sempre na sua retaguarda e era uma força incalculável. Florence quase nunca levantava o tom de voz, mas, de acordo com seus biógrafos (Strachey, 1984), somente

depois dela haver falado é que se percebia que o único caminho a seguir era obedecer.¹⁷

Possuía muitos aliados: sua voz alcançou os ouvidos da realeza e da própria Rainha Vitória, e a qualquer momento que quisesse Florence mobilizaria a opinião pública, que a admirava apaixonadamente. Além do seu conhecimento, sua tenacidade e um talento especial, ela possuía uma vantagem que carreava um peso decisivo — pertencia ao mais alto círculo da sociedade inglesa. Florence se movimentava com naturalidade entre a Câmara dos Comuns e o Gabinete dos Ministros e pertencia socialmente e por berço a esses grupos. Talvez tivesse sido possível ignorar polidamente uma mulher de classe média, desconhecida, que possuísse uma grande experiência em enfermagem militar e conceitos sedimentados em pontos de vista sobre reformas hospitalares, mas teria sido impossível ignorar Miss Florence Nightingale. Ela conhecia o seu poder social e político, e o usava.

A questão higienista, política de saúde vigente na época era uma de suas preocupações.

Por um período de 30 anos Florence acompanhou o gradual desenvolvimento da higiene Indiana. Era considerada uma autoridade em assuntos indianos (esta importância também se atrelava ao fato de que a Índia ocupava lugar de destaque no império Britânico) e era grande a proporção do exército Britânico aquartelado em solo indiano. As condições das tropas na Índia eram insatisfatórias, e novamente por sua condição de mulher não pôde assumir publicamente o seu importante papel na elaboração do Relatório indiano, que se tornou público em 1863.

Em 1887, um grupo de jovens enfermeiras luta por um registro oficial junto ao governo. Florence se opõe totalmente pois sustentou até a sua morte que a enfermagem era uma “arte e uma vocação” e estava persuadida de que as qualidades necessárias a uma boa *enfermeira* não poderiam ser passíveis de registro e que qualquer tentativa neste sentido as conduziria à arregimentação e à perda do verdadeiro sentido do seu *chamado*.¹⁸

Era considerada uma grande autoridade tanto em higiene como em construção de hospitais: em higiene militar, como em estritas questões de *enfermeiras*. Seu trabalho em prol da Índia era célebre. Um dos seus maiores interesses residia na estatística e, quando estava nos hospitais de Scuttari, aterrorizara-se com a confusão advinda da imprecisão dos registros relativos aos pacientes e aos detalhes de suas enfermidades. Pleiteou o estabelecimento nos hospitais de um melhor sistema da estatística, e ela própria redigiu uma “Fórmula Modelo para Estatística Hospitalar”. Em 1858 elegeram-na para membro da Sociedade de Estatística da Inglaterra, tendo relatado trabalho no Congresso Internacional de Estatística em Londres.

Florence se correspondia com John Stuart Mill, mas não tomou parte ativa na luta pelo sufrágio feminino, embora fosse a seu favor.

Interessava-se pelas tribos primitivas da Austrália, da África e de outras regiões do império. A questão que se colocava era a seguinte: cabia ao sistema de educação britânico a culpa pelo declínio e pela iminente extinção dessas tribos? Ela coletou todas as estatísticas existentes sobre as escolas nativas e toda a massa de informação possível e as incorporou em um trabalho apresentado em um conclave de Ciências Sociais, “Estatísticas Sanitárias Coloniais”, onde novamente apresentava as deficiências sanitárias como a raiz do mal.

Florence publicou quatro livros, sendo que um deles, *Notes on Nursing* vendeu 15 mil exemplares em um mês (em 1859), havendo até hoje mais de 50 edições.

