

“UMA LUZ QUE VINHA DA RUA”: novos apontamentos de pesquisa para a História das Sensibilidades – práticas de exclusão de mulheres, imaginário religioso e loucura¹

“A LIGHT FROM THE STREET”: new research notes for the History of Sensitivities – practices of women exclusion, religious imaginary and madness

Nádia Maria Weber Santos²

Resumo:

O artigo discorre sobre alguns aspectos da História da Psiquiatria em nosso meio (Rio Grande do Sul), a partir de dados colhidos em fontes hospitalares (prontuários médicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre e outras), discutindo os parâmetros de loucura e suas sensibilidades a partir de casos de algumas mulheres internadas e seu imaginário religioso. As vertentes teóricas de análise são aquelas relativas à História das Sensibilidades (História Cultural) e à Psicologia Analítica de C. G. Jung.

Palavras-chave: Sensibilidades, imaginário religioso, exclusão, mulheres, loucura.

Abstract:

The article discusses some aspects of psychiatry history in Brazil (Rio Grande do Sul), from data collected from hospital sources (medical records of the Psychiatric Hospital São Pedro de Porto Alegre and others), discussing the parameters of madness and their sensitivities from some cases of hospitalized women and their religious imagery. The theoretical aspects of analysis are those related to the history of Sensitivities (Cultural History) and the Analytical Psychology of CG Jung.

Keywords: Sensitivities, religious imagery, exclusion, women, madness.

Uma luz que vinha da rua...

CASO 1 – Mulher, 38 anos, doméstica, natural de Passo Fundo (Rio Grande do Sul/Brasil).

Esquizofrenia. Analfabeta.

Na baixa: Há dois meses, mais ou menos, a paciente uma noite viu uma luz que vinha da rua e entrou pela janela, localizando-se num canto do quarto. No dia seguinte, a paciente consultou

¹ Os dados empíricos apresentados neste artigo foram recolhidos entre 1998 e 2000, em pesquisa realizada para dissertação de mestrado em História, defendida no PPG em História da UFRGS, em agosto de 2000, com o título: “As tênues fronteiras entre a saúde e a doença mental: um estudo de casos psiquiátricos à luz da Nova História Cultural - de 1937 a 1950”, publicada em SANTOS (2013, 2ª ed., e-book). As fontes são prontuários médicos da década de 1940, como assinalo no texto, mas permaneceram virgens em análise até o momento – ou seja, são dados de pesquisa não utilizados na dissertação de mestrado.

² Possui pós-doutorado pela Université Laval (Canadá); Doutorado pela UFRGS (História); Mestrado pela UFRGS (História). Professora do PPG (Mestrado e Doutorado) em Memória Social e Bens Culturais do Unilasalle (Canoas). Pesquisadora do EFISAL/EHESS de Paris. Integra o comitê editorial da revista *Artelogie*, vinculada ao CRAL/EFISAL – EHESS de Paris. Editora assistente da Revista *Mouseion/MAHLS*. Organizadora da Série Memória e Patrimônio (livros impressos) do Unilasalle/Canoas.

uma sortista que disse que a luz indicava dinheiro escondido em algum lugar onde se havia localizado. Quando o marido chegou, encontrou a paciente escavando um enorme buraco, a fim de encontrar o dinheiro. O marido pediu que ela abandonasse tal ideia, mas sem resultado. Desde então a paciente diz que ouve as vozes de seus guias e que também os vê. Não dorme, pois receia que seus inimigos venham matá-la. Fala continuamente com Deus e os Santos. Ultimamente tem chorado e quase não dorme, sempre com receio que a matem. Reza muito. Há dois meses começaram os sintomas, mas há quinze dias está pior. “[Informações prestadas pelo marido na baixa hospitalar]

História anterior: Alegre, mas há alguns meses anda triste; muito desconfiada. Teve um filho falecido poucas horas após o nascimento e três abortos. Ferida na boca (seis meses) e o médico informou ser sífilis. Casou-se com 16 anos, com um marido de 38 anos. É muito católica.

Fez várias sessões de insulinoterapia e reinternar com alucinações auditivas.

Alta sem cura.

[Informações obtidas no Prontuário médico (nº 17.869) do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre; Caixa 485; Ano 1941]

CASO 2 – Mulher, 40 anos, serviçal, natural de Passo Fundo, residente em Triunfo.

Epilepsia.

Praticante do Espiritismo.

Ataque epilético e agressividade na casa dos patrões, onde trabalha há seis anos.

Encaminhada pelo Delegado da cidade, que dizia que a mesma apresentava alienação mental por ser praticante de religião espírita.

Teve duas reinternações.

Alta melhorada.

[Informações obtidas no Prontuário médico (nº 12.009) do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre; Caixa 485; Ano 1941]

CASO 3 – Mulher, 37 anos, doméstica, procedente de Porto Alegre.

Encaminhada pelo delegado de polícia.

História contada por seu filho (relatada na “ficha comemorativa”, dados recolhidos pela assistente social): “Há seis anos ficou viúva. Três anos depois mandou abrir a sepultura para

retirar os ossos, porém não foi possível por achar-se o cadáver em estado de conservação. Ficou muito impressionada e recorreu ao **espiritismo**, tendo conseguido falar com o espírito do seu marido, e este lhe dissera que o médico que o tratava havia dado uma injeção que o matara e isto por estar o referido médico apaixonado por ela. Recorreu também a cartomantes e teve a mesma confirmação. Todos os anos continua mandando abrir a sepultura e sempre tem encontrado o cadáver em estado de conservação. Resolveu então dar parte à polícia do crime que o médico havia praticado. Nesta ocasião foi conduzida a este hospital”.

Exame do médico, na baixa: Tranquila, orientada, normal ao exame. Foi à chefatura de polícia, procurou Dr. W. que lá trabalha, acusando-o de ter matado o seu marido há cinco anos. Chegou a esta conclusão porque este Dr. atendeu o marido às 11 horas e ele faleceu às 23 horas. Aquele médico assim procedeu porque se apaixonou por ela e após a morte do marido diz ter sido procurada por ele, inúmeras vezes. Vê-se que a paciente vem sistematizando um delírio erótico, baseando-se muitas vezes em interpretações mórbidas. Não tem instrução e apenas sabe escrever o nome.

Diagnóstico: Paranoia sensitiva, com delírios místicos e delírios eróticos.

Tratamento: convulsoterapia.

Alta em um mês (sem melhoras) para ser cuidada em casa.

[Informações obtidas no Prontuário médico (nº) do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre; Caixa 415; Ano 1937]

Prelúdios de uma pesquisa

Os excertos acima são retirados de prontuários médicos relativos à década de 1940, do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) de Porto Alegre (Rio Grande do Sul – RS, Brasil) e estão armazenados no Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul em Porto Alegre. Durante a pesquisa de Mestrado em História, sob a orientação da historiadora Sandra Jatahy Pesavento, examinei mais de mil prontuários do período e alguns resultados desta pesquisa já foram publicados em livro³ e em artigos. Porém, o enfoque dado aqui é diferente daqueles até então trabalhados: trata-se de perceber as sensibilidades sobre a loucura em mulheres acometidas por “delírios religiosos ou místicos”, que eram ocasionalmente descritos nas

³ O livro mencionado está em sua segunda edição, revista e ampliada, e refere-se à pesquisa de mestrado. Chama-se *HISTÓRIAS DE VIDAS AUSENTES* - a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental (Reflexões a partir da História Cultural). 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições Verona, 2013. E-book.

papeletas médicas.⁴ Essas mulheres eram, como todos os outros pacientes, tratadas com as mesmas técnicas organicistas utilizadas na época (insulinoterapia, choque por cardiazol e malarioterapia)⁵ e a maioria delas tinha alta hospitalar sem cura, conforme expresso nos prontuários.

Desde 1986, sendo médica e trabalhando com pacientes psiquiátricos a partir do referencial junguiano, sempre questionei os métodos organicistas empregados na maioria de nossos hospitais brasileiros e aprendidos nas faculdades de Medicina. Tive a necessidade de pensar como, ou de que forma, se instalou no Rio Grande do Sul esta psiquiatria organicista, sua ligação com a prática da exclusão de pacientes em hospitais e as representações que os médicos, a sociedade, familiares e os próprios pacientes faziam sobre a doença mental. Rumei, então, para a História, onde fiz Mestrado e Doutorado em História Cultural, a fim de pesquisar o imaginário e as sensibilidades sobre a “loucura” em nossa sociedade, em determinado período histórico (durante o período do Estado Novo e um pouco além, ou seja, de 1937 a 1950).

Sempre tive a preocupação em compreender a loucura desde o ponto de vista daquele que a imagina, a sente e a vive desde dentro – e não somente por meio da visão do saber médico institucionalizado e “apto” cientificamente para caracterizá-la –, em suma, sempre partilhei da ideia de que o médico não sabe tudo e não pode saber tudo a respeito de uma doença ou de um paciente doente. A voz do doente sempre teve ressonância dentro de mim, mesmo quando não entendia o que isto poderia significar.

Foi por meio do diálogo de conceitos da Psicologia Analítica de Carl Gustav Jung – com a qual trabalho há 30 anos em consultório médico – com conceitos da História Cultural – como o de representação, imaginário e sensibilidades – e da articulação destes com os dados encontrados nas fontes, que encontrei um meio de traçar um certo panorama a respeito do imaginário social sobre a doença mental e, especificamente aqui, com o imaginário de mulheres acometidas de doença mental e apresentando certo tipo de “delírios”, caracterizados pela Medicina da época, como delírios místicos.

Sendo as fontes a âncora do historiador na realidade, menciono rapidamente que as fontes principais utilizadas na pesquisa foram os prontuários médicos do Hospital Psiquiátrico

⁴ Papeletas médicas é outro nome dado aos prontuários médicos daquele período.

⁵ Eram chamadas, na época, genericamente de convulsoterapias, ou seja, técnicas que provocavam convulsões e que curariam os sintomas da loucura, principalmente as alucinações e delírios. Ver SANTOS, 2013.

São Pedro de Porto Alegre (HPSP), mas complementaram esta fonte alguns relatórios da administração, o livro de Jacintho Godoy (JG) sobre a psiquiatria no RS, escrito em 1955 e editado por ele mesmo, jornais da época (principalmente Correio do Povo e Diário de Notícias) e uma publicação interna do hospital, em forma de periódico ou folhetim, de 1975-1979, que relata um pouco da história deste e apresenta depoimentos de algumas pacientes mulheres (feito pelo chefe da recreação da época e por uma professora de educação física). O enfoque interdisciplinar desta pesquisa (história, psicologia, psiquiatria) levou a resultados surpreendentes em toda a gama de descobertas e relações estabelecidas que se fez dos dados.

Neste artigo, portanto, vou privilegiar o olhar interdisciplinar, pois, a partir de cacos e indícios do passado, reinterpretemos esse passado e podemos dar um novo sentido para os fatos e, também, para o olhar terapêutico relativo à doença mental. Para isso, vou me deter um pouco na contextualização do período histórico escolhido (década de 1940), para podermos entender o hospício, seu diretor e as técnicas que eram lá empregadas. Também porque é sempre necessário, para uma compreensão mais acurada de uma situação de doença ou de cura, considerar o entorno ou a situação social e cultural de quem é acometido e daquele que trata. A visão de mundo daquele que estabelece teorias ou institui tratamentos é seu passaporte para as técnicas que aplica. E como não poderia deixar de respeitar minha formação médica, discutirei, ao final, um pouco desses casos de mulheres e seus imaginários, à luz da Psicologia Analítica, com o intuito de ilustrar como um outro ponto de vista sobre a doença mental, também historicamente legitimado, pode dar um outro rumo ou encaminhamento à terapêutica e, portanto, à vida de um paciente.

Contexto histórico e institucional

O período histórico (1937 a 1950) foi escolhido por condensar a influência de quatro conjuntos de fatos históricos, quais sejam: superlotação do hospício; urbanização de Porto Alegre e algumas cidades do interior; regimes totalitários em ascensão no mundo e Estado Novo no Brasil (ditadura Vargas) e a segunda gestão do doutor Jacintho Godoy (JG) neste hospital. Ao me debruçar sobre essas questões, com a pesquisa nas fontes, principalmente dos prontuários, os achados foram surpreendentes.

Por volta de 1948, existiam no Rio Grande do Sul trens que traziam uma quantidade grande de alienados mentais do interior do estado para POA e, mais especificamente, para o

HPSP, no verão e no inverno. No livro de Jacintho Godoy (1955) ele fala disso à página 104, onde também se lê que as prefeituras de algumas cidades colaboravam com dinheiro para o hospício a fim de mandarem os “doentes do cérebro” de sua cidade.

A partir da década de 1940 é que iniciou o que se convencionou chamar de “superlotação” de internos no hospital. Houve um aumento no número absoluto de pacientes. Pesquisando os prontuários, que estão no Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul, armazenados em caixas ou maços, fez-se uma estimativa do ano de 1940: 42 caixas, com 20 prontuários em cada, o que daria 840 só neste ano, e uma soma provável de 8.500 pacientes na década. Comparando com o ano de 1933, quando havia somente 26 caixas, daria uns 40% a menos, na década anterior. Mas conforme o livro de JG e relatórios anteriores, esse fenômeno já era apontado pelos diretores do hospital e a partir de 1937 ficou mais grave.