Florence dizia que usava a palavra *nurse* por falta de uma melhor e criticava que, já à sua época, havia-se restringindo o sentido desta palavra a pouco mais do que a administração de remédios e a aplicação de *emplastros*. Segundo ela, deveria significar, porém, “o emprego apropriado de ar puro, luz, calor, limpeza, quietude e a adequada escolha e administração da dieta — tudo com o mínimo gasto da força ‘vital do paciente’”.¹⁹

Em 1907, o Rei Eduardo VII tributou-lhe a Ordem do Mérito, e ela foi a primeira mulher e a única até hoje a recebê-la.

O Sistema Nightingale de treinamento de enfermeiras estendeu-se por quase todos os países do mundo, influindo decididamente na chamada *enfermagem moderna*.

Notas

1. UNTERMEYER, Louis. "Florence Nightingale". In: *Os forjadores do mundo moderno*. São Paulo, Fulgor, 1964, pp. 237-244.

2. LEITES, Edmund. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*. Op. cit.

3. FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, 1980, 241 p.

4. SEYMER, Lucy Ridgely. *Florence Nightingale — pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina*. Op. cit., p. 12.

5. O significado de *responsabilidade social* herdado e presente na enfermagem moderna será discutido posteriormente, pois é um conceito a-histórico, muito mais ligado ao relacionar-se bem com as pessoas (nota da autora).

6. STRATCHEY, L. *Emminent vitorians*. Middlesex, England Penguin Book, 1984, pp. 111-161.

7. STRATCHEY, L. *Emminent vitorians*. Op. cit., p. 113.

8. Charles Dickens havia publicado no ano anterior, em 1844, o livro *Martin Chuzzlewitt*, onde se caracterizava o exemplo pior de *enfermeira* no personagem chamado *Sarey Gamp*, utilizado até hoje como a antítese do que seria uma *boa enfermeira*. (Cf. DICKENS, Charles. *Martin Chuzzlewitt*. Op. cit.).

9. SEYMER, Lucy Ridgely. *Florence Nightingale — pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina*. Op. cit., p. 26.

10. SEYMER, Lucy Ridgely. *Florence Nightingale — pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina*. Op. cit., p. 34.

11. SEYMER, Lucy Ridgely. *Florence Nightingale — pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina*. Op. cit., p. 47.

12. STRATCHEY, L. *Emminent vitorians*. Op. cit.

13. SEYMER, Lucy Ridgely. *Florence Nightingale — pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina*. Op. cit., p. 53.

14. Idem.

15. Ibidem.

16. Ver o capítulo "Nascimento da Enfermagem", In: LOYOLA, Cristina Maria Douat, *Os dóceis corpos do hospital*, op. cit.

17. "Mad ness? — Mad-possessed — perhaps she was! Cf. Stratchey. L. *Emminent vitorians*. Op. cit., p. 134.

18. O aspecto religioso sempre foi e continua sendo até nossos dias um traço marcante na enfermagem. Cf. Silva, Graciela Borges. *Enfermagem profissional: uma análise crítica*. Op. cit., p. 64.

19. NIGHTINGALE, Florence. *Notes on nursing: what is and what is not*. Op. cit.

2. ROTEIRO DE ENTREVISTA

1^a parte: Experiência discente na enfermagem psiquiátrica.

Tempo: Data de entrada no Curso, duração e nome da Instituição.

Conteúdo: Questões relativas à disciplina enfermagem psiquiátrica: se houve a disciplina, se se associava à disciplina "neurologia", qual era o nome dado à disciplina, o que e quem ensinava, se o conteúdo era apenas teórico ou se havia a parte prática, como era a parte prática, o que era ensinado.

Prática: Questões relativas ao estágio no hospício (no caso de ter havido): descrição do hospício, em que parte do hospício era o estágio, percepção de conceitos morais em relação ao louco, o que a enfermeira e os outros técnicos de enfermagem faziam, quais eram os tratamentos dados, qual o papel da enfermeira na instituição.

Percepções individuais: A escolha do hospício como local de trabalho pelas enfermeiras, razões para a procura (ocorrência de problemas mentais entre as enfermeiras, a eugenia como discurso e prática do órgão formador).