Numa reportagem do Diário de Notícias de março de 1951, fala-se em 2.961 internos só no ano de 1950, sendo que 714 encontravam-se sem leito. A maioria dos pacientes eram homens (dois terços). Um trecho é reproduzido abaixo:

Promiscuidade, a nota geral. No dia 19 do corrente, a população, do São Pedro somava 2961 pacientes, sendo assim distribuídos:
Indigentes homens.....1236
Indigentes mulheres.....1297
Pensionistas homens.....239
Pensionistas mulheres.....189

Na Divisão Esquirol, em que há 1294 doentes, só existem 780 leitos, faltando, pois, 514. E na Divisão Pinel, há um déficit de 200 leitos. Em suma, no HSP 714 doentes não tem cama. Em salões constringidos para uma população crescente, de instalações tão precárias que chegam a usar garagens para dormitórios, apinham-se os doentes, empilham-se dois a dois em camas estreitas, espalham-se pelo chão enovelados em mulambos. É a promiscuidade com todo o seu cortejo de males em que sobressai, gritando, a dificuldade de recuperação e cura dos doentes.⁶

Como se nota, já se falava de superlotação em 1937 (e mesmo antes), em 1948 com os trens e em 1951 este fato é denunciado na imprensa. Anos mais tarde, com o depoimento de alguns funcionários, essa questão ficou explícita. É o relato que lemos agora de uma enfermeira que entrou no hospital em 1971:

6 Diário de Notícias (Porto Alegre), 22 de março de 1951, p. 5 e p. 12. Título da Reportagem: DESLEIXO E DESUMANIDADE – MERGULHO NOS ABISMOS DA MANSÃO DA LOUCURA – Um inquérito que se torna necessário – Mergulho no abismo – Inenarrável sordidez – Promiscuidade – Uma grave acusação-problema de administração. Autores: Nelson Grant e Paulo Tollens.

Em 1971 encontravam-se mais de cinco mil pacientes, vivendo em condições desumanas, como prédios desabando, alimentação péssima, tratamento psiquiátrico ultrapassado, contando com apenas 1200 leitos. Obrigando a pacientes unirem duas camas e dormirem até cinco atravessados, estimulando a promiscuidade e o aumento das doenças infectocontagiosas.⁷

Também nos 230 prontuários pesquisados, havia um número muito grande de mortes no hospital, por exemplo, em 2 caixas de 40 papeletas, 23 tinham “alta por falecimento”.

A capital do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, teve seu plano de urbanização no Estado Novo, com José Loureiro da Silva e tanto mais com a industrialização crescente do pós-guerra (45/46), urbanizando-se inclusive algumas cidades do interior. As periferias cresceram e os cinturões de miséria eram representativos, incomodando a imagem que se queria passar da cidade. No espaço urbano houve a verticalização da cidade e a finalização de obras grandiosas para a fisionomia de Porto Alegre (o que nos indica, nesse período, uma grande preocupação com a aparência). Note-se que o Hospício da cidade foi construído, já no século anterior (1884), numa chácara bem afastada do centro da cidade, como um espaço de exclusão deliberado para aqueles que não poderiam fazer parte da urbe.

Interessou-nos a procedência, ocupação e profissão da parte da população que foi enviada para o hospício nesse período e o que se encontrou foi o seguinte: um número grande vinha de Porto Alegre (capital), trazido pela polícia, de procedência não identificada, “achado na rua, perambulando”, isto é, não havia endereço ou familiares responsáveis por ele. Ou então tinha o rótulo de “desocupado”. Também havia muitos diagnósticos de alcoolismo, ou uma frase que dizia “encontrado bêbado na rua”, ou “foi encontrado bêbado instigando arruaças”. Assim, se prestarmos atenção nesses dados e nos discursos totalitários que imperavam e que sustentavam essa prática de exclusão, torna-se procedente a ideia de que o hospital psiquiátrico da capital serviu a este propósito: internar para “limpar” a cidade, ou seja, “hospital lata de lixo social”.

As mulheres também eram internadas em grande número, porém a maioria sendo trazida pela família, principalmente pelo marido; poucas tinham profissão, a maioria era “do

7 “Memórias de um velho Hospício”. Impresso interno. Porto Alegre, Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1975-1979. “Memórias de um velho hospício” Impresso interno do Hospital Psiquiátrico São Pedro, feito em 5 “capítulos”, com textos de Rui Carlos Muller (chefe do Serviço de recreação) e pesquisa da professora Marta Lília Flores. Este impresso foi feito para divulgar o hospital no ano de seu centenário, que achavam ser em 1979. Começou a ser escrito em 1975. Com a pesquisa realizada, descobriram a data correta do centenário (1984), porém estes 5 capítulos foram publicados, internamente, em 1979. Material gentilmente cedido pelo dr. Ygor Ferrão, diretor de ensino e pesquisa do HPSP, no momento em que estava sendo realizada esta pesquisa, 1999.

lar” ou “doméstica”; algumas trabalhavam em casa de famílias como empregadas domésticas, profissão, esta, muito comum no Brasil, porém recentemente regulamentada. Não encontrei nenhum prontuário que mencionasse que as mulheres eram bêbadas ou estavam vagando pelas ruas. Muitas eram moradoras de cidades do interior do Rio Grande do Sul, camponesas e a maioria apresentava “delírios místicos ou eróticos”, nos prontuários que examinei da época. As mulheres internadas recebiam diagnósticos diferentes dos homens, como histeria, esquizofrenia, alucinações místicas, epilepsia, para expressar os diagnósticos mais frequentes.

Tanto o positivismo (de Júlio de Castilhos e de Borges de Medeiros, dirigentes do Rio Grande do Sul nos primórdios da República) como a eugenia (que vinha pela vertente da psiquiatria organicista da Liga Brasileira de Higiene Mental) eram percebidos nos discursos dos governantes e dos médicos de nosso Estado. A trajetória do Hospício São Pedro (nome dado a esse nosocômio na época de sua fundação em 1884, ou seja, antes do advento da República, quando então passou a se chamar Hospital Psiquiátrico São Pedro), assim como as práticas psiquiátricas que nele tiveram espaço, sofreram forte influência dessas duas “teorias”, ou visões de mundo.

Na psiquiatria brasileira, a eugenia esteve presente na formação da LBHM, fundada no RJ em 1923 por Gustavo Riedel, com a ajuda de filantropos de seu círculo de relações, com o intuito de “profilaxia” das doenças mentais. Interessante ao nosso estudo foi o fato de este médico ter criado, um pouco antes da Liga, um ambulatório de profilaxia de doenças mentais (anexo à Colônia de Engenho de Dentro, no RJ), um “serviço aberto” para psicopatas, um laboratório de psicologia e uma escola de enfermagem, onde eram formadas monitoras de higiene mental. Esses mesmos passos foram seguidos por Jacintho Godoy no São Pedro, principalmente após 1937, e estão relatados em seu livro. (GODOY, 1955)

Essa visão eugenista sedimentou-se também na psiquiatria do RS, legitimando as técnicas orgânicas de tratamento da doença mental (o que aqui chamamos de psiquiatria organicista), bem como as práticas violentas e discriminatórias exercidas sobre os pacientes.

Jacyntho Godoy teve duas gestões como diretor do HPSP (1926 a 1932 no governo Borges e 1937 a 1950 no governo de Getúlio). Suas ligações com o governador do Rio Grande do Sul, Borges de Medeiros, e com o futuro presidente do Brasil, Getúlio Vargas, vêm desde a juventude acadêmica, sendo que ele também se relacionava com eugenistas, como Belizário Pena.

Em seu primeiro “mandato” ele foi demitido, em 1932, sob acusação de envolvimento e favorecimento político (depois ele volta à cena em 1937, quando Getúlio assume o poder). Ele mesmo relata isso em seu livro “A psiquiatria no RS”, escrito em 1955, quando não mais estava no Hospital. Sua demissão de 1932 tem uma possível explicação: “a velha amizade com um grande homem público” era com Borges de Medeiros. Na Revolução Constitucionalista de 1932, houve um “racha” na oligarquia gaúcha, ficando Borges na ala regionalista em oposição a Getúlio e Flores da Cunha. Esse último era o interventor no RS e demitiu Godoy da direção do Hospital.

Devemos salientar que essa obra de sua autoria que citamos, embora com o amplo título, versa sobre a história somente do HPSP desde o momento que ele assumiu a direção. O largo período que o antecede, desde sua fundação (e aí são 42 anos) mereceu apenas dois parágrafos. Na análise dessa obra (fonte para a pesquisa), encontramos um discurso laudatório programado de seu autor, no qual se autoelogia o tempo todo (o que faz lembrar o “culto ao chefe” como modelo e exemplo de eficácia e racionalidade a ser seguido, tão relevante no Estado Novo getulista e no nazismo) e a suas obras de grande porte, que realizou para modernizar o hospício. Ele escreve que em suas gestões transformou o hospício de depósitos de pacientes em hospital psiquiátrico de tratamento.

Mas, na verdade, não foi isso que vimos ao examinar outras fontes, como os prontuários, jornais e depoimentos de pacientes. Técnicas grosseiras e deteriorantes do físico e do psíquico eram empregadas. Entre elas, a insulinoaterapia (que provocava o coma insulínico), a malarioterapia (trazida por ele como uma técnica nova para o hospital e da qual ele gabava-se e que consistia em inocular no paciente sangue contaminado por malária), e o ECT (eletroconvulsoterapia ou eletrochoque, introduzido nessa instituição em 1944). Além disto, a superpopulação e os maus tratos aos pacientes, que se percebe nos depoimentos e no artigo do jornal Diário de Notícias de 22 de março de 1951, foram o estopim para a demissão de JG do hospital.

Sua visão de mundo (positivista e eugenista) e o espírito de uma época, organicista e biologicista, não poderiam fazer com que fosse diferente a institucionalização da terapêutica psiquiátrica num hospital sob sua direção. Cito palavras dele mesmo que misturam discurso positivista e eugenista:

Meus senhores, a psiquiatria não escapou à lei dos três estados, religioso, metafísico e positivo. No estado religioso, completamente divorciado da Medicina, o alienado

considerado como um possesso do demônio é encarcerado nas prisões. A reforma de Pinel inaugura o período metafísico e a psiquiatria ingressa no domínio propriamente médico, mas o caráter essencialmente filantrópico da reforma desse grande homem explica as tendências puramente filosóficas e psicológicas desse estado. É com Morel que começa o estado positivo, verdadeiramente científico, em que a noção da etiologia tóxica ou infecciosa serve de base a uma classificação nosológica. No momento atual da ciência médica, diante das conquistas maravilhosas da Biologia, já se pode afirmar com desassombro que as moléstias mentais não existem. O que existem são síndromos mentais ou afecções cerebrais com expressão psíquica, determinadas por perturbações orgânicas ou funcionais produzidas por toxi-infecções adquiridas ou herdadas. (GODOY, 1955, p. 26)

Em sua segunda gestão, ele sofreu um processo jurídico (1944) e depois uma denúncia por má administração. Foi matéria de pauta em sessão na Assembléia Legislativa e teve seu nome registrado em reportagem de jornal, no qual denunciavam as más condições do hospital, com fotos inclusive. Em 1950 ele foi retirado da direção do HPSP. O caso dividiu a mídia e os políticos da época: má administração, enriquecimento ilícito, terapêuticas duvidosas.⁸

Mulheres excluídas e seu imaginário religioso: sensibilidades encarceradas

A realidade percebida a partir dos prontuários demonstra o uso abusivo de técnicas agressivas (tanto à saúde como à integridade física de um paciente), sempre “em nome da ciência”. Não encontramos nos prontuários anotações completas sobre o estado de saúde dos pacientes, nem detalhes sobre sua história de vida. O que se tem são notas curtas diárias sobre as medicações administradas, quando muito. Chama a atenção um outro fato: neste período, muitas pessoas morreram no hospital, a despeito (ou quem sabe por causa delas?) das técnicas “modernas” e avançadas de tratamento. E morreram não porque estavam há muitos anos lá internadas (como também acontece). No exemplo citado acima, em duas caixas de 1939 (40 prontuários) há 27 mortes. Não é muito? E aqueles que morriam (“alta por falecimento”, era escrito) não eram de idade avançada, obrigatoriamente.

Todos os casos de mulheres internadas (e aqui é impossível relatar todos), que foram observados a partir da leitura dos prontuários médicos, possuem algo em comum: todos são tratados pelos médicos de forma homogênea, isto é, não respeitando o imaginário de cada doente, tampouco a história de vida de cada uma. Bastava o relato de um familiar de que a paciente falava em Deus, praticava alguma religião ou enxergava vultos, para que houvesse a inclusão de “delírios místicos” na sintomatologia do quadro clínico. Em nenhum momento,

⁸ Remeto o leitor à minha obra Santos (2013) para detalhamento destes fatos.

pelos relatos do prontuário, vê-se o psiquiatra levando em consideração o imaginário da paciente ou sua sensibilidade em relação ao seu momento psicológico. Tampouco parecia a crença religiosa da mulher, ou seu imaginário religioso, ser tomada em consideração.