2^a parte: Experiência docente ou assistencial direta em enfermagem psiquiátrica

Tempo: Início da atividade, local, modalidade da atividade valendo tanto para a docência como para a assistência: o quê, como, visão crítica do papel.

Percepções individuais e vivências: Apresentação de dados históricos sobre o louco e a loucura, com solicitação de apreciação sobre os mesmos, tendo em vista a experiência reconhecida das entrevisadas e a posição de sujeito da história em alguns momentos. Dados colocados e sujeitos à apreciação:

- a assistência de enfermagem psiquiátrica não foi uma preocupação de Florence Nightingale na criação da enfermagem moderna no século XIX, embora a essa época a Inglaterra estivesse abarrotada de loucos e de hospícios, retratados fielmente na ampla obra literária de Charles Dickens (*Oliver Twist* e *Martin Chuzzlewitt*, principalmente).
- em 1841 — O imperador do Brasil cria o Hospício Pedro II.

1881 — Cria-se a cadeira “doenças nervosas e mentais” na Faculdade de Medicina, no Rio de Janeiro.

1886 — Início do ensino regular da psiquiatria aos médicos generalistas da Faculdade de Medicina.

1890 — O Hospício Pedro II passa da administração da Santa Casa de Misericórdia para a Administração do Estado, passando a chamar-se Hospício Nacional de Alienados. Cria-se a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, fora do Modelo Nightingale, para atender também à demanda de recursos humanos “treinados” para o hospício.

1912 — A psiquiatria se torna especialidade médica autônoma.

1920 — Criação da Universidade do Brasil.

1923 — Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental.

1923 — Criada a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde (doc. 16.300 de 31 de dezembro de 1923) sem o ensino de enfermagem psiquiátrica. Embora conste do Regimento Interno do DNSP do Serviço de Enfermeiras (1926) na parte geral do curso “arte da enfermeira em doenças nervosas e mentais”, sabemos, por análise de currículo de aluno no ano de 1925, que a disciplina anteriormente citada está riscada e escrito “doenças venéreas” (Arquivo Histórico da EEAN/UFRJ, 1990).

1927 — Governo Washington Luís cria o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais no Distrito Federal, com a coordenação administrativa de todos os estabelecimentos psiquiátricos, públicos do Rio de Janeiro.

1927 — A Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde (posteriormente, Escola de Enfermagem Anna Nery) formava visitadoras sanitárias para pré-natal e doenças transmissíveis, excetuando-se as venéreas (Paixão, 1969:110).

1930 — O Ministério da Educação e da Saúde passa a ser o centralizador de todos os serviços psiquiátricos no Brasil.

1937 — 5 de junho, a Escola de Enfermagem Anna Nery é incorporada à Universidade do Brasil.

- 31 de junho de 1937 — Miss Bertha Pullen (terceira diretora da EEAN) faz um ofício ao reitor da Universidade do Brasil, dr. Raul Leitão da Cunha, dando ciência de sua resposta à solicitação do diretor geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) para que a Escola de Enfermagem Anna Nery assumisse a instrução, no seu Pavilhão de Aulas, de algumas das cadeiras do programa dos hospitais da assis-

tência a psicopatas, onde a citada diretora considera a “situação complicada e prejudicial”, preferindo não se imiscuir nesse programa, “a menos que a isso fosse obrigada” (memorando nº 10 de 31 de julho de 1937, da Diretora Miss Bertha Lucile Pullen ao Exmo. Sr. Reitor Dr. Raul Leitão da Cunha, Reitor da Universidade do Brasil. Arquivo Histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1990).

1938 — Criado o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil.

- O Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil: data da “entrada” dos estudantes nesse campo de estágio, atividades desenvolvidas, relações entre a direção do serviço de enfermagem do Instituto de Psiquiatria e a Escola de Enfermagem Anna Nery.

Projeto gráfico e Capa
Ana Carneiro
Preparação de originais
Claudio Oscar e Maria Vieira
Revisão
Maria de Lourdes de Almeida
Composição
Dany Editora Ltda.
Impressão
FCA Gráfica e Editora