No CASO 1, brevemente relatado no início do artigo, em que o diagnóstico é de esquizofrenia, tudo começa quando a paciente, ainda em casa, vê uma luz que vem da rua e entra pela janela (nome que emprestamos a este artigo, pois pareceu sugestivo o fato de a luz, símbolo da consciência, vir de fora, vir da rua e não de dentro de casa, da família...). Isso fez com que ela procurasse uma “sortista”, que significa alguém que lê a sorte (seja cartomante ou outra pessoa com dons divinatórios), para saber o que seria tal luz. Essa prática era muito comum na sociedade gaúcha dos primórdios do século XX, em que as mulheres recorriam a todo tipo de prática divinatória e não médica, para socorro de seus problemas. Ao saber por esta que poderia ser a indicação de um “tesouro” escondido (em dinheiro), começara a escavar. Não precisava mais do que isso para o marido e a família imaginarem que ela estava louca. Até porque ela ouvia as vozes de seus guias espirituais (e os enxergava), assim como falava em Deus e nos santos, todos os dias. Ela rezava muito e tinha muita insônia. Esse conjunto de fatos, que começaram apenas dois meses antes da baixa hospitalar, foi o suficiente para colocar o diagnóstico de esquizofrenia com delírios místicos. Porém, a história de vida pregressa a essa crise não foi investigada com maior profundidade, embora estivesse ali, na papeleta, relatada resumidamente: ela foi casada aos 16 anos com homem de 38 anos (como convinha a muitas famílias do interior do Estado e à cultura machista da época), era muito católica, tinha sinais de sífilis (que bem podia ter sido transmitida a ela pelo marido) e teve filho nascido morto e alguns abortos. A cidade de Passo Fundo é uma das cidades do Estado que tem uma das culturas mais patriarcais e que os costumes variam em muitas gamas de atitudes que privilegiam os homens e não as mulheres. Imaginemos uma mulher, casada aos 16 anos com um homem que tem o dobro de sua idade, não conseguir ter filhos e ser contaminada por sífilis, ser feliz em um lar como este. Ser católica era permitido, mas não procurar uma sortista e tampouco imaginar coisas, conversar com guias espirituais, imaginar que sua felicidade pudesse vir de uma luz, de um buraco onde ela acharia dinheiro para se livrar de todo aquele incômodo. Até nos permitimos pensar que aos 16 anos ela pudesse ter sido “vendida” a um homem mais velho, em troca de dinheiro, por sua família. E que agora, achar dinheiro em um buraco, poderia ser a sua salvação. Mesmo que isso não fosse uma realidade concreta, era a sua verdade, a verdade de seu imaginário, que não podia se expressar

a não ser por ideias de luz e salvação que vinham por seus guias espirituais... Seu imaginário religioso em nenhum momento foi respeitado e investigado, como símbolo de seus questionamentos mais profundos daquele momento.

Já no CASO 2, temos muito poucas informações no prontuário médico, mas torna-se relevante o fato de ela praticar a religião Espiritismo e isso ser considerado a causa de seus males psíquicos ou mesmo neurológicos, uma vez que era diagnosticada com epilepsia. Como a grande maioria dos casos examinados, de homens e mulheres que eram enviados ao hospício da capital do Estado, essa paciente também foi encaminhada pelo delegado de sua cidade, Triunfo, e consta que era espírita e isso causava seus males. O Espiritismo, embora tivesse um espaço na imprensa do Estado, não tinha peso político para a Medicina e para as políticas de saúde (BOFF, 2001) e, menos ainda, importância religiosa para uma sociedade predominantemente calcada nos preceitos católicos, como é a sul-rio-grandense.

O CASO 3 mostra novamente o descaso ao imaginário religioso da paciente e, aqui, temos a inclusão dos sintomas eróticos aos sintomas místicos. O diagnóstico para essa paciente foi “paranoia sensitiva”, tratada com apenas uma convulsoterapia (sem especificação de qual tipo) e teve alta em um mês (sem melhoras) para ser cuidada em casa. Resta-nos perguntar: o que respalda a conduta desse médico, isto é, outros vários pacientes receberam altas doses de medicamentos e várias sessões de convulsoterapia para sintomas delirantes semelhantes (não no conteúdo, mas na intensidade) e ela vai embora em um mês (tempo muito curto para a média das internações daquele período)? Também podemos pensar na “imunidade médica compulsória”, ao ser um destes acusado da morte (talvez erro terapêutico) do marido. Algumas variantes estão em jogo, o médico acusado era da polícia, por exemplo. Não poderia ser esta, uma história de sedução verdadeira, pois na literatura e nos próprios textos historiográficos muitas delas são contadas? O imaginário da paciente mais uma vez foi recusado como uma realidade, seja concreta (caso real de sedução com morte do outro envolvido) ou simbólica (psicológica), mais uma vez desconsiderado como um fato real que agiu nesta pessoa específica, portanto devendo ter seu espaço e seu peso no tratamento desta doente (doente?). Em outras palavras, os delírios são históricos. Delírios eróticos, quando ocorrem, têm cura, se os conteúdos forem trabalhados adequadamente com a pessoa. Em geral podem ser simbólicos de problemas sexuais concretos. Talvez o que aqui tenha colaborado para esta história ter se configurado como delírio foi o fato de a paciente ter procurado uma “explicação” no Espiritismo. Seriam, então, delírios “místicos”, como chamavam a toda sorte

de imaginário religioso que os pacientes expressavam? Assim como recorrer à ajuda do espiritismo (e seu imaginário) era também uma prática comum em nosso meio, ainda neste período, esta prática era considerada inadequada ao pensamento científico que se instalava cada vez mais no meio médico.⁹ Mas nada disso foi levado em conta, restou a “alta para ser cuidada em casa, sem melhora”.

Alguns depoimentos de pacientes de período posterior à pesquisa corroboram nossas impressões de que não somente havia maus tratos às pacientes do hospital, mas que todos eram tratados indiscriminadamente com as mesmas técnicas da época (convulsoterapia), sem respeitar o imaginário ou a história de vida de cada um.¹⁰

Vejam na íntegra os depoimentos: são de pacientes e funcionárias mulheres, que encontramos no folheto de 1975-9, que corroboram a noção de que sempre houve problemas de superlotação e, como dissemos acima, de maus tratos. O que salta aos olhos, é que as pessoas em questão, que deram seus depoimentos na segunda metade da década de 1970, referiam-se, também, por sua longa permanência no hospital, a fatos que teriam ocorrido na década de 1950, momento este bem próximo ao período pesquisado.

Até onde podemos depreender destas narrativas, as mais afetadas eram as pacientes pobres e pertencentes às classes de menor poder aquisitivo.

Naquele tempo, nós os atendentes entrávamos num dia no hospital e no outro já éramos responsáveis pela medicação. Quando entrei, não conhecia os remédios e nem sabia aplicar direito a injeção, mas como os pacientes ficavam em cima pedindo remédio, deixava eles mesmos escolherem. Um fato que me lembro, uma paciente me pediu uma injeção na veia, era uma ampola pequenina, não lembro o nome, apliquei-a e ela entortou. Com o tempo eu olhava a cara da paciente e já calculava a medicação. (Depoimento de atendente mulher)

Hoje está cem por cento de melhor o tratamento, tem comida para todas, antigamente tinha uns probleminhas que por não terem comida tomavam café com farinha. A comida era uma panelinha para três pessoas, hoje tem panelões de risoto, as camas são confortáveis. O medo maior era das patentes que chamavam WC de boate, não tinha puxador nem nada, eu tinha medo de cair lá dentro, tinha que se acocorar enquanto uma pessoa segurava a gente. (Depoimento de paciente mulher)

Quem cuidava dos pacientes eram as irmãs religiosas de caridade. As visitas atiravam as coisas para baixo para não chegar perto (corredor do 1º andar que dá para o pátio das unidades) e a medicação era de uma qualidade só. O choque era direto, todas deitavam e preparavam a “boca”, e as primeiras que levantavam já iam ajudando as outras. Hoje, apesar de fraca das vistas ajudo na comida. (Depoimento de paciente mulher)

⁹ A este respeito ver também a tese de Beatriz Weber “As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928” (WEBER, 1999).

¹⁰ Depoimentos relatados na fonte já descrita acima, “Memórias de um velho hospício”, nota 7 deste artigo.

Há 18 anos atrás o pátio era brabo, brigaçada todo o dia, era sangue para tudo quanto era lado. A gente pegava a caneca e flocava na cabeça das outras. (Depoimento de paciente mulher)

Estou 14 anos internada. Antigamente tinha mais irmãs que enfermeiras, eu tinha horror do pátio, os quartos eram fechados (celas) e tinha saleta onde as pacientes ficavam nuas e no fundo desta uma sala onde as irmãs trancavam as pacientes pra acalmar e davam choques e depois deixavam num patiozinho. Só sopa davam para os homens e mulheres, os pacientes eram magrinhos. Faz uns 6 ou 7 anos que mudaram tudo. A cozinha era velha, mudaram as panelas, o piso e não tinha guarda. (Depoimento de paciente mulher)

Fui trazida para o hospital com 16 anos e hoje estou com 30. [...] Naquele tempo a medicação recebíamos na enfermaria à noite. As irmãs abriam nossas bocas e faziam engolir os comprimidos que vinham numa caixinha. Era tudo aberto, as pacientes saíam para a rua e depois voltavam. O médico lá de vez em quando aparecia, só as irmãs atendiam. Nas refeições eram feitas duas mesas, tinha dias que íamos na 1ª mesa e não tinha lugar, quando tentávamos ir na 2ª mesa diziam que já tínhamos comido. Quando ficávamos alguns dias sem comer a ???¹¹ da irmã F. é que levava escondido as pacientes que não comeram para a cozinha à tardinha e nos dava comida. O almoço era feijão, arroz e carne e à noite era sopa, sobra de comida do meio-dia, muitos não conseguiam comer. Não existiam reuniões, antes não cumprimentavam a gente, só alguém que era muito conhecido. (Depoimento de paciente mulher)

Agora é mais bom, tem divisão, é mais mandado, tem mais água, para achar uma paciente é fácil, antes era tudo misturado. (Depoimento de paciente mulher)

Havia muitas brigas, dormíamos nuas lugares cheios de m... no chão (antiga saleta), que além de imundos e fedorentos passávamos frio e só tínhamos um lençol por cima e outro por baixo. (Depoimento de paciente mulher)¹²

O testemunho da enfermeira Neli Suzin também estarrece por ser contundente e colocado por uma profissional de saúde, formada em Universidade com a finalidade de tratar doentes...

Em 1971 quando cheguei ao hospital, marcaram-me muito as condições em que viviam os pacientes nas unidades. A divisão Esquirol era um pátio grande, único, com mais de mil doentes, todos numa inércia tremenda, só caminhando de um lado para outro, totalmente fora da realidade. Os pacientes eram muito delirantes, parecia que a loucura era diferente naquela época, não sei se era pelo tipo de tratamento utilizado ou era pela aglomeração de pacientes.

Quando entramos naquele pátio grande não se via pessoal da enfermagem, ficavam duas a três atendentes psiquiátricas para darem conta de mil e tantas pacientes, era um quadro horrível. O normal eram pacientes nuas, caídas pelo chão, sujas, muito sujas, e ninguém sabia com certeza quem era quem; só atendentes antigos e as freiras, principalmente, é que sabiam dizer os nomes de algumas. Elas na maioria eram identificadas pelas outras pacientes.

¹¹ Palavra ilegível na fonte original.

¹² Depoimentos de funcionárias e pacientes mulheres encontrados no impresso do próprio hospital chamado “Memórias de um velho hospício”. Idealizado e escrito por Rui Carlos Müller, chefe da Recreação do hospital, em 1975.

Também tínhamos pacientes totalmente ignoradas, e perguntávamos então como era dada a medicação se nem sequer conheciam as doentes. Cabe lembrar que as outras duas divisões do hospital, a Pinel e a Kraepelin, apresentavam o mesmo quadro.

A medicação não era selecionada, eram dados os mesmos comprimidos, colocados em caixas grandes, e distribuídos da mesma maneira como se dá milho para galinhas, à revelia. A distribuição seguia o critério de: se o paciente estava agitado, dava-se dois comprimidos; se estava calmo, somente um.

Outras sensibilidades...

Cabe ressaltar que no mesmo período histórico de nossa pesquisa, em meados da década de 1940, a doutora Nise da Silveira, no Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, então capital da República, tratava seus pacientes a partir da teoria da Psicologia Analítica, formulada pelo psiquiatra suíço de C. G. Jung. Ela começou a desenvolver um trabalho de terapêutica ocupacional, com pacientes psicóticos internados. Suas técnicas eram pintura, modelagem, desenho... Jamais eletrochoque.

Nise da Silveira, psiquiatra de profissão, tendo sido presa política do Governo Vargas, desenvolveu uma grande sensibilidade às histórias de vida de seus pacientes e é a pioneira no Brasil em tratamentos humanos a partir da arte para psicóticos internados em hospitais psiquiátricos.

Como ela mesma diz, em seu livro *Imagens do Inconsciente* (SILVEIRA, 1981), seu trabalho não se inspirou na psiquiatria dominante do momento, que se caracterizava pela escassa atenção aos fenômenos intrapsíquicos das psicoses. Seu interesse era penetrar no mundo interno do esquizofrênico, que ela pressentia estar repleto de significados.

Sua descoberta da teoria psicológica de Jung, revelou-se como aquisição de novos instrumentos de trabalho. O entendimento das imagens produzidas pelos pacientes lançou, pela primeira vez no Brasil, a possibilidade de uma abordagem mais eficiente e humana no tratamento de doentes mentais. Seu trabalho é paradigmático do trabalho que se pode fazer com outro referencial, ou seja, compreender o imaginário do paciente como um fator intrínseco da vida psíquica da própria pessoa. Ela não pactuava com o espírito dominante no meio psiquiátrico de sua época, podendo dar um outro encaminhamento para o tratamento e, portanto, para as vidas dos pacientes.

O chamado Processo de Individuação é o eixo da Psicologia Analítica de Jung. É o processo de formação e particularização do ser individual e, em especial, o desenvolvimento do indivíduo psicológico como ser distinto do conjunto. É, assim, um processo de

diferenciação que objetiva o desenvolvimento da personalidade individual. A individuação é uma necessidade natural e “coibi-la” por meio de regulamentos de ordem coletiva, traria prejuízos para a atividade vital do indivíduo. A individuação já é dada física e fisiologicamente e daí decorre sua manifestação psicológica correspondente. Colocar-lhe obstáculos, como dizia Jung, significaria uma deformação artificial.

Muitos sintomas psíquicos, como as alucinações e os delírios, por exemplo, são expressões legítimas de conflitos da vida, expressos de formas simbólicas durante algumas etapas desse processo de individuação. Esse último abarca a vida como um todo: ele consiste em tentativas constantemente renovadas, constantemente exigidas, de combinar as imagens interiores com a experiência exterior. Em outras palavras, é o esforço no sentido de transformar em intenção nossa aquilo que o destino pretende fazer conosco.

A questão do sentido – de ver um sentido nos processos psíquicos, sejam quais forem – é crucial na teoria de Jung, pois como médico defrontou-se inúmeras vezes com a necessidade de interpretar o significado: “o homem pode viver as coisas mais surpreendentes se elas tiverem sentido para ele. Mas a dificuldade é criar este sentido”, dizia ele (JUNG, 1984, p. 96). E é a consciência humana que dá o sentido à vida e às imagens do inconsciente. Além do mais, a individuação só prossegue o seu caminho de modo significativo em nossa existência diária, sendo que a obra é o processo e a individuação nunca termina.

Conforme postulação do psiquiatra suíço, a psique possui uma função religiosa natural. A tarefa mais nobre de toda educação do adulto é a de transpor para a consciência o arquétipo da imagem de Deus, suas irradiações e efeitos. A religião é – como diz o vocábulo latino *religere* – uma acurada e conscienciosa observação daquilo que Rudolf Otto (apud JUNG, 1998) chamou de “numinoso”, isto é, uma existência ou um efeito dinâmico não causado por um ato arbitrário. Pelo contrário, o efeito se apodera e domina o sujeito humano, mais sua vítima do que seu criador. Qualquer que seja a sua causa, o *numinoso* constitui uma condição do sujeito, e é independente de sua vontade. Jung compreende a religião, ou religiosidade, como uma *atitude* do espírito humano, atitude que, de acordo com o emprego original do termo *religio*, poderia ser considerada como uma consideração e observação cuidadosas de fatores dinâmicos, concebidos como potências, que influenciam a consciência e portanto a experiência: “um observar os elementos ou forças inconscientes (‘spiritual agencies’) que foram projetados como deuses – em outras palavras, dar a estas forças a atenção que precisam de forma a tomarem parte na vida do indivíduo. De fato, este é o sentido

original do termo *religio* – uma observação e consideração cuidadosas do numinoso” (JUNG, 1998, p. 22).

As religiões, para Jung, são grandes sistemas psicoterapêuticos e os psicoterapeutas contemporâneos nada mais fazem do que tentar curar o sofrimento da alma, do espírito, da mente humana. Deus é um agente de cura, dizia ele, é um médico que cura os doentes e trata dos problemas do espírito, e faz exatamente o que os psicoterapeutas fazem.

Ao examinar a atitude religiosa do homem, Jung identifica fatos que apontam para a existência de uma função religiosa natural no inconsciente, resultando em que a religião decorre de disposições arquetípicas. Ele compara os dogmas religiosos com os arquétipos e, com isso, resgata a religião do âmbito da patologia em que Freud a colocara, ao atribuir às manifestações religiosas um caráter neurótico obsessivo e ao se referir às religiões como o “lodo negro do ocultismo” (JUNG, 1984, p. 136).

Jung respeita as religiões e seus credos; ele considera a existência da espiritualidade humana como saudável; considera a possibilidade de um misticismo e de uma religião inerentes ao espírito humano e às suas necessidades. Porém, ele introduz no estudo do fenômeno religioso instrumentos de análise que permitem o exame do tema sob uma perspectiva psicológica, sem assumir qualquer postura de validação de algum credo. Diz: “como médico e especialista em doenças nervosas e mentais, não tomo como ponto de partida qualquer credo religioso, mas sim a psicologia do *homo religiosus*, do homem que considera e observa cuidadosamente certos fatores que agem sobre ele e sobre seu estado geral” (JUNG, 1998, p. 5).

Jung também coloca o princípio de individuação – a ação centralizadora que se opõe à instintividade pura e simples – como um instinto. Esse paradoxo é explicado quando afirma que o princípio espiritual também é um instinto. Nas palavras dele:

O princípio espiritual não entra em choque com o instinto em si, mas propriamente com a *instintividade*, em que devemos ver uma preponderância injustificada da natureza instintiva sobre o espiritual. O espiritual também aparece na psique como um instinto, e mesmo como verdadeira paixão, como um “fogo devorador”, segundo a expressão de Nietzsche. Não deriva de outro instinto, como nos quer fazer crer a psicologia dos instintos, mas é um princípio *sui generis*, uma forma específica e necessária da força instintiva. (JUNG, 1998, p. 43)

Em outro momento de sua obra, Jung refere que tocar o aspecto religioso da psique é o próprio objetivo da terapia: “a aproximação ao numinoso é a verdadeira terapia, visto que se

nos atemos às experiências numinosas, somos libertados da maldição da patologia. Até mesmo a própria doença adquire um caráter numinoso” (JUNG, 1990, p. 22). Isso porque as imagens arquetípicas trazem em si, por suas características, um fator organizador e curador – dado também pela questão do sentido e significado inerentes a elas. Quando um processo psíquico atinge o inconsciente coletivo encontramos-nos diante de material saudável, ou seja, dos fundamentos universais da psique, com suas variações individuais. O que ajuda a compreender essas camadas mais profundas da psique é, por um lado, o conhecimento da mitologia e da psicologia dos povos primitivos e, por outro, de um modo muito especial, o conhecimento das etapas históricas preliminares da consciência moderna.

Desta forma, pensando a partir do paradigma junguiano e sua forma de encarar os processos psíquicos, o indivíduo poderá ser curado quando: o indivíduo levar em consideração o seu mundo interior; o indivíduo compreender/reconhecer o sentido de seus sintomas – incluindo os delírios e alucinações; o indivíduo resgatar o simbolismo de dentro de si e integrá-lo na consciência, descobrindo o sentido para sua vida; o indivíduo estabelecer a função religiosa de sua alma. Não que isto seja uma fórmula e, menos ainda, uma fórmula de fácil acesso. Mas o processo que desencadeia uma doença pode ser o mesmo processo que desencadeia sua cura, desde que levado a sério, paciente e conscienciosamente. Não há medicamento que restabeleça as funções psíquicas de forma saudável. E não há “fórmulas mágicas”, químicas, elétricas ou psíquicas, que façam o ser humano retornar ao seu funcionamento normal ou ideal. Há que se prestar atenção no mundo interno, em suas fantasias e nos simbolismos prechos de significado que estão em seu inconsciente.

E, desta forma, voltando ao imaginário religioso das pacientes internadas no HPSP na década de 1940, podemos afirmar que eles foram desprezados não só como fatores sintomáticos simbólicos de um processo em andamento, mas também como possíveis elos de processos curativos que pudessem estar se configurando naquele momento, naquelas psiques sofredoras.

Considerações finais

A análise das sensibilidades é um dos elementos centrais da História Cultural, vindo à tona também a partir da penúltima década do século XX, na qual também se inserem nossas reflexões acerca da loucura, implicando na percepção e tradução da experiência humana no

mundo, por meio de práticas sociais, discursos, imagens e materialidades.¹³ Trabalhamos, assim, com a tradução do sensível, como uma forma de conhecimento do mundo – imaginário social, subjetividade, emoções, sentimentos. A loucura, aqui entendida como um estado momentâneo alterado da psique normal de um ser humano, é uma questão histórica, e, portanto, cultural e social, mais ampla, e não somente uma preocupação médica ou de correntes psicológicas. “Estar louco” é um conceito social, explica Jung. Pensar e trabalhar historicamente com a questão da loucura é uma das formas possíveis de compreender também a historicidade que Jung aplica à sua teoria e, não menos importante, à psique humana.

A compreensão das patologias psíquicas passa pela compreensão da história de vida e história psicológica de um indivíduo da forma mais abrangente possível, história esta que se desenrola como um drama, tanto num plano individual (entorno familiar e história psicológica) como coletivo, isto é, na história vivida e na história de um mundo que o cerca. Podemos dizer, inclusive, que psicologia é história. Levamos em conta o pensamento de Hannah Arendt (1989, p. 12), quando ela diz que COMPREENDER “não significa negar o revoltante, deduzir o inaudito dos precedentes, ou explicar fenômenos por meio de analogias e generalidades” tais que se deixa de sentir o impacto da realidade e o choque da experiência. Compreender significa, antes, diz ela, “examinar e suportar conscientemente o fardo que os acontecimentos colocaram sobre nós, sem negar sua existência, nem vergar humildemente com o seu peso, como se tudo que aconteceu de fato não pudesse ter acontecido de outra forma”. Também compreender significa, em suma, encarar a realidade, espontânea e atentamente, e resistir a ela, qualquer que ela seja ou tenha sido. Se essa reflexão a remetia aos acontecimentos com os judeus na Segunda Guerra Mundial, aqui nos remete aos milhões de sofredores psíquicos que são de forma aviltante trancafiados em manicômios e clínicas psiquiátricas desde o século XIX e que, em nosso meio e em nossa época, ainda vigem. E, não menos importante, refere-se aos sofrimentos psíquicos de milhares de pessoas que hoje devem ingerir psico-fármacos e antidepressivos para tentarem viver melhor, pois é isto que os laboratórios, a Medicina e a mídia incutem em suas cabeças. Devemos resistir a isto! Compreender o que está por trás disto.

Ao refletirmos, mesmo que sucintamente, sobre esses casos referidos de mulheres sofredoras de problemas psíquicos e trancafiadas em hospícios no início do século XX (realidade que não é muito diferente nos dias de hoje – mas não é aqui o espaço para essa

¹³ Ver mais detalhes em SANTOS (2008).

reflexão), diagnosticadas com “delírios místicos”, os quais eram sintomas de suas patologias psíquicas, obtemos a certeza de que a ciência psiquiátrica daquele momento histórico homogeneizava as vidas humanas e suas manifestações – manifestações religiosas, manifestações eróticas, manifestações contrárias à violência do marido, manifestações de perda, entre outras. As mulheres, tão sofredoras em um mundo e em uma época dominados por preceitos masculinos, eram também excluídas pelas manifestações legítimas de um imaginário religioso que, no mínimo, poderia servir de alento ao sofrimento e, na medida exata, seriam símbolos adequados dos conteúdos que as mantinham em desequilíbrio e, quiçá, também de sua cura.

Referências

ARENDDT, Hannah. *As origens do Totalitarismo*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989/2008.

BOFF, Angélica Bersch. *Espiritismo, alienismo e medicina: ciência ou fé?. Os Saberes Publicados na Imprensa Gaúcha da década de 1920*. Dissertação de Mestrado. PPG História, UFRGS, 2001.

GODOY, Jacintho. *A psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, edição do autor, 1955.

JUNG, Carl Gustav. *Obras Completas*, 20 volumes. Petrópolis: Vozes, 2012.

JUNG, Carl Gustav. *A prática da psicoterapia*. Petrópolis: Vozes, 1990/2012.

JUNG, Carl Gustav. *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984/2012.

JUNG, Carl Gustav. *Presente e futuro*. Petrópolis: Vozes, 1988/2012.

JUNG, Carl Gustav. *Psicologia e Religião*. Petrópolis: Vozes, 1998/2012.

SANTOS, Nádia Maria Weber. *Histórias de vidas ausentes – a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental*. 1. ed. Passo Fundo: UPF, 2005. 2ª edição, edição revista e ampliada. São Paulo: Edições Verona, 2013. E-book.

SANTOS, Nádia Maria Weber. *Narrativas da loucura e Histórias de Sensibilidades*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

SILVEIRA, Nise da. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: editorial Alhambra, 1981.

WEBER, Beatriz. *As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense - 1889-1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999.